SUPERINTENDENCIA
DE SALUD
Fiscalía

ORD. SS/N° 3524

ANT: Oficio N°80295, de 27 de septiembre de 2021, del Prosecretario accidental de la Cámara de Diputados, que solicita dar respuesta al requerimiento de la Honorable Diputada doña Catalina Pérez Salinas, quien solicitó antecedentes del Hospital de Antofagasta en los términos que indica.

MAT: Adjunta lo solicitado.

Santiago, 02 NOV. 2021

DE: PATRICIO FERNÁNDEZ PÉREZ
SUPERINTENDENTE DE SALUD

A: SR. JUAN PABLO GALLEGUILLOS JARA
PROSECRETARIO ACCIDENTAL DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS

1.- Mediante el Oficio citado en el Antecedente, se solicita a este Organismo que se responda al requerimiento de la H. Diputada de la República, doña Catalina Pérez Salinas, quien solicita información sobre todos los procesos de acreditación y certificación que se hubieran llevado a cabo respecto del Hospital de Antofagasta, sus resultados y evaluaciones.

2.- En respuesta a lo solicitado, se informa que dicho prestador ha resultado acreditado durante los procesos 2016 y 2019. Se adjuntan al presente requerimiento, las respectivas resoluciones e informes de las Entidades Acreditadoras que tuvieron a cargo las evaluaciones.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD
SUPERINTENDENTE

PATRICIO FERNÁNDEZ PÉREZ
SUPERINTENDENTE DE SALUD

Adj.: Resolución IP/N°480, de 24 de marzo de 2016; Informe acreditación de Ausus Sum Management Consultores Ltda.; Resolución IP/N°3924, de 13 de diciembre de 2019; Informe acreditación de Sociedad Acreditadora GCS Salud SpA.

RCR/PAS
DISTRIBUCION
- Destinatario
- Fiscalía
JIRA: RE-1212

Superintendencia de Salud
Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Intendencia de Prestadores
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud
Unidad de Fiscalización en Calidad
Unidad de Apoyo Legal

RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 3924

SANTIAGO, 13 DIC 2019

VISTOS:

1) Lo dispuesto en los numerales 11° y 12°, del Artículo 4°, y en los numerales 1°, 2° y 3°, del Artículo 121, del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud; en los Artículos 16, 27, 43 y demás pertinentes del "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud", aprobado por el D.S. N° 15/2007, del Ministerio de Salud; en el Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud, que aprueba el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada; la Circular Interna IP/N° 4, de 3 de septiembre de 2012, que instruye sobre la forma de efectuar las inscripciones en el Registro Público de Prestadores Acreditados de esta Intendencia; la Circular Interna IP/N°2, de 2013, que instruye respecto del inicio del período de vigencia de la acreditación de un prestador acreditado; y en la Resolución RA 882/107/2019, de 22 de julio de 2019;

2) La solicitud de acreditación **N° 1.828**, de 20 de marzo de 2019, del Sistema Informático de Acreditación de esta Superintendencia, mediante la cual don **Ricardo Salazar Cabrera**, en su calidad de representante legal del prestador institucional denominado "**HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA 'DR. LEONARDO GUZMÁN'**", ubicado en calle Pedro Aguirre Cerda N°5.900, de la ciudad de Antofagasta, Región de Antofagasta, en la que pide someter a dicho prestador a un procedimiento de acreditación para ser evaluado en función del **Estándar General de Acreditación para Prestadores de Atención Cerrada**, aprobado por el Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud;

3) El Informe de Acreditación emitido con fecha 10 de septiembre de 2019 por la Entidad Acreditadora **"GCS SALUD S.p.A.";**

4) El texto corregido, de fecha 18 de noviembre de 2019, del Informe de Acreditación señalado en el numeral 3) precedente, de acuerdo a las instrucciones efectuadas por esta Intendencia;

5) La Cuarta Acta de Fiscalización, de 20 de noviembre de 2019, del Informe de Acreditación señalado en el numeral 3) precedente, realizada de conformidad a lo previsto en el Ord. Circular IP/N° 1, de 12 enero de 2017;

6) El Memorándum IP/N° 1.159-2019, de la Encargada (S) Unidad de de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, de fecha 11 de diciembre de 2019, por el que remite el Acta de Fiscalización del Informe de Acreditación referido en el N°3 precedente, da cuenta del pago de la segunda cuota del arancel por parte del representante del prestador evaluado y recomienda emitir la presente resolución;

CONSIDERANDO:

1°.- Que mediante informe de acreditación referido en el numeral **3)** de los Vistos precedentes, relativo a los resultados del procedimiento de acreditación a que dio lugar la solicitud N° **1.828**, de 20 de marzo de 2019, ejecutado por la Entidad Acreditadora **"GCS SALUD S.p.A.",** respecto del prestador de salud denominado **"HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA 'DR.**

LEONARDO GUZMÁN´", se declara **ACREDITADO por segunda vez** a dicho prestador, en virtud de haber dado cumplimiento a las normas del **Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada**, aprobado por el Decreto Exento N° 18, de 2009, del Ministerio de Salud, al haberse constatado que dicho prestador cumple con el **100% de las características obligatorias** que le eran aplicables y con el **88% del total de las características que fueran aplicables y evaluadas en ese procedimiento**, todo ello en circunstancias que la exigencia de dicho estándar para obtener su acreditación, consistía en el cumplimiento del 70% de dicho total;

2°.- Que, mediante el memorándum señalado en el numeral **6)** de los Vistos precedentes, la Encargada (S) de la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, informa que, tras la competente fiscalización efectuada, se ha constatado que el texto del informe de acreditación referido en el **N°3)** de los Vistos precedentes cumple con las exigencias reglamentarias de los informes que deben emitir las Entidades Acreditadoras respecto de los procedimientos de acreditación que ejecuten y solicita la emisión de la presente resolución;

3°.- Que, además, en el memorándum arriba señalado la Encargada (S) de la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia informa que se ha constatado el pago de la segunda cuota del arancel de acreditación por parte del solicitante;

4°.- Que, atendido el mérito de los antecedentes antes referidos, corresponde acceder a lo solicitado por la Encargada (S) de la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, declarar la adecuación normativa del informe recaído en el presente procedimiento de acreditación, poner formalmente en conocimiento del solicitante de acreditación el texto del informe de acreditación, señalado en el Considerando 2° precedente, y ordenar la mantención de la inscripción que ostenta en el Registro Público de Prestadores Institucionales de Salud Acreditados;

Y TENIENDO PRESENTE las facultades que me confieren las normas legales y reglamentarias precedentemente señaladas, vengo en dictar la siguiente

RESOLUCIÓN:

1° MANTÉNGASE LA INSCRIPCIÓN que el prestador institucional **"HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA 'DR. LEONARDO GUZMÁN´"**, ostenta bajo el **N°192**, en el **REGISTRO PÚBLICO DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD ACREDITADOS**, en virtud de haber sido **declarado ACREDITADO por segunda vez**.

2° Sin perjuicio de lo anterior, MODIFÍQUESE LA INSCRIPCIÓN antes referida por el Funcionario Registrador de esta Intendencia, dentro del plazo de diez días hábiles, contados desde que le sea intimada la presente resolución, **teniendo presente que en su segundo procedimiento de acreditación antes referido el prestador institucional antes señalado ha sido clasificado como de ALTA COMPLEJIDAD**, e incorporando en ella **los datos relativos al nuevo informe de acreditación** referido en el N°**3** de los Vistos de la presente resolución, **el período de vigencia de la nueva acreditación** que se declara en el numeral siguiente y una **copia de la presente resolución**, todo ello de conformidad a lo dispuesto en la Circular Interna IP N° 4, de 3 de septiembre de 2012, que instruye sobre la forma de efectuar las inscripciones en el Registro Público de Prestadores Acreditados de esta Intendencia.

3° PÓNGASE EN CONOCIMIENTO del solicitante de acreditación el texto del informe de la Entidad Acreditadora **"GCS SALUD S.p.A."** señalado en el **N° 3)** de los Vistos precedentes.

4° TÉNGASE PRESENTE que, para todos los efectos legales, **la vigencia** de la acreditación del prestador institucional señalado en el numeral anterior se extenderá **desde la fecha de la presente resolución, por el plazo de tres años**, sin perjuicio que este plazo pueda prolongarse

en los términos señalados en el Artículo 7° del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, si fuere procedente.

5° NOTIFÍQUESE al representante legal del prestador institucional señalado en el N°1 precedente **el Oficio Circular IP N°5, de 7 de noviembre de 2011, por el cual se imparten instrucciones relativas al formato y correcto uso que deben dar los prestadores acreditados al certificado de acreditación que esta Superintendencia otorga a dichos prestadores**, así como respecto de su deber de dar estricto cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del Artículo 43 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud. Para los efectos de facilitar el cumplimiento de las instrucciones y deberes reglamentarios relativos al formato oficial y uso del certificado de acreditación, **se recomienda a dicho representante legal comunicarse con la Unidad de Comunicaciones de esta Superintendencia, al fono (02)28369195**.

6° DECLÁRASE TERMINADO el presente procedimiento administrativo y **ARCHÍVENSE** sus antecedentes.

7° NOTIFÍQUESE la presente resolución al solicitante de acreditación y al representante legal de la Entidad Acreditadora **"GCS SALUD S.p.A."**.

REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE

INTENDENCIA DE PRESTADORES DE SALUD

CARMEN MONSALVE BENAVIDES
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD (S)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL INCISO 4° DEL ARTÍCULO 41 DE LA LEY N°19.880, SOBRE BASES DE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS QUE RIGEN LOS ACTOS DE LOS ÓRGANOS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO, ESTA INTENDENCIA INFORMA QUE **CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN** PROCEDEN LOS SIGUIENTES RECURSOS: EL RECURSO DE REPOSICIÓN, EL CUAL DEBE INTERPONERSE ANTE ESTA INTENDENCIA, DENTRO DEL PLAZO DE 5 DÍAS, CONTADOS DESDE LA NOTIFICACIÓN DE LA MISMA; Y EL RECURSO JERÁRQUICO, YA SEA EN SUBSIDIO DEL ANTERIOR, O SI SÓLO SE INTERPUSIERE ESTE SEGUNDO RECURSO, PARA ANTE EL SUPERINTENDENTE DE SALUD, DENTRO DEL MISMO PLAZO ANTES SEÑALADO.

JGM/SAG/CCV
Distribución:
- Solicitante de Acreditación: la resolución, el informe, el Oficio Circular IP N°5/2011, y el Ord. Circular IP/N° 1, de 12 enero de 2017.
- Representante Legal de la Entidad Acreditadora correspondiente
- Superintendente de Salud
- Fiscal
- Agencia Regional correspondiente.
- Encargado Unidad de Comunicaciones Superintendencia
- Jefa (S) Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud, IP
- Encargada (S) Unidad de Fiscalización en Calidad, IP
- Encargada (S) Unidad de Gestión en Acreditación, IP
- Funcionario Registrador, IP
- Unidad de Apoyo Legal IP
- Expediente Solicitud de Acreditación
- Oficina de Partes
- Archivo

Gobierno de Chile
www.gob.cl

SUPERINTENDENCIA DE SALUD
supersalud.gob.cl

Intendencia de Prestadores
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud
Unidad de Fiscalización en Calidad

RESOLUCIÓN EXENTA IP/N° 480

SANTIAGO, 24 MAR 2016

VISTOS:

1) Lo dispuesto en los numerales 11° y 12° del Artículo 4° y en los numerales 1°, 2° y 3° del Artículo 121, del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud; en los Artículos 16, 27, 43 y demás pertinentes del "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud", aprobado por el D.S. N° 15/2007, del Ministerio de Salud; en el Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud, que aprueba el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada; en la Circular IP N° 21, de 3 de septiembre de 2012, que imparte instrucciones a las Entidades Acreditadoras sobre el formato del Informe de Acreditación; la Circular Interna IP/N° 4, de 3 de septiembre de 2012, que instruye sobre la forma de efectuar las inscripciones en el Registro Público de Prestadores Acreditados de esta Intendencia; la Circular Interna IP/N°2, de 2013, que instruye respecto del inicio del período de vigencia de la acreditación de un prestador acreditado; en la Resolución Exenta SS/N° 8, de 4 de enero de 2016, y en la Resolución Afecta SS/N° 67, de 14 de agosto de 2015;

2) La solicitud con N° **428**, de 28 de agosto de 2015, del Sistema Informático de Acreditación de esta Superintendencia, mediante la cual don **Juan Urrutia Reyes**, en su calidad de representante legal, solicita la **acreditación** del prestador institucional denominado **"HOSPITAL REGIONAL DR. LEONARDO GUZMÁN DE ANTOFAGASTA",** ubicado en Avda. Argentina N° 1.962, de la ciudad de Antofagasta, II Región, para ser evaluado en función del **Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada**, aprobado por el Decreto Exento N° 18, de 2009, del Ministerio de Salud;

3) El Informe de Acreditación emitido con fecha 17 de febrero de 2016 por la Entidad Acreditadora **"AUSUS SUM MANAGEMENT CONSULTORES LIMITADA"**;

4) El texto corregido, de fecha 14 de marzo de 2016, del Informe de Acreditación señalado en el numeral 3) precedente, de acuerdo a las instrucciones efectuadas por esta Intendencia;

5) El Memorándum IP/N° 185-2016, de fecha 22 de marzo de 2016, de la Encargada (S) de la Unidad de Fiscalización en Acreditación, Sra. Katty Alfaro Silva, por el que remite documentos atingentes al proceso de acreditación del prestador arriba señalado, informa sobre el pago de la segunda cuota del arancel correspondiente y recomienda emitir la presente resolución;

CONSIDERANDO:

1°.- Que mediante informe de acreditación referido en el numeral **3)** de los Vistos precedentes, relativo a los resultados del procedimiento de acreditación a que dio lugar la solicitud N° **428**, de fecha 28 de agosto de 2015, ejecutado por la Entidad Acreditadora **"AUSUS SUM MANAGEMENT CONSULTORES LIMITADA",** respecto del prestador institucional de salud denominado

"HOSPITAL REGIONAL DR. LEONARDO GUZMÁN DE ANTOFAGASTA", ubicado en Avda. Argentina N° 1.962, de la ciudad de Antofagasta, II Región, se declara **ACREDITADO** a dicho prestador institucional, en virtud de haber dado cumplimiento a las normas del **Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada**, aprobado por el Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud, al haberse constatado que el prestador evaluado cumple con el **100% de las características obligatorias** que le eran aplicables y con el **87,3% del total de las características que fueron evaluadas en ese procedimiento**, todo ello en circunstancias que la exigencia de dicho estándar, para obtener su acreditación, consistía en el cumplimiento del 50% de dicho total;

2°.- Que, mediante el memorándum señalado en el numeral **5)** de los Vistos precedentes, la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, reitera que, tras la competente fiscalización efectuada, se ha constatado que el texto corregido del Informe de Acreditación, señalado en el N°**4)** de los Vistos precedentes, cumple con las exigencias reglamentarias y lo dispuesto en la Circular IP N°21, de 2012, sobre el formato y contenidos mínimos de los informes que deben emitir las Entidades Acreditadoras respecto de los procedimientos de acreditación que ejecuten y solicita la emisión de la presente resolución;

3°.- Que, además, señala que se ha constatado el pago de la segunda cuota del arancel de acreditación por parte del solicitante;

4°.- Que, atendido el mérito de los antecedentes antes referidos, corresponde acceder a lo solicitado por la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia y poner formalmente en conocimiento del solicitante de acreditación el texto del informe de acreditación, señalado en el Considerando 2° precedente, y ordenar la inscripción del prestador institucional antes señalado;

Y TENIENDO PRESENTE las facultades que me confieren las normas legales y reglamentarias precedentemente señaladas, vengo en dictar la siguiente

RESOLUCIÓN:

1° INSCRÍBASE al prestador institucional denominado **"HOSPITAL REGIONAL DR. LEONARDO GUZMÁN DE ANTOFAGASTA",** ubicado en Avda. Argentina N° 1.962, de la ciudad de Antofagasta, II Región, en el **REGISTRO PÚBLICO DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD ACREDITADOS**, de conformidad a lo dispuesto en la Circular Interna IP N° 4, de 3 de septiembre de 2012, que instruye sobre la forma de efectuar las inscripciones en dicho Registro Público.

2° PÓNGASE EN CONOCIMIENTO del solicitante de acreditación el texto del informe de la Entidad Acreditadora **"AUSUS SUM MANAGEMENT CONSULTORES LIMITADA"** señalado en el No. 4) de los Vistos precedentes.

3° TÉNGASE PRESENTE que, para todos los efectos legales, **la vigencia** de la acreditación del prestador institucional señalado en el numeral anterior se extenderá **desde la fecha de la presente resolución, por el plazo de tres años**, sin perjuicio que este plazo pueda prolongarse en los términos señalados en el Artículo 7° del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, si fuere procedente.

4° NOTIFÍQUESE al representante legal del prestador institucional señalado en el N°1 precedente **el Oficio Circular IP N°5, de 7 de noviembre de 2011, por el cual se imparten instrucciones relativas al formato y correcto uso que deben dar los prestadores acreditados al certificado de acreditación que esta Superintendencia otorga a dichos prestadores**, así como respecto de su deber de dar estricto cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del Artículo 43 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud. Para los efectos de facilitar el cumplimiento de las instrucciones y

deberes reglamentarios relativos al formato oficial y uso del certificado de acreditación, **se recomienda a dicho representante legal comunicarse con la Unidad de Comunicaciones de esta Superintendencia, al fono (02)28369351**.

5° DECLÁRASE TERMINADO el presente procedimiento administrativo y **ARCHÍVENSE** sus antecedentes.

6° NOTIFÍQUESE la presente resolución por carta certificada al solicitante de acreditación y al representante legal de la Entidad Acreditadora "**AUSUS SUM MANAGEMENT CONSULTORES LIMITADA**".

REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE

SUPERINTENDENCIA DE SALUD
INTENDENCIA DE PRESTADORES DE SALUD

ENRIQUE AYARZA RAMÍREZ
INTENDENTE DE PRESTADORES DE SALUD
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL INCISO 4° DEL ARTÍCULO 41 DE LA LEY N°19.880, SOBRE BASES DE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS QUE RIGEN LOS ACTOS DE LOS ÓRGANOS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO, ESTA INTENDENCIA INFORMA QUE **CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN** PROCEDEN LOS SIGUIENTES RECURSOS: EL RECURSO DE REPOSICIÓN, EL CUAL DEBE INTERPONERSE ANTE ESTA INTENDENCIA, DENTRO DEL PLAZO DE 5 DÍAS, CONTADOS DESDE LA NOTIFICACIÓN DE LA MISMA; Y EL RECURSO JERÁRQUICO, YA SEA EN SUBSIDIO DEL ANTERIOR, O SI SÓLO SE INTERPUSIERE ESTE SEGUNDO RECURSO, PARA ANTE EL SUPERINTENDENTE DE SALUD, DENTRO DEL MISMO PLAZO ANTES SEÑALADO.

- Adjunta:
- Oficio Circular IP N°5, de 7 de noviembre de 2011.-

CMB/KAS/CCG
Distribución:
- Solicitante de Acreditación (por correo electrónico y carta certificada) (la resolución y el Oficio Circular IP N°5/2011)
- Responsable del procedimiento de acreditación (por correo electrónico) (la resolución, el informe y el Oficio Circular IP N°5/2011)
- Representante Legal de la Entidad Acreditadora "AUSUS SUM MANAGEMENT CONSULTORES LIMITADA" (por correo electrónico y carta certificada) (solo la resolución)
- Superintendente de Salud
- Fiscal
- Encargado Unidad de Comunicaciones Superintendencia
- Agente Zonal II Región
- Jefa Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud, IP
- Encargado Unidad de Gestión en Acreditación, IP
- Encargada Unidad de Fiscalización en Calidad, IP
- Ing. Eduardo Javier Aedo, Funcionario Registrador, IP
- Abog. Camilo Corral G., IP
- Expediente Solicitud de Acreditación
- Oficina de Partes
- Archivo

Intendencia de Prestadores
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud
Unidad de Fiscalización en Calidad

INFORME DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN CERRADA

PRESTADOR EVALUADO
Nombre Prestador: Hospital Regional de Antofagasta Dr. Leonardo Guzmán
RUT Prestador: 61.606.201-8
Nombre Representante Legal: Ricardo Salazar Cabrera
Nombre Director Técnico: Edgardo Álvarez Núñez

ENTIDAD ACREDITADORA
Nombre Entidad: Sociedad Acreditadora GCS Salud SpA
RUT Entidad: 76.552.251-K
Nombre Representante Legal: Claudia Silva Vásquez

DATOS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN
Número de solicitud: 1828
Fecha de inicio de la evaluación:17 junio 2019
Período de retrospectividad evaluado: 01 junio del 2016 al 30 mayo 2019
Fecha de término de la evaluación: 10 de septiembre 2019
Fecha de emisión del informe: 10 de septiembre 2019
Fecha de emisión de informe corregido:18 de noviembre 2019
Estándar Evaluado: Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada

PERSONAL DE LA ENTIDAD ACREDITADORA QUE PARTICIPÓ EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN

NOMBRE COMPLETO	PROFESIÓN	CARGO EN LA ENTIDAD
Claudia Silva Vázquez	Enfermera matrona	Director Técnico
Giselle Aline Cazor Vásquez	Enfermera Matrona	Evaluador
Norma Paiva Guzmán	Enfermera Matrona	Evaluador
Gabriela Jiménez Seguín	Enfermera matrona	Evaluador
Sonia Correa Fuentes	Médico	Evaluador
María Margarita Pérez Guerrero	Matrona	Evaluador
Sandra Fuenzalida Gaete	Enfermera	Evaluador
Mónica Arteaga Gutiérrez	Enfermera	Evaluador
Paula Droguett Vivallos	Enfermera	Evaluador
Marcela Torrens Vivallo	Enfermera	Evaluador
Daniela Gutiérrez Cifuentes	Enfermera	Evaluador
Carol Lagos Barra	Enfermera	Evaluador
Jorge Hechem Pérez	Tecnólogo Médico	Evaluador
Mauricio Álvarez Sequeida	Tecnólogo Médico	Evaluador

PERSONAL DEL PRESTADOR QUE PARTICIPÓ EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN

NOMBRE COMPLETO	PROFESIÓN	CARGO EN EL PRESTADOR
Elisa Escobar Rojas	Administrativo	Jefa (s) de archivo
Jianara Salinas Fauste	Administrativo	Secretaria PQ Cardiovascular
Marcia Zepeda Vergara	Administrativo	Técnico administrativo kinesiología
Alejandra Yáñez Aguirre	Administrativo	Administrativa del CAE
Orieta Rojas Santander	Administrativo	Administrativa de admisión
Doménica Tapia Tapia	Administrativo	Administrativa servicio de urgencias.
María Rozas Mundaca	Asistente social	Asistente social unidad quimioterapia.
Karen Guerrero Fuenzalida	Asistente social	Jefe Oficina OIRS.
Joy Fajardo Martínez	Auxiliar de servicio	Auxiliar de servicio MQ Piso 7
Luciano Cubillos Bugueño	Auxiliar de servicio	Auxiliar de servicio PQ CMA
María Pía Oyanade Zamora	Asistente social	Asistente social
José Contreras Magna	Asistente social	Asistente social
Marta Riquelme Pérez	Enfermera	Encargada de calidad unidad de emergencia
Denisse Carmona García	Enfermera	Encargada de calidad oncología infantil.
Bianka Tomasevic Johnson	Enfermera	Encargada de calidad oncología adulto.
Marcela Bugueño Candia	Enfermera	Enfermera clínica unidad de emergencia.

Álvaro Toroco Pérez	Enfermero	Enfermero clínico unidad de emergencia.
Claudio Carvajal Maldonado	Enfermero	Enfermero clínico unidad de emergencia.
Gabriela Poblete Saavedra	Enfermera	Enfermera clínico unidad de emergencia.
Lilian Rocha Núñez	Enfermera	Enfermera clínico quimioterapia
Claudia Castañeda Alcayaga	Enfermera	Enfermera encargada de calidad
Marisel Pérez Muñoz	Enfermera	Supervisora de Pabellón
Victoria Tomicic Céspedes	Enfermera	Enfermera Clínica
Tirsa González Antiquera	Enfermera	Supervisora UCI adultos
Rossana Pacheco Escalera	Enfermera	Subrogante supervisora UCI
Maribel Donoso Olivares	Enfermera	Supervisora UCO
Karen Adaros Vega	Enfermera	Enfermera Clínica Encargada de calidad
Ernesto Massana Soto	Enfermero	Enfermero UCI Coronaria
Yazabeth Álvarez Herrera	Enfermera	Enfermera Cirugía
Verónica Contreras Toro	Enfermera	Supervisora UPCP
Katherine Castillo Gutiérrez	Enfermera	Encargada de calidad UPCP
Jessica Romero Fuentes	Enfermera	Encargada Calidad Pediatría
Irene Castillo Ravello	Enfermera	Jefe De Esterilización
Katherine Ruiz Plaza	Enfermera	Enfermera Clínica Esterilización
Noemi Vega Torres	Enfermera	Encargada de calidad de UCMA
Natalia Núñez Reyes	Enfermera	Encargada de calidad de UCMA (s) supervisor de UCMA
Margaret Cerda Cortés	Enfermera	Unidad de calidad HRA
Raúl Contreras Vega	Enfermera	Supervisor de pabellón cardiovascular
Alejandra Neira Vallejos	Enfermera	Enfermera clínica de PQ cardiovascular
Verónica Foster Barraza	Enfermera	Enfermera UCI adulto
Geraldine Diaz Aguilar	Enfermera	Enfermera unidad de cuidados medios
Claudia Alcayaga Benavente	Enfermera	Enfermera MQ Piso 7
Camila Vargas Alfaro	Enfermera	Enfermera PQ CMA
Patricia Cáceres Jara	Enfermera	Enfermera IAAS
Claudia Fuenteseca Palavecino	Enfermera	Enfermera IAAS
Susana Aguirre Lobos	Enfermera	Enfermera supervisora TIM
Jennifer Mariño Guerrero	Enfermera	Encargada de calidad cardio-neuro
Danitza Olivera Gatica	Enfermera	Encargada de calidad cardio-neuro
Karin Estivales López	Enfermera	Encargada de calidad UCM
Geraldine Díaz Figueroa	Enfermera	Encargada de calidad UCM
Alejandra Salazar Araya	Enfermera	Hemodinamia
Carolina Bascuñán Rivero	Enfermera	Enfermera TIM
Evelyn Pinto Torrejón	Enfermera	Enfermera TIM
Nathalie Allendes Arias	Enfermera	Enfermera Supervisora Endoscopía
Olga López Véliz	Enfermera	Enfermera Endoscopía
Carolina Higuera Bordones	Enfermera	Enfermera Supervisora Cirugía
Jezabeth Álvarez Herrera	Enfermera	Enfermera clínica Cirugía
Karen Karapas Orrego	Enfermera	Enfermera Clínica Médico Quirúrgico Camas Básicas
Sandra González Erazo	Enfermera	Enfermera Supervisora Médico Quirúrgico Camas Básicas
Natalia Novoa Díaz	Enfermera	Enfermera Clínica Bloque Quirúrgico Especialidades
Janis Orellana Olivares	Enfermera	Enfermera Clínica Bloque Quirúrgico Especialidades
Alejandra Milies García	Enfermera	Enfermera Supervisora Medicina
Jennifer Díaz Figueroa	Enfermera	Enfermera Clínica Medicina
Carolina Aravena Toledo	Enfermera	Enfermera a cargo de salud del personal.
Ana Bacarrezza Rodríguez	Enfermera	Enfermera supervisora de la unidad de diálisis.
Erika Segura Gómez	Enfermera	Enfermera subrogante de la unidad de diálisis.
Yassna Carvajal Clavería	Enfermera	Enfermera supervisora subrogante de psiquiatría.
Tamara Narváez Muñoz	Enfermera	Enfermera supervisora de psiquiatría.
Alejandra Flores Palta	Enfermera	Enfermera supervisora CAE
Hervy Aracena Zepeda	Enfermero	Enfermero de admisión
Ilusua Rojas Farías	Enfermera	Enfermera subrogante de CDT
Romina Vega Flores	Enfermera	Enfermera de pediatría
Alexandra Buisan Martínez	Enfermera	Enfermera de pediatría
Alejandra Aguilera Martínez	Enfermera	Enfermera de pediatría
Gabriela Poblete Saavedra	Enfermera	Enfermera de servicio de urgencias.
Paulina Pino Zúñiga	Enfermera	Enfermera Supervisora
Jesús Enríquez Salinas	Fisiatra	Fisiatra de kinesiología
Bladimir Castillo Rivadera	Ingeniero Comercial	Jefe departamento de capacitación
Gabriela Cristi Jiménez	Ingeniero en prevención de riesgos	Prevencionista de riesgo
Priscila Hachin Delgado	Ingeniero Biomédico	Jefe Departamento de Equipos Médicos
David Godoy Lazcano	Ingeniero Civil Biomédico	Jefe (S) Departamento Equipos Médicos
Rodrigo Rivera Acevedo	Ingeniero Biomédico	Profesional de Apoyo Departamento Equipos Médicos
Ricardo Salazar cabrera	Ingeniero Comercial	Director del hospital Regional de Antofagasta
Sandra Varas Torres	Ingeniero en	Jefa de archivo

	administración de empresas	
Javier Pino Jiménez	Ingeniero Constructor	Jefe de operaciones
Gabriela Cristi Jiménez	Ingeniero en prevención de riesgos	Prevencionista de riesgo
Ximena Marchant Toledo	Fonoaudióloga	Fonoaudióloga
María Jesús Muñoz	Kinesiólogo	Kinesióloga unidad de cuidados medios
Alberto Lau Kernandes	Kinesiólogo	Kinesiólogo
Jaime Herrera Zúñiga	Kinesiólogo	Kinesiólogo
Muriel Lara Mora	Kinesióloga	Kinesióloga
Claudia Rivera González	Kinesióloga	Kinesióloga
Rodrigo Aguilera Seguel	Kinesiólogo	Kinesiólogo
Marcela Valderrama Dahmen	Kinesióloga	Kinesióloga
Eduardo Araya Olivares	Kinesiólogo	Kinesiólogo de pediatría
Marly Susana Maizares del Pino	Matrona	Matrona Supervisora- Encargada de Calidad
Dayanna Andrea Hernández González	Matrona	Matrona Clínica ARO – Matrona Supervisora (S)
Marcela Rojo Vera	Matrona	Supervisora UPC Neo
Narayet Lagunas Bruna	Matrona	Matrona clínica
Dyanna Hernández	Matrona	Matrona clínica
Ivonne Faúndez Tapia	Matrona	Matrona clínica
Marly Maizares del Pino	Matrona	Matrona supervisora
Leandro Rojas Salvo	Matrón	Matrón clínico
Patricia Ayach Olivares	Médico	Anestesista
Marcelo Gómez Ortiz	Médico	Jefe UCI Adulto
Pietro Pietroboni	Médico	Jefe UPCP
Pamela Schellman Jaramillo	Médico	Secretaria comité de ética asistencial.
Cristóbal Gómez Ateca	Médico	Médico UTI adulto
Itzia Daviu Pimentel	Médico	Médico residente UCI
Pietro Pietroboni Fuster	Médico	Medico jefe de UPC pediátrica.
Natalia Sánchez Muñoz	Médico	Médico urgencia
Tamara Duque Parada	Médico	Médico unidad de medicina.
Yocelyn Castillo Blanco	Médico	Médico Encargado IAAS
Sergio Vidal Gill	Médico	Médico Patólogo
Hugo Benítez Cáceres	Médico	Jefe Anatomía Patológica
Carmen Schweitser Marín	Médico	Jefe del CDT y consultas ambulatorias
Lolimar Páez Arenas	Médico	Médico servicio de urgencias.
Karin Rojas Becerra	Nutricionista	Nutricionista
Natalia Morales Cortes	Psicóloga	Jefa de departamento reclutamiento y selección.
Carolina Vargas Novoa	Psicóloga	Psicóloga
Eduardo Ton Cruz	Odontólogo	Odontólogo
Sandra Trujillo Hernández.	Químico farmacéutico	Encargada de calidad farmacia.
Lizzett Rodríguez Araya	Químico farmacéutico	Encargada de calidad logística farmacia
María Yampara Flores	Tecnólogo médico	Encargada de calidad
Siney Vega Quispe	Tecnólogo médico	Tecnóloga médica imagenología
Camila Fredes Álvarez	Tecnólogo médico	Tecnóloga médica imagenología
Viviana García Choquer	Tecnólogo médico	Tecnólogo médico imagenología.
Andrea Castillo Contreras	Tecnólogo médico	Tecnóloga médico imagenología.
José Muñoz Meza	Tecnólogo médico	Referente de la unidad de calidad.
Roxana Parra Lara	Tecnólogo médico	Tecnólogo Médico Supervisor Anatomía Patológica
Fabio González Leal	Tecnólogo médico	Tecnólogo Médico Anatomía patológica
Jorge Barra Flores	Tecnólogo médico	Supervisor de banco de sangre
Maykol Araya Castillo	Tecnólogo médico	Director Técnico
Karen Araya Collao	Tecnólogo médico	Encargada De Calidad
Teresa Kohnenkampf Vernal	TENS	Técnico enfermería Unidad de Emergencia
Yonathan Diaz Caris	TENS	Técnico enfermería Unidad de Emergencia
Nadia Diaz Rachil	TENS	Técnico enfermería Unidad de Emergencia
Katherine Álvarez Collao	TENS	Técnico enfermería Quimioterapia
Paula Valenzuela González	TENS	Técnico enfermería Quimioterapia
Sandra Juárez Peña	TENS	Técnico enfermería Quimioterapia
Tamara González Diaz	TENS	Técnico enfermería imagenología.
Marcela Aroca Carvajal	TENS	Técnico enfermería consulta ambulatorias
Daborka Castillo Godoy	TENS	Técnico enfermería consulta ambulatorias
Felipe Alarcón Pávez	TENS	Arsenalero
Viviana Marín Herrera	TENS	TENS Pabellón
Macarena Barrera Figueroa	TENS	TENS Pabellón
Rachel Rivera Lamilla	TENS	Técnico Paramédico UCI Coronaria
Pía Ponce Quiñones	TENS	Técnico Paramédico Cirugía
Cindy Rojas Ávalos	TENS	TP unidad de cuidados medios
Ignacio González Gómez	TENS	TENS unidad de cuidados medios

Lisette Sandoval Campos	TENS	TENS MQ Piso 7
Carolina Villar salinas	TENS	TP PQ CMA
Melissa Acori Acori	TENS	TENS CMA
Pamela Aros González	TENS	TENS PQ Cardiovascular
Keyla Fredes Berrios	TENS	TENS PQ Cardiovascular
Marycarmen llanos Yañez	TENS	TENS TIM
Scarlett Molina Rotten	TENS	TENS TIM
Anahís Pino Arias	TENS	TENS Endoscopía
María Amas Barrera	TENS	TENS Endoscopía
María Ruiz Cáceres	TENS	TENS Endoscopía
María Teresa Bugueño Ponce	TENS	TENS Endoscopía
Camila Aldea Castillo	TENS	Arsenalera Pabellón
Karla Salazar Collante	TENS	TENS Pabellón
Noemi Castillo Vicencio	TENS	TENS Pabellón
Jazmín Mardones Gatica	TENS	TENS Pabellón
Judit Morales Henríquez	TENS	TENS Pabellón
Ingrid Velásquez Echaiz	TENS	TENS Pabellón
Karla Bernal Fajardo	TENS	TENS
María Alejandra Avello Hidalgo	TENS	TENS de obstetricia
Ximena Godoy Tapia	TENS	TENS de ARO
Alisson Isasmendi Zuleta	TENS	TENS CDT adulto
Denisse Paredes Villanueva	TENS	TENS de CDT adulto
Karina Malatesta Rosette	TENS	TENS de pediatría
Ema Vega Vivanco	TENS	TENS pediatría
Clara Vergara Vega	TENS	TENS de pediatría
Cecilia Olmedo Navarro	TENS	TENS de servicio urgencias
Alejandro Henríquez	TENS	TENS de servicio urgencias
Sergio Peters Agoni	Terapeuta ocupacional	Terapeuta ocupacional

PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA EVALUACIÓN

Describir los procedimientos establecidos por la Entidad:

1.- PRETERRENO

Planificación del Proceso de Evaluación en Terreno del prestador **Hospital Regional Antofagasta,** la designación aleatoria fue el día 15 de abril 2019.

1.1 Se programa y diseña reunión de coordinación con Hospital Regional Antofagasta previa al inicio del terreno

- Reunión se realiza el día 07/05/2019, dentro de los objetivos: presentarnos mutuamente y dar a conocer la metodología de trabajo de GCS SpA; consultar: contenidos de la autoevaluación, por los eventuales profesionales que presentarán en los puntos de verificación con el objeto de recibir información para ejecutar la confección de cronograma que debe ser enviado a la intendencia de prestadores, para su revisión y aprobación.

1.2 De la reunión del **07 mayo 2019**, se resumen algunos hitos importantes:

- Se establece fecha de la evaluación en el terreno para el 17, 18, 19, 24, 25 y 26 de junio 2019, 6 días de terreno.
- Se definen los interlocutores válidos para la comunicación formal entre GCS y **Hospital Regional Antofagasta**, por parte del prestador el Director Don Ricardo Salazar y en su ausencia la encargada de Calidad, señora Jessica Bravo.
- Se coordinan aspectos técnicos y logísticos para el desarrollo del proceso en terreno.
- Se informa la forma de evaluar de la entidad, el uso de los medios probatorios está regulado para las entidades por el Decreto Supremo Nº 15, manual y la pauta de cotejo del **estándar de atención cerrada**, circulares interpretativas como la circular IP Nº 37, Compendio Nº 4, IP Nº 38 nuevos formatos de informes.
- Se consensua y establece: fecha y modo de entregar la documentación por parte de **Hospital Regional Antofagasta**, previo al inicio del proceso en terreno según IP Nº 37, será vía Dropbox. Se deja establecido que los documentos que se validan finalmente y siempre es en los puntos de verificación, cuando se inicia el terreno.
- Se consensua el periodo a evaluar para su proceso de re acreditación que comprende 3 años retrospectivos, 01 junio del 2016 al 30 mayo 2019, para los **indicadores la fecha es de 01 de mayo al 30 abril 2019**, por un tema logístico y la preparación en si misma, dado por el tamaño y cantidad de servicios del prestador. Exceptuando las características y RH 1.2, personal transitorio, y las características RH 2.1, RH 2.2, las cuales corresponden a ser evaluadas con un año de retrospectividad.
- Prestador informa que es un "Concesionado" lo que implica que es parte de un nuevo programa de concesiones de infraestructura hospitalaria, liderado por el Ministerio de Obras Públicas y el Ministerio de Salud.
- Informa de algunas situaciones que sufrieron por el traslado al nuevo Hospital. Se sugiere plasmar en un ordinario formal lo planteado y así abordar en conjunto con la IP.
- Dentro de lo informado la transición de ficha clínica de papel a digital y por añadidura la disposición de fichas clínicas no es de fácil acceso en cuanto a oportunidad en tiempo, ya que prestador refiere que se van escaneando en la medida que se requieren y las que no están digitalizadas se encuentran archivadas en hospital antiguo, lo que significa que para la solicitud hay que considerar no sólo el tiempo de búsqueda sino de traslado también.

Lo anterior y otros puntos quedaron plasmados en un acta firmada por los asistentes de las partes.

1.3 En base a la información del Prestador y reunión realizada se toman decisiones de cómo se realizarán algunas evaluaciones y constataciones en terreno con respecto a:

- Sistemas informáticos a usar para entregar información desde el Prestador a evaluadoras de GCS.

- Metodología de trabajo de evaluadoras y la gestión documental que entrega el prestador, además del Dropbox.
- Metodología de constatación de indicadores, revisión de fuentes secundarias y primarias en el terreno.
- Modalidad de las entrevistas a realizar según instrucción IP Nº 37.

1.4 El día 16 de mayo se recibe Ord. Nº1239, por parte **Hospital Regional Antofagasta** el cual presenta algunas situaciones para que sean consideradas por la entidad.

1.5 El día 17 de mayo se efectúa reunión con la IP, con el objeto de plantear el manejo sobre retrospectividad, los problemas planteados con respecto a AOC 1.3 en Imagenología, API 1.3, en términos generales la no disponibilidad de las fuentes primarias período 2016-2017, los cuales serán considerados para la evaluación. Y lo que significa ser concesionado, desde el contexto de la evaluación.

1.6 15 días hábiles previos se recibe documentación institucional solicitada previamente.

1.7 El día 7 de junio la IP a través de mail de la Encargada Unidad de Fiscalización en calidad informa e instruye a GCS SpA la retrospectividad de evaluación, cita textual:
Para las características sobre las que el Prestador presentó un plan de mejoras a esta Intendencia, con ocasión de la fiscalización efectuada en materia de "Mantención del Estándar de Acreditación, a saber: **CAL 1.1, GCL 1.5, GCL 1.7, GCL 1.11, AOC 1.2, y REG 1.1;** será desde el **01 de septiembre de 2017 en adelante**. Lo anterior, en concordancia con el plan de mejoras remitido por el Prestador con fecha 30 de junio de 2017, y que fue aprobado por esta Intendencia, a través del Ordinario IP N°2612, del 21 de julio de 2017.
Con relación a la retrospectividad de las características "no cumplidas" en el primer proceso de acreditación del prestador, a saber; **GCL 1.3, GCL 1.10, AOC 2.2, RH 2.1, RH 3.1, REG 1.3, EQ 2.2, EQ 3.1, INS 3.1, APQ 1.2, APDs 1.1 y APCs 1.2,** el período a evaluar será de 2 años. Los 24 meses o 2 años de evaluación, comenzarán a regir retrospectivamente desde la fecha en la cual la Entidad Acreditadora comienza el proceso de evaluación en terreno en el prestador.

2.- TERRENO
Inicio del proceso:
2.1 Se da inicio al proceso evaluación el día lunes 17 de junio del 2019 a las 08:00 horas se sostiene una reunión con el equipo de evaluadores y el equipo directivo **Hospital Regional Antofagasta**, de la cual se levanta acta de reunión de inicio. Se consulta si ha habido cambios de los documentos enviados por vía Dropbox las últimas 72 horas, el prestador señala que no ha habido cambios.
Se realiza una reunión plenaria con el equipo de evaluadores y el personal del prestador **Hospital Regional Antofagasta**, con una asistencia firmada de 81 de los profesionales que trabajan en él, donde se informa:
- Metodología de evaluación.
- Los canales formales de comunicación.
- Los días que durará el proceso de terreno, mostrando el cronograma y que puede haber modificaciones, inclusive que el prestador solicite.
- Las evaluadoras que participarán en el proceso, un breve resumen de su currículum y expertiz.
- La evolución y plazos normativos en el cumplimiento de la garantía de Calidad.
- Las recomendaciones durante el proceso de terreno y sobre las entrevistas en que participarán.

Posteriormente se requiere y es entregada parte de la documentación solicitada previamente para el día de inicio de este proceso. El prestador en su gestión documental declara que los documentos institucionales son por medio de resoluciones o memorándum, para la evaluación estarán disponibles y centralizados en la unidad de calidad.

2.2 Durante proceso:
Durante el proceso se realizan 7 reuniones formales con levantamiento de acta, dentro de ellas:
- 1ª Acta reunión de inicio.
- 2ª,3ª,4ª,5ª,6ª
- 7ª Acta reunión de cierre.

Con respecto a la planta física el hospital está compuesto por tres torres:
1. Torre Hospitalización (TH) 9 pisos
2. Unidad de paciente crítico (UPC) 3 pisos
3. Centro diagnóstico Terapéutico (CDT) 3 pisos

Con respecto a los puntos de verificación (PV) en Hospital Regional Antofagasta realizamos algunos alcances
- Los médicos quirúrgicos de ahora en adelante **MQs,** son 6, y serán numerados en forma ordinal de la siguiente forma
  MQs 1 Medicina (TH 6 piso ala C-D)
  MQs 2 Bloque Quirúrgico de especialidades (TH 6 piso ala A)
  MQs 3 Cirugía (TH 5 piso ala A)
  MQs 4 Médico quirúrgico básico, Camas Básicas inicia su funcionamiento febrero 2019 (TH 7 piso ala A)
  MQs 5 Cuidados medios (UCM) adulto (TH 5 piso ala B-C)
  MQs 6 Cardio-Neuro inicia su funcionamiento febrero 2018 (TH 5 piso ala D)

- Posee **3 pabellones**
  Pabellón 1 Pabellón central, general incluye Gine-Obst (Torre UPC 3 piso)
  Pabellón 2 UCMA, (Torre UPC 2 piso) inicia su funcionamiento en septiembre 2018
  Pabellón 3 Cardiovascular (Torre UPC 3 piso) por el nivel de complejidad de los pacientes, no reciben alumnos.

- Posee **3 UPC adultos**
  UPC adulto 1 UPC adulto
  UPC adulto 2 TIM, tratamientos intermedios
  UPC adulto 3 Unidad coronaria

- Posee una Urgencia, la cual es indiferenciada en la atención para adultos, pediátricos y obstétricas.
- Para los **vacunatorios** evaluados se identificarán
  Vacunatorio 1 CDT 1º piso desde el año 2018
  Vacunatorio 2 Salud de personal
  Vacunatorio 3 UNACESS desde el año 2018
  Vacunatorio 4 Urgencias

- Para las **tomas de muestra**
  Toma de muestra 1 UNACESS por resolución 4547 desde 31 octubre 2017
  Toma de muestra 2 Toma de muestra central TH 1º piso
  Toma de muestra 3 Toma de muestra salud personal res 1032 desde el 28 febrero 2018

- Para **Quimioterapia**
  APQ 1 Adulto
  APQ 2 infantil

La unidad de diálisis es una de la últimas en iniciar su funcionamiento en el nuevo HRA, con autoridad sanitaria desde octubre 2018. La unidad de Hemodinamia cuenta con la autoridad sanitaria desde marzo 2018.

Para evaluar las características:
DP 2.1 se evaluó por cada Punto de verificación (PV)
GCL 1.1 los 4º EM se ejecutaron por cada pabellón declarado por el prestador, el puntaje obtenido de pabellón de cardiovascular fue incorporado en el PV de PQ.
GCL 1.3 el 4º EM, se evaluó por el tipo de paciente y PV.
REG 1.2 4º EM, se promediaron los servicios que constituyen un PV, se solicitaron fichas una muestra de 30 por PV, de acuerdo al % de cumplimiento reportado por el prestador.

Se randomizan los periodos a evaluar, dado que sus indicadores tienen medición trimestral y el gran tamaño del prestador, más puntos de verificación múltiples como 6 MQs, 3 UPC, 3 Pabellones, 2 servicios de APQ, 4 vacunatorios, 3 tomas de muestra etc para la evaluación y constatación de los cuartos elementos medibles de las características GCL 1.1, GCL 1.3, REG 1.2, se siguen las orientaciones técnicas para la constatación en terreno, del compendio de circulares interpretativas versión Nº4, página 111 "La muestra para la constatación debe ser representativa del periodo. Para ello la primera condición es que los registros revisados correspondan al mismo período al que se refiere el indicador" se decide tomar para este proceso el 1er trimestre 2019, que estuvo dentro de los periodos randomizados para la evaluación de indicadores. Lo anterior con el objeto de disponer de las fichas en forma expedita, ya que el prestador ha declarado que las fichas de papel quedaron en el hospital antiguo y se van escaneando en la medida que se van solicitando para los usuarios.
Para el segundo elemento medible DP 2.1, se usa el mismo principio con el objeto de disponer de las fichas en forma expedita.
El prestador ha declarado que las fichas de papel quedaron en el hospital antiguo y se van escaneando en la medida que se van solicitando para los usuarios.
Para este proceso se solicitaron 495 fichas para evaluación del cuarto elemento medible GCL 1.1, GCL 1.3, REG 1.2, y el segundo elemento medible DP 2.1.

La **característica EQ 2.1** en cuanto al total de equipamiento crítico cuenta con 799, siendo de propiedad y administración del HRA 180 y en calidad de concesionado 619. Para la característica EQ 2.2 equipos relevantes, cuenta con 120, siendo de propiedad y administración del HRA 26, en calidad concesionado 35 y equipos en comodato 59. HRA ha declarado que posee 2 ambulancias básicas para traslado de pacientes sin complejidad clínica, sin riesgo vital y sin secuelas neurológicas severas. Las dos ambulancias de urgencia que utiliza HRA pertenecen y están bajo la administración del SAMU regional, las cuales están en las mismas dependencias del hospital, en la zona de urgencia sector ambulancia.

Desde la perspectiva de la constatación de la evaluación periódica, los indicadores que el prestador lleva en forma centralizada corresponden a los servicios de apoyo, fueron constatados y evaluados sólo por el evaluador que evaluó el PV del servicio de apoyo al momento de la visita. Por su parte los evaluadores en los puntos de verificación que reciben el informe de resultado, sólo constataron la existencia de dicho informe. Lo anterior fue para el caso de las siguientes características: GCL 1.7, APE 1.4, APF 1.5, APL 1.2, API 1.3

La constatación de la evaluación periódica del indicador se siguieron las orientaciones técnicas contenidas en Ord. Cir IP Nº5 del 17 mayo 2019.
Con respecto a las 5 fuentes primarias de los MQs, en total son seis, UPC, en total son tres y pabellón, en total son tres, en el espíritu disponer de fuentes primarias, de los PV referidos, lo que se ejecuta efectivamente es evaluar en donde se tiene disponibilidad de fichas clínicas o fuentes primarias como tal. Con respecto a las fichas están digitalizadas o en el archivo central del prestador en hospital antiguo, beneficiando al proceso se evalúa en base a la disponibilidad de la información, teniendo como mínimo un servicio por los puntos de verificación ya aludidos.

Con respecto a los **indicadores** el registro de fuentes primarias y secundarias se registran lo que el prestador señala como tal durante el terreno.
Al referirnos a cuantitativo esta EA se refiere al conteo de pautas y los valores numéricos contenidos en ellos, los que son registrados en la columna derecha del informe en la constatación evaluación periódica.

Al referirnos a cualitativo esta EA se refiere a la valoración del evaluador sobre los criterios que utiliza el prestador para medir su indicador, la pertinencia sobre los criterios evaluados, lo que comprende que estén contenidos en el documento y que a su vez cumplan con lo solicitado en el elemento medible, como también que los datos consignados sean fidedignos a lo que reporta lo que se relaciona a la constatación y revisión de las 5 fuentes primarias según Ord. Cir IP Nº5 del 17 mayo 2019, ya referido.
El prestador para la medición de alguna de sus prácticas clínicas ha determinado como fuentes primarias las pautas de observación directa al personal, para comprobar que los **datos utilizados en la evaluación sean fidedignos**, según Ord. Cir IP/Nº5 página 4 ítem III. Constatación de la realización de la evaluación periódica, para el prestador HRA se solicitó la rotación de turnos o marcaje del personal, que ha sido evaluado en dichas pautas.

Dado que no hay mediciones de la evaluación periódica del indicador de la característica GCL 1.3 se levanta acta junto al Director de HRA y encargada de calidad de lo constatado para no seguir consultando por la no medición.
Para la constatación de los indicadores y la selección de sus fuentes primarias asociadas, se fueron solicitando al momento de la evaluación en cada PV dando prioridad a la disponibilidad de fichas clínicas que esuviesen escaneadas o disponibles en el hospital nuevo.

3.- POST TERRENO
3.1 Evaluación de resultados del terreno

3.2 Visita post terreno solicitada y consensuada con el prestador para el 12 julio 2019, dentro de los objetivos de la visita fue traer evidencia timbrada por lo evaluadores, corroborar constatación de la característica GCL 1.7, y traer evidencia de la evaluación DP 4.2 de MQ Cardio-Neuro, segunda visita consensuada con el prestador el 19 julio 2019 dentro de los objetivos fue disponer de fuentes primarias para las característica APK 1.2 y evidencia de la característica EQ 2.1, tercera visita consensuada para el 13 agosto, ampliar evaluación de la característica EQ 2.1, GCL 3.2 y evaluar fuentes primarias de la característica APL 1.3.

3.3 Confección de informe.
Fue necesario solicitar prórroga, para la confección del informe, dada la alta cantidad de puntos de verificación del prestador.

3.4 Observaciones de la IP por acta fiscalización al informe, que se responden en el plazo establecido.
Abreviaturas utilizadas a destacar y Nombres

AS	Autorización Sanitaria
CDP	Certificado de disponibilidad presupuestaria
RCP	Reanimación cardiopulmonar
(s)	Suplente
ACHS	Asociación Chilena de Seguridad
BIC	Bomba infusión continua.
BQE	Bloque Quirúrgico Especialidades
CCA	Cesárea anterior
CDT	Torre Centro diagnóstico
CFPT	Campo de formación profesional y técnica
CI	Consentimiento informado
COD	Condiciones obstétricas desfavorables
COE	Centro de Operaciones de Emergencia
COLDAS	Coordinación local docente asistencial
CTAR	Comité Técnico de Adquisición y Reposición
CUP	Catéter urinario permanente
CVC	Catéter venoso central
CX. Inf	Cirugía Infantil
DAU	Dato de urgencia
DG	Diabetes Gestacional
EA	Eventos adversos
EP	Endometritis puerperal
EU	Enfermera
EV	Endovenoso
FC	Ficha Clínica
FNDR	Fondos Sectoriales
HRA	Hospital Regional Antofagasta
IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención de Salud
IF	Inspección Fiscal
ITU	Infección tracto urinario
KTR	Kinesioterapia respiratoria
LPP	Limite permisible ponderado.
MQs 1	Medicina
MQs 2	Bloque Quirúrgico Especialidades
MQs 3	Cirugía
MQs 4	Médico quirúrgico camas indiferenciadas
MQs 5	Cuidados medios (UCM) adulto
MQs 6	Cardio-Neuro inicia su funcionamiento febrero 2018
MT	Matrona
NE	No evaluado

NC	No constatable
NPTC	Nutrición parenteral total continua.
Obst. Fisiol	Obstetricia Fisiológica
OCI	Orificio Cervical Interno
OPA	Orthoftalaldehido
PAE	Planificación de atención de enfermería
PAP	Papanicolaou
PEEC	Programa de Evaluación Externa de la Calidad
PROVIMEP	Programa de vigilancia médica de enfermedades profesionales
PV	Punto de Verificación
QF	Químico Farmacéutico
RAD	Relación asistencial docente
RAD	Relación asistencial docente
RE	Resolución exenta
S/CO	Sin casos observados
SAMU	Servicio atención médica urgencia
SSA	Servicio de Salud Antofagasta
TENM	Técnico en Enfermería Nivel Medio
TENS	Técnico en Enfermería Nivel Superior
TH	Torre Hospitalización
TIM/ UTIMQ	Unidad tratamiento intermedio
TM	Tecnólogo médico
TP	Técnico paramédico
TPM	Técnico paramédico
UAP	Unidad de Anatomía Patológica
UCM	Unidad de cuidados medios
UCP-UPC	Unidad de paciente critico
UCSP	Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente
UE	Unidad de emergencia
UGCC	Unidad de Gestión de Camas Críticas
UPC	Unidad de paciente crítico
UPC NEO	Unidad de paciente crítico neonatal
UPCP	Unidad de paciente crítico pediátrico
UPP	Úlceras por presión
VE	Vigilancia Epidemiológica

UNIDADES Y SERVICIOS CLÍNICOS DEL PRESTADOR

UNIDAD O SERVICIO	UBICACIÓN - DIRECCIÓN	Diferencia con Autorización Sanitaria
Anatomía Patológica	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Atención de Donantes	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Banco de Sangre	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Cirugía Hombres	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Cirugía Infantil	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Cirugía Mujeres	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Consultas Ambulatorias Adultos	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Consultas Ambulatorias Pediatría	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Dental	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Diálisis	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Endoscopía	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Esterilización	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Farmacia	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Hemodinamia	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Imagenología	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Intermedio Adultos	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Intermedio Pediatría	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Kinesioterapia y Rehabilitación	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Laboratorio	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Medicina Hombres	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Medicina Mujeres	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Medicina Transfusional	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Neonatología	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Obstetricia-Ginecología	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Oncología Adulto (QMT)	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Oncología Infantil (QMT)	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Pabellón Cirugía Ambulatoria	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Pabellón General	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Pabellón Obstetricia-ginecología	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO

Pediatría	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Pensionado	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Psiquiatría	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Radioterapia	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Traumatología	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Unidad Coronaria	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
UPC Adulto	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
UPC Cardiovascular	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
UPC Neonatología	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
UPC Pediatría	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Urgencia Adultos	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Urgencia Infantil	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Urgencia Obstetricia-Ginecología	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO
Vacunatorio	Pedro Aguirre Cerda 5900 Antofagasta	NO

PUNTOS DE VERIFICACIÓN QUE NO APLICAN

Punto de verificación	FUNDAMENTO DE LA NO APLICABILIDAD
Radioterapia	El prestador HRA no otorga la prestación.

UNIDADES O SERVICIOS QUE COMPONEN EL PUNTO DE VERIFICACIÓN

Punto de verificación	UNIDADES Y/O SERVICIOS QUE LO COMPONEN
PQ	Pabellón (1) Pabellón General incluye Gine-Obst Pabellón (2) CMA inicia su funcionamiento en septiembre 2018 Pabellón (3) Cardiovascular
MQ	Medicina, Cirugía, traumatología, subespecialidades quirúrgicas. **MQs** 1 Medicina **MQs** 2 Bloque QX **MQs** 3 Cirugía **MQs** 4 Camas Básicas inicia su funcionamiento febrero 2019 **MQs** 5 Cuidados medios MQ **MQs** 6 Cardio-Neuro inicia su funcionamiento febrero 2019
Vacunatorio	Vacunatorios Vacunatorio (1) CDT 1º piso desde el año 2018. Vacunatorio (2) Salud de personal Vacunatorio (3) UNACESS desde el año 2018 Vacunatorio (4) Urgencias
UPC	Unidad de pacientes críticos adulto UPC adulto (1) UPC UPC adulto (2) TIM, tratamientos intermedios UPC adulto (3) Unidad coronaria
APQ	Unidad de Quimioterapia APQ (1) Adulto APQ (2) infantil
Toma de muestra	Tomas de muestras Toma de muestra (1) Toma de muestra central en torre TH 1º piso Toma de muestra (2) Toma de muestra salud personal resolución 1032 desde el 28 febrero 2018 Toma de muestra (3) UNACESS por resolución 4547 desde 31 octubre 2017

EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN

CARACTERÍSTICAS QUE NO LE APLICAN AL PRESTADOR

Característica	FUNDAMENTO DE LA NO APLICABILIDAD
APR 1.1	No realizan compra de servicios a terceros.
APR 1.2	En Radioterapia el prestador no otorga prestación, constatado en terreno, autoevaluación y AS.
APR 1.3	En Radioterapia el prestador no otorga prestación, constatado en terreno, autoevaluación y AS.
APR 1.4	En Radioterapia el prestador no otorga prestación, constatado en terreno, autoevaluación y AS.
APK 1.1	No realizan compra de servicios a terceros.
APTr 1.1	No realizan compra de servicios a terceros.

ÁMBITO DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

CARACTERÍSTICA DP 1.1 / HALLAZGOS

DP 1.1 – Primer y segundo elemento medible: Verifica existencia de carta de derechos y deberes de los pacientes instruida por la Resolución Exenta N° 605 de septiembre de 2012, del MINSAL

Sector de Acceso Principal
Se verifica existencia de la carta de derechos (**SI/NO): SI**
Lugar en donde se verifica: para constatar la existencia de las cartas se realiza una inspección visual a los lugares de acceso principal de HRA, correspondientes a la entrada en el 1° piso del sector ambulatorio y sector de hospitalización. Se constata la existencia de una carta de derechos y deberes ubicada a un costado del sector de acceso, donde se realiza el ingreso de los pacientes en el servicio de orientación médica (S.O.M.E.) y sector de admisión de hospitalización. La carta de derechos evaluada cumple con lo solicitado en el elemento medible y Resolución Exenta N°605 de septiembre de 2012. Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA DP 1.1 / FUNDAMENTOS

Sector de Acceso Principal	**Umbral de la característica: SI**	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA DP 1.2 / HALLAZGOS

DP 1.2 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de gestión de reclamos.

Dirección o Gerencia		
Nombre del documento: PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE RECLAMOS, FELICITACIONES, SUGERENCIAS Y CONSULTAS.		
N° Resolución: 11 del 16-01-2018	Versión: 04	Fecha: Enero 2018
Elaborado por: Karen Guerrero, Encargada de Unidad de Gestión	Aprobado por: Francisco Bueno Natusch Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: Enero 2023	N° páginas: 21

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En la página 2, ítem 2, se describe el alcance:
- El procedimiento será aplicado en todas las unidades clínicas, administrativas y de apoyo a la gestión dependiente del HRA.

En la página 2, ítem 3, se describen responsabilidades:
- Director: velar por el cumplimiento del procedimiento.
- Jefe Unidad Gestión Usuarios: supervisar el cumplimiento del procedimiento y reportar al Director.
- Profesional de apoyo (Asistente Social): seguimiento de reclamos, felicitaciones, sugerencias y consultas; y cierres en el sistema virtual.
- Operadora OIRS: recepción e ingreso de los reclamos, felicitaciones, sugerencias, solicitudes y consultas al sistema virtual OIRS.

En las páginas 7 a la 10, ítem 7, se consigna la descripción del proceso:

Recepción e ingreso de solicitudes ciudadanas:
Pacientes ambulatorios y público en general:
- Recepción de la solicitud en oficina de OIRS, clasificada como reclamo, felicitación, solicitud o sugerencia.
- Registro en formato digital a través del "Sistema Trámite en Línea" o en forma manual en formularios foliados disponibles en el mesón de OIRS.
- Se entrega copia del formulario al usuario con fecha de recepción, número del trámite y clave para seguimiento de la respuesta a través de internet en el caso del formulario en línea.

Pacientes en la unidad de emergencia:
- Existe un formulario de solicitud ciudadana el que debe ser llenado y depositado en buzón ubicado en la sala de espera.

Pacientes hospitalizados:
- A través de un libro, ubicado en la estación de enfermería.
- En caso de que el paciente no pueda movilizarse se debe solicitar al personal de piso la recepción de la solicitud en libro respectivo.
- Las solicitudes son retiradas a diario por funcionaria de OIRS para digitalización e ingreso al sistema en línea e inicio de la gestión.

Reclamos virtuales:
- Ingreso de reclamos vía internet (MINSAL, FONASA, Presidente de la República, Consejo de Defensa, etc.) a través de OIRS virtual, ingresando a "Trámite en Línea".

Recopilación de antecedentes: se solicitan a la unidad clínica, administrativa o de apoyo para proponer una respuesta a consideración del director.

Generación de Respuesta: una vez aprobada por la Dirección, es enviada vía correo electrónico o por carta certificada al usuario, dentro del plazo de 15 días hábiles, o por correo electrónico.

Cierre de la solicitud: a través del "Sistema Trámite en Línea" ingresando el número de ordinario con la respuesta.

Excepciones al sistema descrito:
- Reclamos por posible negligencia o carta al Director: gestionados a través de la Subdirección Médica, Dirección y oficina OIRS. La respuesta para ser entregada al usuario requiere previa revisión del Director.
- Reclamos derivados al Servicio de Salud: éstos son recibidos a través del correo electrónico u ordinario, son gestionados por la Unidad respectiva y enviados los antecedentes al Servicio de Salud para la elaboración de la

respuesta. La Dirección de Servicio cierra la solicitud a través del trámite en línea.

Observaciones:

1. Se tienen a la vista versiones anteriores del documento:
   "Procedimiento de gestión de reclamos, felicitaciones, sugerencias y consultas". Versión 03, fecha de aprobación diciembre 2016, elaborado por Fanny Cabrera, encargada de OIRS y aprobado por Juan Urrutia Reyes, médico director.
   "Procedimiento de gestión de reclamos". Versión 02, fecha de aprobación noviembre 2013, elaborado por Fanny Cabrera, gestora de usuarios y aprobado por Juan Pablo Matattal, Médico Director.
   Se cumple el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de reacreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

DP 1.2 – Segundo elemento medible: Existe un análisis global de los reclamos que considera al menos: evaluación por áreas, causas principales y oportunidad de respuesta.

Dirección o Gerencia						
Nombre del documento (1): INFORME DE ANÁLISIS GLOBAL DE LOS RECLAMOS, AÑO 2018						
Elaborado por: Fanny Cabrera R, Encargada de Gestión de Usuarios.			Aprobado por: No consigna			
Considera (SI/NO)	1. Evaluación por áreas	SI	2. Causas principales	SI	3. Oportunidad de respuesta	SI
Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento de análisis de 8 páginas que describe: En la página 2, ítem 1, análisis de oportunidad de respuesta: - 100% de los reclamos fueron respondidos dentro de los 15 días hábiles vía carta certificada o correo electrónico. - Cierre en plataforma virtual OIRS dentro de los 15 días hábiles establecidos. En las páginas 3 a 6, ítem 2, se detalla la cantidad de reclamos existentes en el período, su distribución por área y causas principales: - Total de reclamos del período: 1272. - Áreas con existencia de reclamos: Dirección, Subdirección Administrativa, Subdirección Médica, Atención Abierta, Apoyo Diagnóstico Terapéutico, Atención Cerrada, Unidad de Emergencia y otros. - Áreas con mayor porcentaje de reclamos: Atención Abierta (40%) y Atención Cerrada (24%). - Principales causas: competencia técnica (26%), procedimientos administrativos (15%), trato (15%) y tiempo de espera en la atención (8%). En la página 7, ítem "Estrategias de implementación para la gestión de reclamos", se describen 4 acciones, entre ellas: - Fortalecimiento de trato priorizadas por el comité de gestión de usuarios: el foco crítico priorizado corresponde al buen trato, modelo de atención y acogida, comité buen trato y satisfacción usuaria; se observa brecha en la existencia de facilitadores en salas de espera CAE. - Estrategias de buen trato: existen cinco acciones, pendiente elaboración de políticas de satisfacción de usuario; en desarrollo actividad de apoyo psicológico a funcionarios con mayores problemas de trato. En la página 8, ítem comentarios, se describe: - Durante el año 2018 aumenta en un 34% el número de reclamos respecto del año 2017. - Las causas de reclamos más frecuentes se mantienen respecto del año anterior: competencia técnica, procedimientos administrativos y trato usuario.						
Nombre del documento (2): INFORME DE ANÁLISIS GLOBAL DE LOS RECLAMOS, AÑO 2017						
Elaborado por: Fanny Cabrera R, Encargada de Gestión de Usuarios.			Aprobado por: No consigna			
Considera (SI/NO)	1. Evaluación por áreas	SI	2. Causas principales	SI	3. Oportunidad de respuesta	SI
Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento de análisis de 6 páginas que describe: En la página 2, ítem 1, se describe análisis de oportunidad de respuesta: - 100% de los reclamos fueron respondidos dentro de los 15 días hábiles vía carta certificada o correo electrónico. - Cierre en plataforma virtual OIRS dentro de los 15 días hábiles establecidos. En las páginas 3 a 4, ítem 2, se detalla la cantidad de reclamos existentes en el período, su distribución por área y causas principales: - Total de reclamos del período: 943. - Áreas con mayor porcentaje de reclamos: Atención Ambulatoria (60%) y Hospitalización (28%). - Centros de responsabilidad con presencia de reclamos en Atención Ambulatoria: Atención abierta, Apoyo Diagnóstico Terapéutico, Odontológico y Unidad de Emergencia. - Centros de responsabilidad con presencia de reclamos en área de hospitalización: Atención Cerrada y Unidad de Pacientes Críticos Adultos. - Principales causas: procedimientos administrativos (25%), trato usuario (19%), competencia técnica (16%) y tiempo de espera cirugía (13%). En la página 5, ítem "Estrategias de implementación para la gestión de reclamos", se describen 5 estrategias, entre ellas: - Incorporación en el plan de capacitación anual temática de trato usuario. - Disponer de personal calificado en la recepción y acogida del usuario. - Implementación de estrategias de fortalecimiento de trato priorizadas por el comité de gestión de usuarios. En la página 6, ítem comentarios, se describe: - Durante el 2017 disminuyó en un 2% el número de reclamos. - Las causas de reclamos se mantienen como las más frecuentes: procedimientos administrativos, trato usuario y competencia técnica. - Las áreas de la subdirección médica con mayor número de reclamos son atención abierta y atención cerrada.						
Nombre del documento (3): INFORME DE ANÁLISIS GLOBAL DE LOS RECLAMOS, AÑO 2016						

Elaborado por: Fanny Cabrera R, Encargada de Gestión de Usuarios.			Aprobado por: No consigna			
Considera (SI/NO)	1. Evaluación por áreas	SI	2. Causas principales	SI	3. Oportunidad de respuesta	SI

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento de análisis de 6 páginas que describe:
En la página 2, ítem 1, se describe análisis de oportunidad de respuesta:
- 100% de los reclamos fueron respondidos dentro de los 15 días hábiles vía carta certificada o correo electrónico.
- Cierre en plataforma virtual OIRS dentro de los 15 días hábiles establecidos.

En las páginas 3 a 4, ítem 2, se detalla la cantidad de reclamos existentes en el período, su distribución por área y causas principales:
- Total de reclamos del período: 965.
- Áreas con mayor porcentaje de reclamos: Atención Ambulatoria (58%) y Hospitalización (26%).
- Centros de responsabilidad con presencia de reclamos en Atención Ambulatoria: Atención abierta, Apoyo Diagnóstico Terapéutico, Odontológico y Unidad de Emergencia.
- Centros de responsabilidad con presencia de reclamos en área de hospitalización: Atención Cerrada y Unidad de Pacientes Críticos Adultos.
- Principales causas: procedimientos administrativos (24%), trato (20%) y competencia técnica (16%).

En la página 5, ítem "Estrategias de implementación para la gestión de reclamos", se describen 6 actividades, entre ellas:
- Incorporación en el plan de capacitación anual temática de trato usuario.
- Se incorpora una facilitadora intercultural, a partir del mes de julio.
- Se cuenta con una orientadora en la unidad de Emergencia.

En la página 6, ítem comentarios, se describe:
- Durante el 2016 aumenta en un 10% el número de reclamos.
- Las causas de reclamos se mantienen como las más frecuentes: procedimientos administrativos, trato usuario y competencia técnica.
- Las áreas de la subdirección médica con mayor número de reclamos son atención abierta y atención cerrada.

Observaciones:
1. En sistema informático se constata para el año 2018 la existencia de 1272 reclamos.
2. Para evaluar fidedignidad de la información se randomizan 5 reclamos del año 2018 como fuentes primarias, constatándose fecha de emisión de reclamo y de respuesta según se detalla:

Aleatorización N° de reclamo	Fecha reclamo	Paciente Rut	Clasificación	Fecha respuesta	Días Hábiles
215	12/01/2018	1134XXXX	Proced. adm	02/02/2018	15
681	06/03/2018	2561XXXX	C. Técnica	26/03/2018	14
697	06/03/2018	1681XXXX	C. Técnica	26/03/2018	14
148	04/01/2018	7186XXXX	Lista de espera	22/01/2018	12
735	13/03/2018	No establece	Rechazo atención por procedimiento	03/04/2018	15

Se da por cumplido el elemento medible.

DP 1.2 – Tercer elemento medible: Se constata que existe fácil acceso al sistema de formulación de reclamos.

Punto de verificación	Describir acceso al sistema de formulación de reclamos
Sectores de Hospitalización	Servicio de Obstetricia y Ginecología (comprende 3 sectores de hospitalización ubicados en plantas físicas diferentes del 4º piso: ala D de Ginecología, ala B de Puerperio y ala A de Alto Riesgo Obstétrico) Se realiza una inspección visual al sector de hospitalización constatando: Libro de felicitaciones, reclamos y sugerencias en la caja acrílica adosada al muro en los siguientes lugares: - Unidad de Alto Riesgo Obstétrico: costado área administrativa, entre mesón y puerta de acceso a ropa sucia. - Unidad Ginecología: muro externo área clínica y a continuación de área administrativa. - Unidad de Puerperio: costado área administrativa, entre mesón y puerta de acceso a ropa sucia. Cuidados medios hospitalización (5 piso): Libro de felicitaciones, reclamos y sugerencias en la caja acrílica adosada al muro al costado de la estación de enfermería. Formularios foliados y autocopiativo, ambos de fácil acceso y en cantidad suficiente para realizar reclamos. Médico-quirúrgico camas básicas 7º piso: Libro de felicitaciones, reclamos y sugerencias en la caja acrílica adosada al muro al costado de la estación de enfermería. Formularios foliados y autocopiativo, ambos de fácil acceso y en cantidad suficiente para realizar reclamos. Se constata el fácil acceso al sistema de formulación de reclamos, se da por cumplido el elemento medible.
Sectores de Espera de Público *	Se realiza inspección visual y entrevistas a funcionarios del sector de espera de público. Sectores constatados:

	Sector espera público CDT: - Módulo de informaciones con afiche explicativo del sistema de reclamos. Sector espera público Farmacia "GACEMA": - Libro de felicitaciones, reclamos y sugerencias en la caja acrílica adosada al muro con afiche explicativo. Sector espera público toma de muestra 1º piso: - Libro de felicitaciones, reclamos y sugerencias en la caja acrílica adosada al muro con afiche explicativo. Con respecto a las entrevistas, se consulta sobre los sistemas de formulación de reclamo; respuesta: - Principalmente a través de la oficina de la OIRS ubicada en el 2 piso - O también en los 2 módulos ubicados en el primer piso (1 en el hall del CDT y otro en el hall del edificio principal) - O a través de la página web.
Urgencia	Se realiza una inspección visual en el servicio de Urgencias constatando: - Buzón de consulta ciudadana en el pasillo de la sala de reanimación del servicio de urgencias. - Se verifica el fácil acceso al formulario y lápiz. - Existen formularios en cantidad suficiente. Se constata el fácil acceso al sistema de formulación de reclamos, se da por cumplido el elemento medible.

***** Elegir los dos con mayor flujo de pacientes.
****** Se verificará presencia de libro de reclamos, buzones u otros sistemas para efectuar la formulación del reclamo en cantidad suficiente para asegurar el acceso.

CARACTERÍSTICA DP 1.2 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Primer elemento medible	Segundo elemento medible	Tercer elemento medible
Dirección o Gerencia	1	1	
Sectores de Hospitalización			1
Sectores de Espera de Público			1
Urgencia			1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 5/5	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA DP 1.3 / HALLAZGOS

DP 1.3- Primer elemento medible: Se ha designado responsable de la evaluación del respeto de los derechos de los pacientes

Dirección o Gerencia		
Documento que designa nombramiento (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 2631	Versión: No consigna	Fecha: 18 de febrero 2019
Elaborado por: No consigna	Aprobado / Firmado por: Ricardo Salazar Cabrera, Director	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: No consigna	N° páginas: 1
Nombre del responsable: Sra. Karen Guerrero	Profesión: Asistente Social	Cargo: Gestora de Usuarios.
Documento que designa nombramiento (2): Resolución Exenta.		
N° Resolución: 9724	Versión: No consigna	Fecha: 29 de agosto 2013
Elaborado por: No consigna	Aprobado / Firmado por: Juan Mattatall Lankin, Director	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: No consigna	N° páginas: 1
Nombre del responsable: Fanny Cabrera Ramírez	Profesión: No consigna	Cargo: Gestora de Usuarios.

DP 1.3 - Segundo elemento medible: Se ha definido un sistema que evalúa el respeto a los derechos de los pacientes y que incorpora la percepción de éstos.

Dirección o Gerencia	
Nombre del documento: PROCEDIMIENTO EVALUACIÓN DEL RESPETO DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE, VERSIÓN Nº 3, enero 2018	
Elaborado por: Karen Guerrero, Gestora de Usuarios	Aprobado por: Francisco Bueno Natusch Director Hospital Regional Antofagasta
Tipo de instrumento de evaluación: Encuesta.	
Breve descripción del contenido del documento: - En el documento tenido a la vista, en su página 2 se establece que el sistema de evaluación del respeto a los derechos de los pacientes consiste en la aplicación de una encuesta que permite recoger la opinión del usuario tanto ambulatorio como hospitalizado. - La responsabilidad recae en la secretaria de recaudación, la cual deberá entregar encuestas respondidas por los usuarios a gestora de usuarios para su posterior tabulación. - La metodología utilizada es una encuesta que consta de 14 preguntas cerradas, denominada "encuesta de evaluación de la percepción del respecto de los derechos del paciente". - En ítem 7.2 se establece la definición de la muestra, en donde el cálculo del tamaño muestral es a través del total mensual de los egresos hospitalarios. - Porcentaje esperado: 80%. - Error muestral: 5%.	

- Periodicidad: la aplicación de la encuesta se realizará en recaudación.
- Este instrumento será aplicado en forma diaria, de lunes a viernes, a una muestra determinada de pacientes (300 pautas mensuales).
- Reporte de resultados: en forma semestral la unidad de gestión de usuarios elabora un informe que da cuenta de los resultados obtenidos de la aplicación de las encuestas.
- En la página 8, anexo 2, se consigan la encuesta llamada "encuesta evaluación dignidad y respeto de los derechos de los deberes del paciente", que contiene los siguientes ítems: fecha, unidad clínica, fuente de información si es paciente o el acompañante. Contiene 14 preguntas, se detallan algunas de ellas:

• La información que le fue entregada acerca de su estado de salud, fue entregada de manera clara y comprensiva.
• El trato del personal ha sido amable y respetuoso.
• Se solicitó autorización escrita a Ud. O acompañante para ser grabado o fotografiado.
• El personal que lo atendió portaba identificación.
• Se le solicitó consentimiento para someterse en algún procedimiento quirúrgico.

Observaciones:

1. Se tiene a la vista documento:

- "Procedimiento evaluación del respeto de los derechos y deberes del paciente", versión 02, de diciembre 2016, confeccionado por Fanny Cabrera, Gestora de Usuarios; aprobado por Juan Urrutia, Director Hospital de Antofagasta.
- "Procedimiento evaluación del respeto de los derechos y deberes del paciente", versión 01, de noviembre 2013, confeccionado por Fanny Cabrera, Gestora de Usuarios; aprobado por Juan Juan Pablo Matattall, Director Hospital de Antofagasta.
  Se cumple el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de reacreditación y con lo solicitado en el elemento medible.

Se da por cumplido el elemento medible.

DP 1.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Dirección o Gerencia

Periodo evaluado (Mes / Semestre / trimestre): Desde junio 2016 hasta abril 2019.

Documentos revisados (Encuestas-Informes-Planillas):
Se tienen a la vista informes semestrales llamados:

• Informe evaluación derechos de los pacientes Hospital Regional de Antofagasta, Dr. Leonardo Guzmán 2º Semestre 2018: documento de 8 páginas que describe:
  I. Antecedentes generales.
  I.1 Marco Legal.
  I.2 Enfoque de derechos y deberes del paciente.
  II. Tamaño muestral.
  III. Aplicación de encuesta, resultados de aplicación de encuestas: se detalla el número de encuestas aplicadas por mes y el porcentaje de respuestas positivas y respuestas negativas.
  IV. Porcentaje de respuestas afirmativas por pregunta, porcentaje más altos de respuestas afirmativas, porcentaje más bajos de respuestas afirmativas.
  V. Porcentaje de respuestas negativas por preguntas, porcentaje que generan mayor incremento de respuestas negativas en relación al periodo anterior.
  VI. Observaciones sobre resultados, en este ítem en base al análisis de resultados se describen acciones orientadas a mejorar la percepción de los usuarios.
  VII.Anexo Consolidado de encuestas aplicadas segundo semestre 2018, por medio de una tabla, donde están contenidas las 14 preguntas realizadas a los usuarios en las columnas y en las filas los meses y el número de encuestas aplicadas por mes en la tabulación en porcentaje de respuestas afirmativas.
• Informe evaluación derechos de los pacientes Hospital Regional de Antofagasta, Dr. Leonardo Guzmán 1º Semestre 2018: documento de 8 páginas que describe:
  I. Antecedentes generales.
  I.1 Marco Legal.
  I.2 Enfoque de derechos y deberes del paciente.
  II. Tamaño muestral.
  III. Aplicación de encuesta, resultados de aplicación de encuestas: se detalla el número de encuestas aplicadas por mes y el porcentaje de respuestas positivas y respuestas negativas.
  IV. Porcentaje de respuestas afirmativas por pregunta, porcentaje más altos de respuestas afirmativas, porcentaje más bajos de respuestas afirmativas.
  V. Porcentaje de respuestas negativas por preguntas, porcentaje que generan mayor incremento de respuestas negativas en relación al periodo anterior.
  VI. Observaciones sobre resultados, en este ítem en base al análisis de resultados se describen acciones orientadas a mejorar la percepción de los usuarios.
  VII.Anexo Consolidado de encuestas aplicadas primer semestre 2018, por medio de una tabla, donde están contenidas las 14 preguntas realizadas a los usuarios en las columnas y en las filas los meses y el número de encuestas aplicadas por mes en la tabulación en porcentaje de respuestas afirmativas.

• Informe evaluación derechos de los pacientes Hospital Regional de Antofagasta, Dr. Leonardo Guzmán 2º Semestre 2017: documento de 10 páginas que describe:
  I. Antecedentes generales.
  I.1 Marco Legal.
  I.2 Modelo de atención integral.
  II. Tamaño muestra.
  III. Aplicación de encuesta, resultados de aplicación de encuestas: se detalla el número de encuestas aplicadas por mes.

IV. Resultado de aplicación de encuesta 2017; porcentaje de respuestas afirmativas por pregunta, porcentaje más altos de respuestas afirmativas, porcentaje más bajos de respuestas afirmativas.
V. Resultados generales.
VI. Porcentaje respuesta afirmativas por pregunta.
VII. Porcentaje más alto y más bajo de las respuestas afirmativas.
VIII. Porcentaje respuestas negativas por pregunta, porcentaje más alto, porcentaje más bajo.
IX. Observaciones sobre resultados a través de una tabla, frente a los resultados se proponen las mejoras.
X. Anexo Consolidado de encuestas aplicadas segundo semestre 2017, por medio de una tabla, donde están contenidas las 14 preguntas realizadas a los usuarios en las columnas y en las filas los meses y el número de encuestas aplicadas por mes en la tabulación en porcentaje de respuestas afirmativas.

- Informe evaluación derechos de los pacientes Hospital Regional de Antofagasta, Dr. Leonardo Guzmán 1º Semestre 2017: documento de 10 páginas que describe:
  I. Antecedentes generales.
  I.1 Marco Legal.
  I.2 Modelo de atención integral.
  II. Tamaño muestra.
  III. Aplicación de encuesta, resultados de aplicación de encuestas: se detalla el número de encuestas aplicadas por mes.
  IV. Resultado de aplicación de encuesta 2017; porcentaje de respuestas afirmativas por pregunta, porcentaje más altos de respuestas afirmativas, porcentaje más bajos de respuestas afirmativas.
  V. Resultados generales.
  VI. Porcentaje respuesta afirmativas por pregunta.
  VII. Porcentaje más alto y más bajo de las respuestas afirmativas.
  VIII. Porcentaje respuestas negativas por pregunta, porcentaje más alto, porcentaje más bajo.
  IX. Observaciones sobre resultados a través de una tabla, frente a los resultados se proponen las mejoras.
  X. Anexo Consolidado de encuestas aplicadas primer semestre 2017, por medio de una tabla, donde están contenidas las 14 preguntas realizadas a los usuarios en las columnas y en las filas los meses y el número de encuestas aplicadas por mes en la tabulación en porcentaje de respuestas afirmativas.

- Informe evaluación derechos de los pacientes Hospital Regional de Antofagasta, Dr. Leonardo Guzmán 2º Semestre 2016: documento de 7 páginas que describe:
  I. Antecedentes generales.
  II Marco Legal.
  III Modelo de atención integral en salud.
  IV Tamaño muestral.
  V. Aplicación de encuesta, resultados de aplicación de encuestas: se detalla el número de encuestas aplicadas por mes.
  VI. Resultado de aplicación de encuesta 2017; porcentaje de respuestas afirmativas por pregunta, porcentaje más altos de respuestas afirmativas, porcentaje más bajos de respuestas afirmativas.
  VII. Resultados generales.
  VIII. Porcentaje respuesta afirmativas por pregunta.
  IX. Porcentaje respuesta negativas por pregunta.
  X. Observaciones sobre resultados a través de una tabla, frente a los resultados se proponen las mejoras.

- Informe evaluación derechos de los pacientes Hospital Regional de Antofagasta, Dr. Leonardo Guzmán 1º Semestre 2016: documento de 6 páginas que describe:
  I. Antecedentes generales.
  II Marco Legal.
  III Modelo de atención integral en salud.
  IV Tamaño muestral.
  V. Aplicación de encuesta, resultados de aplicación de encuestas: se detalla el número de encuestas aplicadas por mes.
  VI. Resultado de aplicación de encuesta 2017; porcentaje de respuestas afirmativas por pregunta, porcentaje más altos de respuestas afirmativas, porcentaje más bajos de respuestas afirmativas.
  VII. Resultados generales.
  VIII. Porcentaje respuesta afirmativas por pregunta.
  IX. Porcentaje respuesta negativas por pregunta.
  X. Observaciones sobre resultados a través de una tabla, frente a los resultados se proponen las mejoras.

Se randomizan dos meses del periodo a constatar: junio 2018 y febrero de 2019; teniendo a la vista la totalidad de las encuestas aplicadas en el período (298 en junio 2018 - 225 en febrero 2019), y el resumen y tabulación por pregunta de las encuestas aplicadas.

Por lo anterior, se cumple el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de reacreditación.

CARACTERÍSTICA DP 1.3 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA DP 2.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

DP 2.1 – Primer elemento medible: Se describe en documento de carácter institucional los requerimientos y características para el consentimiento informado.

Nombre del documento: PROCEDIMIENTO OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO								
Resolución: Memorándum N° 000074 31-10- 2018			Versión: 05			Fecha: Septiembre 2018		
Elaborado por: Equipo de calidad Hospital Regional Antofagasta				Aprobado por: Ricardo Salazar Cabrera Director Hospital Regional Antofagasta				
Carácter institucional: SI			Fecha vigencia: 5 años			N° páginas: 11		
Considera casos en que deber requerirse al menos en: (SI/NO)								
1. Cirugías mayores	SI	2. Procedimientos de Hemodinamia	SI	3. Procedimientos endoscópicos	SI	4. Procedimientos de Imagenología intervencional	SI	
Define características del consentimiento escrito (SI /NO)								
1. Especifica procedimiento a realizar					SI			
2 Define que con la firma del paciente o familiar recibieron de parte de quien realizará el procedimiento la información de:								
a). Objetivo de la intervención		SI	b). Características		SI	c). Potenciales riesgos		SI
3. El consentimiento informado debe registrar al menos:								
d). Nombre y firma del paciente	SI	e). Nombre y firma del profesional responsable del procedimiento			SI	f). Fecha de obtención del consentimiento		SI
4. El documento describe al menos los siguientes procedimientos:								
g). Procedimiento de obtención del CI, con la definición del responsable.		SI	h). Procedimiento para menores de edad, personas con dificultad de entendimiento, o alteración de conciencia					SI

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento de carácter institucional, en el que destaca:
En página 2, ítem 2 define el **alcance**: Cirugía mayor, procedimientos endoscópicos, procedimientos (hemodinamia e Imagenología intervencional) y todo otro procedimiento que se efectúe en pabellón quirúrgico.

En páginas 2 y 3, ítem 3 define que el **responsable** de obtener el consentimiento informado es el médico que ejecuta el procedimiento o intervención, o bien otro profesional médico del mismo equipo.

En página 4, ítem 4 define **"**representante legal o tutor": es quien representa al paciente al momento de autorizar, rechazar o denegar la intervención o procedimiento diagnóstico invasivo, debe ser mayor de edad y poseer capacidades mentales cognitivas que le permitan comprender lo explicado por el médico, debiendo ser representados; los pacientes menores de 18 años, pacientes con capacidades mentales y/o cognitivas reducidas (dificultad de entendimiento), pacientes con compromiso de conciencia.

En páginas 6 a 9, ítem 7.1 **obtención del consentimiento informado**:
1. El médico responsable debe explicar al paciente y/o representante legal o tutor: procedimiento o intervención a realizar, indicando los objetivos, las características, los potenciales riesgos y las posibles opciones al procedimiento indicado.
2. El paciente, familiar o representante legal, debe establecer que mediante su firma expresan que recibieron de parte de quien efectuara el procedimiento, información sobre los objetivos de la intervención, sus características y potenciales riesgos.
3. Si el paciente es analfabeto, el representante legal será el encargado de leerle el documento o en su defecto el médico responsable del procedimiento.
4. El paciente o representante legal deberá consignar su huella digital o firma, en caso de consentir, denegar o revocar el procedimiento.

- Registro del consentimiento informado: Se debe dejar constancia de la aplicación del CI en el formulario RG-SDM-01-03, debe registrar:
- Nombre, dos apellidos y firma del paciente.
- Un nombre, dos apellidos y firma del representante legal si aplica.
- Un nombre, al menos un apellido, RUT y firma del médico que ejecuta el procedimiento o timbre del médico que contenga los datos solicitados.
- Procedimiento a realizar.
- Marcación escrita de revocación si corresponde.
- Fecha de aplicación del CI.

Dicho registro será almacenado en servicio donde se realiza la intervención o procedimiento y "será resguardado por 5 años en dicho punto".

- Excepciones para la aplicación del CI:
- En el caso de que la falta suponga un riesgo para la salud pública.
- En aquellos casos en que existe riesgo vital.
- Cuando la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal.
- En estos casos solo deberá quedar registrado por el médico el ítem "Caso de urgencia vital".

Observaciones:
1. El documento indica que el Consentimiento informado "será resguardado por 5 años en dicho punto", referente señala que posterior a este plazo éstos son almacenados en la unidad de archivo.
2. El documento presentado en el servicio de **MQs3 difiere** del que se constató en los otros puntos de verificación, éste no consigna la observación del punto 1, anterior sobre el resguardo de 5 años, se consulta al referente no señalando una causal a lo anteriormente expuesto. Con respecto a la gestión documental no está definido en forma escrita la distribución por punto de verificación.
3. Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Procedimiento obtención del Consentimiento Informado", Versión 04, fecha emisión diciembre 2014, preparado por Dra. Natalia Valenzuela S. y Dra. Alejandra Muñoz M., aprobado por Dr.

Francisco Bueno N., Director Hospital Regional Antofagasta. Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de reacreditación.
Puntos de verificación en los que se constata el documento: SI/NO/NA

Dirección o Gerencia	Cirugía Adulto	Cirugía Infantil	Subespecialidades Quirúrgicas	API	PRO Endoscópico	Hemodinamia
SI	**NO**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**

DP 2.1 – Segundo elemento medible: Se constata uso de consentimiento informado con los elementos definidos en este instrumento, para cirugías mayores, procedimientos endoscópicos, procedimientos de Hemodinamia y de Imagenología intervencional realizadas en la institución.

Punto verificación	Metodología de Constatación
Cirugía Adulto	• **Período retrospectivo evaluado:** para este primer proceso de reacreditación, aplica un período retrospectivo de 3 años que comprende los meses del 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019. • **Selección de la muestra:** se selecciona el periodo a evaluar con Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando un trimestre a evaluar: 1° trimestre 2019. Del universo de 248 cirugías adulto realizadas en el periodo a evaluar, se selecciona una muestra de 30 cirugías, a través de Nota Técnica N°4 "Cómo obtener muestras aleatorias con Excel, noviembre de 2011". • **Registros revisados:** - Estadística en Excel denominado listado de pabellón "consolidado de cirugías adulto". - Documento de Consentimiento • **De la constatación**: se utiliza Ord. Circular IP/N°5, de 24 noviembre de 2017, "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" situación 4, seleccionando una muestra de 30 procedimientos del total de cirugías del período retrospectivo a evaluar, revisión de los registros de las primeras 7 cirugías de la muestra seleccionada, si estos registros satisfacen los criterios de cumplimiento, el EM se dará por cumplido. En caso contrario, bastando que un sólo registro que no cumpla, se completará la revisión del total de la muestra seleccionada. Se verifica el cumplimiento de los contenidos mínimos a registrar en el formulario de consentimiento informado de acuerdo a lo solicitado en el elemento medible: 1. Registro del Procedimiento a realizar. 2. Registro que el paciente o familair que recibió, de parte de quien efectuará el procedimiento, información sobre los objetivos de la intervención, sus características y potenciales riesgos. 3. Registro de nombre y firma del paciente. 4. Registro de nombre y firma del paciente del profesional responsable del procedimiento 5. Fecha de la obtención del consentimiento.
Cirugía infantil	• **Período retrospectivo evaluado:** para este primer proceso de reacreditación, aplica un período retrospectivo de 3 años que comprende los meses del 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019. • **Selección de la muestra:** se selecciona el periodo a evaluar con Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando un trimestre a evaluar: 1° trimestre 2019. • Del universo de 167 cirugías infantiles realizadas en el trimestre, se selecciona una muestra de 30 cirugías, a través de Nota Técnica N°4 "Cómo obtener muestras aleatorias con Excel, noviembre de 2011". • **Registros revisados:** - Estadística en Excel denominado listado de pabellón "consolidado de cirugías infantil". - Documento de Consentimiento • **De la constatación**: se utiliza Ord. Circular IP/N°5, de 24 noviembre de 2017, "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" situación 4, seleccionando una muestra de 30 procedimientos del total de cirugías del período retrospectivo a evaluar, revisión de los registros de las primeras 7 cirugías de la muestra seleccionada, si estos registros satisfacen los criterios de cumplimiento, el EM se dará por cumplido. En caso contrario, bastando que un sólo registro que no cumpla, se completará la revisión del total de la muestra seleccionada. Se verifica el cumplimiento de los contenidos mínimos a registrar en el formulario de consentimiento informado de acuerdo a lo solicitado en el elemento medible: 1. Registro del Procedimiento a realizar. 2. Registro que el paciente o familair que recibió, de parte de quien efectuará el procedimiento, información sobre los objetivos de la intervención, sus características y potenciales riesgos. 3. Registro de nombre y firma del paciente. 4. Registro de nombre y firma del paciente del profesional responsable del procedimiento 5. Fecha de la obtención del consentimiento.
Sub Especialidad Qx.	• **Período retrospectivo evaluado:** para este primer proceso de reacreditación, aplica un período retrospectivo de 3 años que comprende los meses del 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019. • **Selección de la muestra:** se selecciona el periodo a evaluar con Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando un trimestre a evaluar: 1° trimestre 2019. • Del universo de 163 cirugías de subespecialidad realizadas en el periodo a evaluar, se selecciona una muestra de 30 cirugías, a través de Nota Técnica N°4 "Cómo obtener muestras aleatorias con Excel, noviembre de 2011". • **Registros revisados:** - Estadística en Excel denominado listado de pabellón "consolidado de cirugías Subespecialidad". - Documento de Consentimiento • **De la constatación**: se utiliza Ord. Circular IP/N°5, de 24 noviembre de 2017, "Orientaciones

	Técnicas para la constatación en terreno" situación 4, seleccionando una muestra de 30 procedimientos del total de cirugías del período retrospectivo a evaluar, revisión de los registros de las primeras 7 cirugías de la muestra seleccionada, si estos registros satisfacen los criterios de cumplimiento, el EM se dará por cumplido. En caso contrario, bastando que un sólo registro que no cumpla, se completará la revisión del total de la muestra seleccionada. Se verifica el cumplimiento de los contenidos mínimos a registrar en el formulario de consentimiento informado de acuerdo a lo solicitado en el elemento medible: 1. Registro del Procedimiento a realizar. 2. Registro que el paciente o familair que recibió, de parte de quien efectuará el procedimiento, información sobre los objetivos de la intervención, sus características y potenciales riesgos. 3. Registro de nombre y firma del paciente. 4. Registro de nombre y firma del paciente del profesional responsable del procedimiento 5. Fecha de la obtención del consentimiento.
API	• **Período retrospectivo evaluado:** para este primer proceso de reacreditación, aplica un período retrospectivo de 3 años que comprende los meses del 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019. • **Selección de la muestra:** se selecciona el periodo a evaluar con Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando un trimestre a evaluar: 1° trimestre 2019. • Del universo de 76 procedimientos de imagenología intervencional realizados en el trimestre se selecciona una muestra a través de nota técnica de la SIS, de 30 procedimientos a evaluar. • **Registros revisados:** - Estadística en Excel denominado listado de pabellón "consolidado de procedimientos de imagenología intervencional". - Documento de Consentimiento • **De la constatación**: Se utiliza Ord. Circular IP/N°5, de 24 noviembre de 2017, "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" situación 4, seleccionando una muestra de 30 procedimientos del total de cirugías del período retrospectivo a evaluar, revisión de los registros de los primeros 7 procedimientos de la muestra seleccionada, si estos registros satisfacen los criterios de cumplimiento, el EM se dará por cumplido. En caso contrario, bastando que un sólo registro que no cumpla, se completará la revisión del total de la muestra seleccionada. Se verifica el cumplimiento de los contenidos mínimos a registrar en el formulario de consentimiento informado de acuerdo a lo solicitado en el elemento medible: 1. Registro del Procedimiento a realizar. 2. Registro que el paciente o familair que recibió, de parte de quien efectuará el procedimiento, información sobre los objetivos de la intervención, sus características y potenciales riesgos. 3. Registro de nombre y firma del paciente. 4. Registro de nombre y firma del paciente del profesional responsable del procedimiento 5. Fecha de la obtención del consentimiento.
PRO Endoscópicos	• **Período retrospectivo evaluado:** para este primer proceso de reacreditación, aplica un período retrospectivo de 3 años que comprende los meses del 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019. • **Selección de la muestra:** se selecciona el periodo a evaluar con Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando un trimestre a evaluar: 1° trimestre 2019. • Del universo de 1836 procedimientos endoscópicos realizados en el periodo a evaluar, se selecciona una muestra de 30 procedimientos, a través de Nota Técnica N°4 "Cómo obtener muestras aleatorias con Excel, noviembre de 2011". • **Registros revisados:** - Estadística en Excel denominado listado de pabellón "consolidado de procedimientos endoscópicos". - Documento de Consentimiento • **De la constatación**: Se utiliza Ord. Circular IP/N°5, de 24 noviembre de 2017, "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" situación 4, seleccionando una muestra de 30 procedimientos del total de cirugías del período retrospectivo a evaluar, revisión de los registros de las primeras 7 procedimientos endoscópicos de la muestra seleccionada, si estos registros satisfacen los criterios de cumplimiento, el EM se dará por cumplido. En caso contrario, bastando que un sólo registro que no cumpla, se completará la revisión del total de la muestra seleccionada. Se verifica el cumplimiento de los contenidos mínimos a registrar en el formulario de consentimiento informado de acuerdo a lo solicitado en el elemento medible: 1. Registro del Procedimiento a realizar. 2. Registro que el paciente o familair que recibió, de parte de quien efectuará el procedimiento, información sobre los objetivos de la intervención, sus características y potenciales riesgos. 3. Registro de nombre y firma del paciente. 4. Registro de nombre y firma del paciente del profesional responsable del procedimiento 5. Fecha de la obtención del consentimiento.
Hemodinamia	• **Período retrospectivo evaluado:** para este primer proceso de reacreditación, aplica un período retrospectivo de 3 años que comprende los meses del 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019. • **Selección de la muestra:** se selecciona el periodo a evaluar con Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando un trimestre a evaluar: 1° trimestre 2019. • Del universo de 364 procedimientos de hemodinamia en el periodo a evaluar, se selecciona una muestra de 30 procedimientos, a través de Nota Técnica N°4 "Cómo obtener muestras aleatorias con Excel, noviembre de 2011". • **Registros revisados:** - Estadística en Excel denominado listado de pabellón "consolidado de procedimientos de

	hemodinamia". - Documento de Consentimiento • **De la constatación**: Se utiliza Ord. Circular IP/N°5, de 24 noviembre de 2017, "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" situación 4, seleccionando una muestra de 30 procedimientos del total de cirugías del período retrospectivo a evaluar, revisión de los registros de las primeras 7 procedimientos de hemodinamia de la muestra seleccionada, si estos registros satisfacen los criterios de cumplimiento, el EM se dará por cumplido. En caso contrario, bastando que un sólo registro que no cumpla, se completará la revisión del total de la muestra seleccionada. Se verifica el cumplimiento de los contenidos mínimos a registrar en el formulario de consentimiento informado de acuerdo a lo solicitado en el elemento medible: 1. Registro del Procedimiento a realizar. 2. Registro que el paciente o familair que recibió, de parte de quien efectuará el procedimiento, información sobre los objetivos de la intervención, sus características y potenciales riesgos. 3. Registro de nombre y firma del paciente. 4. Registro de nombre y firma del paciente del profesional responsable del procedimiento 5. Fecha de la obtención del consentimiento.

Punto verificación	N° Consentimientos Revisados	N° Consentimientos Cumplen	% Cumplimiento
Cirugía Adulto	7	7	100%
Cirugía infantil	7	7	100%
Sub Especialidad Qx.	7	7	100%
API	7	7	100%
PRO Endoscópico	7	7	100%
Hemodinamia	7	7	100%

CARACTERÍSTICA DP 2.1 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Dirección	Cir. Ad.	Cir. Infanta.	Sub. Esp. Ex.	API	PRO Indos.	Hemodinamia
1° elemento medible	1	0	1	1	1	1	1
2° elemento medible		1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 80%		Puntaje total: 12/13		Porcentaje obtenido: 92%		**Cumple: SI**	

CARACTERÍSTICA DP 3.1 / HALLAZGOS

Dirección o Gerencia		
(1) El Prestador realiza investigaciones en seres humanos: SI		
Nombre del documento: PROCEDIMIENTO DE ACCESO PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS.		
N° Resolución: 000011 del 21-04-2016	Versión: 01	Fecha: Abril 2018
Elaborado por: Martha Torres Cáceres, Maryorie Cisternas, Coordinación RAD	Aprobado por: Francisco Bueno Natusch Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: Abril 2023	N° páginas: 4

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista protocolo de carácter institucional.
En página 2, ítem 3, se establece responsables:
- Director: otorgar el primer visto bueno a la solicitud de la investigación y aprobación del estudio.
- Profesional a cargo de la investigación: entrega de los documentos, la aplicación del procedimiento y notificación de los resultados obtenido al hospital regional de Antofagasta.
- Coordinación técnica asistencial Docente: Recepción de la solicitud, verifica los documentos y regula la presentación ante el comité evaluador.

En página 3, ítem 3, establece que el equipo evaluador está compuesto por un grupo de profesionales que se encuentran involucrados en la investigación, unidad de calidad y seguridad del paciente, coordinador RAD, director, subdirector médico.

En página 3, ítem 7 se describe el procedimiento:
1. Todo profesional que requiere realizar investigación en seres humanos debe enviar el resumen del proyecto de investigación al director del HRA.
2. El director, evalúa el proyecto, para posteriormente aprobar o rechazar la investigación.
3. Una vez aprobado el proyecto, el investigador debe enviar lo a un comité de ética científico acreditado.
4. Dicho comité lo puede encontrar en la página web del ministerio de salud, link: http://ish.redsalu d.gob .cl/?page_id=315
5. El comité científico seleccionado por el investigador evalúa, aprueba, rechaza o sugiere modificación del proyecto.
6. Una vez aprobado por el comité, el investigador presenta la documentación a encargada de la Coordinación Técnica RAD, quien verifica reacreditación del comité y valida documentación al Director.
7. El investigador solicita formalmente a la dirección y coordinación RAD, presentación del proyecto.
8. El investigador presenta el proyecto de investigación al equipo evaluador.

Observaciones:
1. El documento constatado cumple el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de reacreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

(2) El Prestador define como política no realizar investigaciones en seres humanos:		
Nombre del documento: NA		
N° Resolución:	Versión:	Fecha:

Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:		N° páginas:
Breve descripción del contenido del documento:			
Se constata conocimiento de los profesionales médicos respecto de la política (2):			
N° de médicos consultados	NA	N° de médicos que conocen la política	NA

DP 3.1 – Segundo elemento medible: Se constatan registros de investigaciones realizadas en la institución, aprobadas por un comité de ética y autorizadas por el prestador.

Dirección o Gerencia					
Existe registro de los casos sometidos a investigación:					
N° Casos revisados	22	N° Casos aprobados por Comité de Ética	22	N° Casos aprobados por el Prestador	22

Descripción de los hallazgos:
Metodología de la constatación:

- **Período evaluado:** 01 de junio 2016 al 31 de mayo 2019.
- Se revisan los casos de investigación del período retrospectivo.
- Se constata 5 estudios de investigación aleatorizados.
- **Selección de la muestra:** del universo de 22 casos del periodo retrospectivo, se aleatorizan 5 casos para la constatación de la fuente primaria (registro de aprobación de CEC y aprobación de la Dirección del Hospital).
- **Criterios evaluados, existencia de los siguientes registros:**
- Registros de casos de investigación del período retrospectivo**.**
- Solicitud de investigación a dirección por parte del investigador.
- Aprobación del estudio por la Dirección del Hospital.
- Aprobación del comité de ética.
- Registro de asistencia de reunión de aprobación por el comité ético científico.
- Informes de estudios de investigación relación asistencial docente HRA.
- **Constatación de las investigaciones:**

1. Se tiene a la vista Informe de estudios de investigación relación asistencial docente HRA de todo el período de retrospectividad para esta reacreditación (2016,2017, 2018), en cada uno de ellos se estipulan tablas que contiene:

- N°, centro de formación, carrera, nombre del trabajo, unidad, profesional responsable, tipo de respuesta.
- Número de casos año 2018: 18 casos
- Número de casos año 2017: 3 casos.
- Número de casos año 2016: 1 caso.

2. Resultados de la constatación:

CASO aleatorizado	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	APROBACIÓN CEC	APROBACIÓN POR PARTE DE LA DIRECCIÓN HOSPITAL ANTOFAGASTA.
1	Evaluación del uso de anticoagulantes en profilaxis de trombosis venosa profunda en servicios de medicina del hospital de Antofagasta.	Comité científico Universidad Católica del Norte.	Sí, Francisco Bueno N.
3	Protocolo de proyecto colaborativo de la rama de intensivo pediátrico de la sociedad chilena de pediatría: registro de indicadores de unidad des de cuidados intensivos pediátricos.	Comité de ética Clínica Las Condes.	Sí, Francisco Bueno N.
5	Tiempo de administración de la primera dosis de antimicrobiano y resultados clínicos en niños con cáncer que consultan por fiebre y neutropenia en nueve hospitales del país, antes y después de la implementación de una intervención integral: en busca de la equidad y calidad de atención en salud.	Comité de ética Universidad de Chile.	Sí, Francisco Bueno N.
6	Imagen social de la profesión de enfermería en la ciudad de Antofagasta.	Comité ético científico Universidad Antofagasta.	Sí, Edgardo Álvarez Núñez.
11	Monitoreo terapéutico de vancomicina intravenosa en una unidad de paciente crítico pediátrico	Comité ético científico Universidad Católica del Norte.	Sí, Francisco Bueno N.

Observaciones

1. Se constatan casos aprobados por comité científico y autorizado por la dirección del establecimiento.

Por lo anterior, se da por cumplido el elemento medible.

DP 3.1 – Tercer elemento medible: Se constata: conocimiento de dicha obligación, en al menos 90% de los profesionales médicos entrevistados.

General		
N° médicos entrevistados	N° respuestas Correctas	% cumplimiento
30	28	93%

CARACTERÍSTICA DP 3.1 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	1° elemento medible	2° elemento medible	3° elemento medible
Dirección o Gerencia	1	1	
General			1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA DP 4.1 / HALLAZGOS

DP 4.1 – Primer elemento medible: Existe convenio docente asistencial que cumple con al menos los siguientes requisitos:

Convenio 1 - Dirección o Gerencia					
Nombre del documento: RESOLUCIÓN EXENTA 2398					
Institución con la que se celebra convenio: UNIVERSIDAD DE ANTOFAGASTA					
Versión: No consigna	Fecha: 14-09-2010	Fecha vigencia: No consigna		N° páginas: No consigna	
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: Director Servicio de Salud Antofagasta					
Firmado por: Dr. Waldo Bustos Streeper, Director Servicio de Salud Antofagasta					
El documento define explícitamente: (SI/NO):					
1. Proteger la seguridad de los pacientes	SI	2. Proteger los derechos de los pacientes	SI	3. Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente	SI
Breve descripción del contenido del documento: - Se tiene a la vista tabla que resumen los convenios asistenciales docentes, en ella se establece la resolución que corresponde al convenio de la Dirección de servicio con la universidad de Antofagasta, además de las resoluciones de los adendum. - Se tiene a la vista resolución exenta Nº2398, en donde se aprueba el convenio asistencial docente entre el servicio de salud de Antofagasta y la universidad de Antofagasta. - Se tiene a la vista resolución exenta Nº2220 que aprueba adendum de convenio docente asistencial ente el servicio de salud de Antofagasta y la universidad de Antofagasta de fecha 24 de marzo 2014, en página 2 de este documento se incorpora los principios formadores que regirá el convenio asistencial docente: Derechos de los pacientes, seguridad en las atenciones y prioridad asistencial.					
Nombre del documento: RESOLUCIÓN EXENTA 2624					
Institución con la que se celebra convenio: CENTRO DE FORMACIÓN TÉCNICA SANTO TOMÁS, INSTITUTO PROFESIONAL SANTO TOMÁS Y UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS.					
Versión: No consigna	Fecha: 10 de marzo 2010	Fecha vigencia: No consigna		N° páginas: No consigna	
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: SI					
Firmado por: Dr. Waldo Bustos Streeper, Director servicio de salud Antofagasta.					
El documento define explícitamente (SI/NO):					
1. Proteger la seguridad de los pacientes	SI	2. Proteger los derechos de los pacientes	SI	3. Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente	SI
Breve descripción del contenido del documento: - Se tiene a la vista tabla que resumen los convenios asistenciales docentes, en ella se establece la resolución que corresponde al convenio de la Dirección de servicio con la Universidad y centro formador técnico profesional Santo Tomás. - Se tiene a la vista resolución exenta Nº2624, en donde se aprueba el convenio asistencial docente entre el servicio de salud de Antofagasta y centro de formación técnica Santo Tomás, instituto profesional Santo Tomás y universidad Santo Tomás. - Se tiene a la vista resolución exenta Nº2311 que aprueba adendum de convenio docente asistencial ente el servicio de salud de Antofagasta y centro formador técnico profesional Santo Tomás y universidad Santo Tomás, de fecha 24 de marzo 2014, en página 2, se incorpora los principios formadores que regirá el convenio asistencial docente: Derechos de los pacientes, seguridad en las atenciones y prioridad de lo asistencial.					
Convenio 3 - Dirección o Gerencia					
Nombre del documento: RESOLUCIÓN EXENTA 426					
Institución con la que se celebra convenio: UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL NORTE.					
Versión: No consigna.	Fecha: 29 de enero 214.	Fecha vigencia: No consigna.		N° páginas: No consigna.	
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: SI					
Firmado por: Dr. Claudio Espinoza Aedo, Directo Servicio de Salud Antofagasta.					
El documento define explícitamente (SI/NO):					
1. Proteger la seguridad de los pacientes	SI	2. Proteger los derechos de los pacientes	SI	3. Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente	SI
Breve descripción del contenido del documento: - Se tiene a la vista tabla que resumen los convenios asistenciales docentes, en ella se establece la resolución que corresponde al convenio de la Dirección de servicio de Antofagasta con la Universidad del Norte. - Se tiene a la vista resolución exenta Nº426 en donde se aprueba el convenio asistencial docente entre el servicio de salud de Antofagasta y la Universidad de Católica del Norte, en página 3 se incorpora los principios formadores que regirá el convenio asistencial docente: derechos de los pacientes, seguridad en las atenciones y prioridad de lo asistencial. - Se tiene a la vista resolución exenta Nº5087, Nº1116 y Nº1423 en donde se aprueban adendum que forman parte del convenio asistencial docente.					
Convenio 4 - Dirección o Gerencia					
Nombre del documento: RESOLUCIÓN EXENTA 73					
Institución con la que se celebra convenio: LICEO TÉCNICO A-14 DE ANTOFAGASTA.					
Versión: No consigna	Fecha: 8 de Enero 2015.	Fecha vigencia: No consigna		N° páginas: No consigna	
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: SI					
Firmado por: DR. Zamir Nayar Funes, Director Servicio de Salud de Antofagasta.					

El documento define explícitamente (SI/NO):					
1. Proteger la seguridad de los pacientes	SI	2. Proteger los derechos de los pacientes	SI	3. Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente	SI

Breve descripción del contenido del documento:

- Se tiene a la vista tabla que resumen los convenios asistenciales docentes, en ella se establece la resolución que corresponde al convenio de la Dirección de servicio de Antofagasta y Liceo Técnico A-14 Antofagasta.
- Se tiene a la vista resolución exenta Nº73 en donde se aprueba el convenio asistencial docente entre el Servicio de Salud de Antofagasta y el Liceo Técnico A-14 de Antofagasta, en página 2 los principios formadores que regirá el convenio asistencial docente: Derechos de los pacientes, seguridad en las atenciones y prioridad de lo asistencial.
- Se tiene a la vista resolución exenta Nº1885, Nº2205, Nº1111, Nº1297 en donde se aprueban adendum que forman parte del convenio asistencial docente.

Se constata la existencia de convenios con los atributos solicitados, se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA DP 4.1 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA DP 4.2 / HALLAZGOS

DP 4.2 – Primer elemento medible: Se han establecido los procedimientos y/o actividades que pueden ejecutar los alumnos según carrera y nivel de formación.

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento: REGULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LOS ALUMNOS DE CARRERAS DE LA SALUD EN EL HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN DE ANTOFAGASTA			
Institución en convenio: Universidad De Antofagasta - Centro de Formación Técnica Santo Tomás, Instituto Profesional Santo Tomás y Universidad Santo Tomás- Universidad Católica Del Norte- Liceo Técnico A-14 De Antofagasta.			
Versión: 03	Fecha: Noviembre 2018	Fecha vigencia: Noviembre 2023	N° páginas: 31
Elaborado por: MT. Martha Torres Cáceres. Coordinación técnica R.A.D. H.R.A.		Firmado por: Dr. Francisco Bueno Natush. Director (s) Hospital Regional Antofagasta	
Carrera:	Nivel:	Procedimientos y/o actividades establecidas:	
Medicina	1° a 5° año - Internado	Entre ellas: - Realizar anamnesis, examen físico. - Realizar examen obstétrico y ginecológico. - Realizar ingreso médico, sugerir hipótesis diagnóstica. - Sugerir la realización de exámenes. - Colaborar con la visita de médico tratante. - Realizar procedimientos no invasivos. - Colaborar en intervenciones quirúrgicas. - Colaboración en RCP avanzada. Los alumnos e internos de acuerdo a lo establecido pueden realizar actividades como examen físico general, anamnesis, hipótesis diagnostica, entre otras, consignadas en Registros clínicos y que son revisadas y validadas por el tutor y/o, médico tratante responsable.	
Enfermería	1°, 2° a 4° año – Internado (1° y 2° etapa)	Entre ellas: - Realizar observación y valoración del paciente. - Formulación de diagnósticos de enfermería. - Planificarlos cuidados ya actividades de enfermería. - Categorizar a los pacientes. - Realizar educación. - Realizar procedimientos de Enfermería. - Colaboración en RCP avanzada. - Utilizar elementos de protección. - Participar en la entrega y recepción de turno. - Colaborar en procedimientos médicos invasivos.	
Obstetricia y Puericultura	1º, 2º a 4º año, 5to año.	Entre ellas: - Aplicar pautas de observación. - Realizar anamnesis y examen físico. - Realizar examen obstétrico y/o ginecológico. - Realizar hipótesis diagnóstica. - Categorizar a los pacientes según nivel de riesgo y dependencia. - Planificar la atención de matronería. - Participar en la entrega y recepción de turno. - Colaborar en procedimientos invasivos de médico y de matrona. - Administración de medicamentos vía oral, intramuscular y subcutánea. - Realizar monitorización fetal.	

Kinesiología Adulto	1er año, 4to año, 5 año.	- Realizar recopilación de antecedentes y revisión e interpretación de exámenes. - Realizar anamnesis del paciente. - Realizar examen físico. - Plantear objetivos de tratamiento kinésico. - Realizar técnicas kinésicas. - Realizar procedimientos de kinesiología.
Kinesiología Pediátrica	5to año.	- Realizar recopilación de antecedentes desde ficha clínica y revisión e interpretación de exámenes. - Realizar anamnesis del paciente. - Evaluación de los pacientes según estado y diagnóstico - Realizar examen físico. - Plantear objetivos de tratamiento kinésico. - Realizar técnicas kinésicas. - Realizar procedimiento de kinesiología.
Nutrición y Dietética	1er año, 3er año, 4to año, 5to año.	Evaluación Nutricional, entre ellas: - Analizar e interpreta la información clínica y biopsicosocial - del usuario. - Utiliza e interpreta los estándares antropométricos. - Determina y fundamenta un diagnostico nutricional integrado Intervención Nutricional, destacan: - Estima los requerimientos nutricionales del usuario. - Desarrolla la 1 prescripción dietética de acuerdo al estado de salud del usuario. Nota: Las actividades de los alumnos de tercer año se limitan solo al estudio de la historia clínica del paciente, sin interactuar con los otros pacientes, solo con el caso clínico sugerido por la nutricionista clínica previo consentimiento del paciente.
Tecnología Médica· Banco de sangre	5to año (diagnóstico), 5to año (internado).	Entre ellas: - Realizar exámenes pre-encuesta del donante. - Realizar encuesta del donante. - Realización de flebotomía y extracción de sangre. - Entregar indicaciones post donación. - Realización de técnicas de grupo y Rh, pruebas de compatibilidad, estudio e identificación de AC irregulares .
Tecnología Médica- Laboratorio	1er año, 4to año, 5 año (diagnóstico), 5to año (internado).	Entre ellas: - Manipulación de equipos en las diferentes áreas con supervisión directa del TM de Laboratorio. - Evaluación de control de Calidad aplicado en las diferentes secciones. - Realización y Aplicación de pruebas diagnósticas en las diferentes secciones bajo supervisión directa del TM de Laboratorio. - Siembra y aislamiento de microorganismos en diferentes muestras clínicas. - Ejecución de técnicas de parasitología.
Odontología	5to año.	Entre ellas: - Realizar anamnesis del paciente. - Realizar examen oral al paciente. - Realiza o hipótesis diagnóstica. - Realizar y/o sugerir planes de Tratamiento Odontológicos. - Plantear Pronósticos dentarios y/o periodontales.
Técnico Nivel Medio TENS	Año 1 y 2, práctica profesional.	Entre ellas: - Ingreso y alta del paciente en la unidad. - Colaboración en procedimientos efectuados por médicos y enfermeras. - Colaboración en procedimientos medico quirúrgicos. - Actividades de aseo y Confort. - Control de códigos vitales. - Administración de medicamentos VO- inhalatoria- EV. IM. SC - Preparación de soluciones de Fleboclisis. - Obtención de muestras de exámenes de sangre. - Control de ingreso y egreso hídricos. - Colaboración en cateterismos vesical. - Colaboración en RCP.

Observaciones:

1. Se tiene a la vista versiones anteriores del documento:

- "Regulación de las actividades de los alumnos de carreras de la salud en el Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta". Versión 02, fecha de emisión mayo 2017, preparado por Karime Viralta V, SDMT Coordinador Técnico RAD, aprobado por Dr. Francisco Bueno N, Director (s) Hospital Regional Antofagasta.
- "Regulación de las actividades de los alumnos de carreras de la salud en el Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de

Antofagasta". Versión 01, fecha de emisión marzo 2015, preparado por Karime Viralta V, SDMT Coordinador Técnico RAD, aprobado por Dr. Francisco Bueno N, Director (s) Hospital Regional Antofagasta.
Con la información tenida a la vista se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica para este proceso de reacreditación y con lo solicitado en el elemento medible.

Se da por cumplido el elemento medible.

PQ 1, PQ 2

Nombre del documento: REGULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES LOS ALUMNOS DE CARRERAS DE LA SALUD EN EL HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN DE ANTOFAGASTA			
Institución en convenio: Universidad de Antofagasta, Universidad Santo Tomás, Liceo Técnico Antofagasta			
Versión: 03	Fecha: Noviembre 2018	Fecha vigencia: Noviembre 2023	N° páginas: 31
Elaborado por: MT. Martha Torres Cáceres. Coordinación técnica R.A.D. H.R.A.		Firmado por: Dr. Francisco Bueno Natush. Director (s) Hospital Regional Antofagasta	
Carrera:	Nivel:	Procedimientos y/o actividades establecidas:	
Medicina	1° a 5° año - Internado	Entre ellas: - Realizar anamnesis, examen físico. - Realizar examen obstétrico y ginecológico. - Realizar ingreso médico, sugerir hipótesis diagnóstica. - Sugerir la realización de exámenes. - Colaborar con la visita de médico tratante. - Realizar procedimientos no invasivos. - Colaborar en intervenciones quirúrgicas. - Colaboración en RCP avanzada. Los alumnos e internos de acuerdo a lo establecido pueden realizar actividades como examen físico general, anamnesis, hipótesis diagnostica, entre otras, consignadas en registros clínicos y que son revisadas y validadas por el tutor y/o, médico tratante responsable.	
Enfermería	1°, 2° a 4° año – Internado (1° y 2° etapa)	Destacan - Realizar observación y valoración del paciente. - Formulación de diagnósticos de enfermería. - Planificarlos cuidados ya actividades de enfermería. - Categorizar a los pacientes. - Realizar educación. - Realizar procedimientos de Enfermería. - Colaboración en RCP avanzada. - Utilizar elementos de protección. - Participar en la entrega y recepción de turno. - Colaborar en procedimientos médicos invasivos.	
Técnico Nivel Medio TENS	Año 1 y 2, práctica profesional.	Entre ellas - Ingreso y alta del paciente en la unidad. - Colaboración en procedimientos efectuados por médicos y enfermeras. - Colaboración en procedimientos medico quirúrgicos. - Actividades de aseo y Confort. - Control de códigos vitales. - Administración de medicamentos VO- inhalatoria- EV. IM. SC - Preparación de soluciones de Fleboclisis. - Obtención de muestras de exámenes de sangre. - Control de ingreso y egreso hídricos. - Colaboración en cateterismos vesical. - Colaboración en RCP.	

MQs1- MQs2- MQs3- MQs4-MQs5-MQs6

Nombre del documento: REGULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES LOS ALUMNOS DE CARRERAS DE LA SALUD EN EL HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN DE ANTOFAGASTA			
Institución en convenio: Universidad de Antofagasta, Universidad Santo Tomás, Liceo Técnico Antofagasta			
Versión: 03	Fecha: Noviembre 2018	Fecha vigencia: Noviembre 2023	N° páginas: 31
Elaborado por: MT. Martha Torres Cáceres. Coordinación técnica R.A.D. H.R.A.		Firmado por: Dr. Francisco Bueno Natush. Director (s) Hospital Regional Antofagasta	
Carrera:	Nivel:	Procedimientos y/o actividades establecidas:	
Medicina	1° a 5° año - Internado	Entre ellas - Realizar anamnesis, examen físico - Realizar examen obstétrico y ginecológico. - Realizar ingreso médico, sugerir hipótesis diagnóstica. - Sugerir la realización de exámenes. - Colaborar con la visita de médico tratante. - Realizar procedimientos no invasivos. - Colaborar en intervenciones quirúrgicas. - Colaboración en RCP avanzada. Los alumnos e internos de acuerdo a lo establecido pueden	

		realizar actividades como examen físico general, anamnesis, hipótesis diagnostica, entre otras, consignadas en registros clínicos y que son revisadas y validadas por el tutor y/o, médico tratante responsable.
Enfermería	1°, 2° a 4° año – Internado (1° y 2° etapa)	Entre ellas - Realizar observación y valoración del paciente. - Formulación de diagnósticos de enfermería. - Planificarlos cuidados ya actividades de enfermería. - Categorizar a los pacientes. - Realizar educación. - Realizar procedimientos de Enfermería. - Colaboración en RCP avanzada. - Utilizar elementos de protección. - Participar en la entrega y recepción de turno. - Colaborar en procedimientos médicos invasivos.
Técnico Nivel Medio TENS	Año 1 y 2, práctica profesional.	Entre ellas - Ingreso y alta del paciente en la unidad. - Colaboración en procedimientos efectuados por médicos y enfermeras. - Colaboración en procedimientos medico quirúrgicos. - Actividades de aseo y Confort - Control de códigos vitales. - Administración de medicamentos VO- inhalatoria- EV. IM. SC - Preparación de soluciones de Fleboclisis. - Obtención de muestras de exámenes de sangre. - Control de ingreso y egreso hídricos. - Colaboración en cateterismos vesical. - Colaboración en RCP.

Pediatría

Nombre del documento: REGULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LOS ALUMNOS DE CARRERAS DE LA SALUD EN EL HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN DE ANTOFAGASTA			
Institución en convenio: Universidad de Antofagasta, Universidad Católica del Norte, Universidad Santo Tomás.			
Versión: 03	Fecha: Noviembre 2018	Fecha vigencia: Noviembre 2023	N° páginas: 31
Elaborado por: MT. Martha Torres Cáceres. Coordinación técnica R.A.D. H.R.A.		Firmado por: Dr. Francisco Bueno Natush. Director (s) Hospital Regional Antofagasta	
Carrera:	Nivel:	Procedimientos y/o actividades establecidas:	
Medicina	1° a 5° año - Internado	Entre ellas - Realizar anamnesis, examen físico. - Realizar examen obstétrico y ginecológico. - Realizar ingreso médico, sugerir hipótesis diagnóstica. - Sugerir la realización de exámenes. - Colaborar con la visita de médico tratante. - Realizar procedimientos no invasivos. - Colaborar en intervenciones quirúrgicas. - Colaboración en RCP avanzada. Los alumnos e internos de acuerdo a lo establecido pueden realizar actividades como examen físico general, anamnesis, hipótesis diagnostica, entre otras, consignadas en registros clínicos y que son revisadas y validadas por el tutor y/o, médico tratante responsable.	
Enfermería	1°, 2° a 4° año – Internado (1° y 2° etapa)	Entre ellas - Realizar observación y valoración del paciente. - Formulación de diagnósticos de enfermería. - Planificarlos cuidados ya actividades de enfermería. - Categorizar a los pacientes. - Realizar educación. - Realizar procedimientos de Enfermería. - Colaboración en RCP avanzada. - Utilizar elementos de protección. - Participar en la entrega y recepción de turno. - Colaborar en procedimientos médicos invasivos.	
Kinesiología Pediátrica	5to año.	- Realizar recopilación de antecedentes desde ficha clínica y revisión e interpretación de exámenes. - Realizar anamnesis del paciente. - Evaluación de los pacientes según estado y diagnóstico - Realizar examen físico. - Plantear objetivos de tratamiento kinésico. - Realizar técnicas kinésicas. - Realizar procedimiento de kinesiología	
		Evaluación Nutricional, Entre ellas: - Analizar e interpreta la información clínica y biopsicosocial	

Nutrición y Dietética	1er año, 3er año, 4to año, 5to año.	- del usuario, - Utiliza e interpreta los estándares antropométricos. - Determina y fundamenta un diagnostico nutricional integrado. Intervención Nutricional, Entre ellas: - Estima los requerimientos nutricionales del usuario. - Desarrolla la 1 prescripción dietética de acuerdo al estado de salud del usuario Nota: Las actividades de los alumnos de tercer año se limitan solo al estudio de la historia clínica del paciente, sin interactuar con los otros pacientes, solo con el caso clínico sugerido por la nutricionista clínica previo consentimiento del paciente.
Técnico Nivel Medio TENS	Año 1 y 2, práctica profesional.	Entre ellas - Ingreso y alta del paciente en la unidad. - Colaboración en procedimientos efectuados por médicos y enfermeras. - Colaboración en procedimientos medico quirúrgicos. - Actividades de aseo y Confort. - Control de códigos vitales. - Administración de medicamentos VO- inhalatoria- EV. IM. SC - Preparación de soluciones de Fleboclisis. - Obtención de muestras de exámenes de sangre. - Control de ingreso y egreso hídricos. - Colaboración en cateterismos vesical. - Colaboración en RCP.

Obstetricia

Nombre del documento: REGULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LOS ALUMNOS DE CARRERAS DE LA SALUD EN EL HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN DE ANTOFAGASTA			
Institución en convenio: - Universidad de Antofagasta: Medicina – Obstetricia y Puericultura – Nutrición - Instituto Santo Tomás: Técnico en enfermería nivel superior - Liceo técnico Nº 14: Técnico en enfermería nivel superior			
Versión: 03	Fecha: Noviembre 2018	Fecha vigencia: Noviembre 2023	N° páginas: 31
Elaborado por: MT. Martha Torres Cáceres. Coordinación técnica R.A.D. H.R.A.		Firmado por: Dr. Francisco Bueno Natush. Director (s) Hospital Regional Antofagasta	
Carrera:	Nivel:	Procedimientos y/o actividades establecidas:	
Medicina	1° a 5° año - Internado	Entre ellas - Realizar anamnesis, examen físico. - Realizar examen obstétrico y ginecológico. - Realizar ingreso médico, sugerir hipótesis diagnóstica. - Sugerir la realización de exámenes. - Colaborar con la visita de médico tratante. - Realizar procedimientos no invasivos. - Colaborar en intervenciones quirúrgicas. - Colaboración en RCP avanzada. Los alumnos e internos de acuerdo a lo establecido pueden realizar actividades como examen físico general, anamnesis, hipótesis diagnostica, entre otras, consignadas en registros clínicos y que son revisadas y validadas por el tutor y/o, médico tratante responsable.	
Obstetricia y Puericultura	1º, 2º a 4º año, 5to año.	Entre ellas - Aplicar pautas de observación. - Realizar anamnesis y examen físico. - Realizar examen obstétrico y/o ginecológico. - Realizar hipótesis diagnóstica. - Categorizar a los pacientes según nivel de riesgo y dependencia. - Planificar la atención de matronería. - Participar en la entrega y recepción de turno. - Colaborar en procedimientos invasivos de médico y de matrona. - Administración de medicamentos vía oral, intramuscular y subcutánea. - Realizar monitorización fetal.	

Técnico Nivel Medio TENS	Año 1 y 2, práctica profesional.	Entre ellas - Ingreso y alta del paciente en la unidad. - Colaboración en procedimientos efectuados por médicos y enfermeras. - Colaboración en procedimientos medico quirúrgicos. - Actividades de aseo y Confort - Control de códigos vitales. - Administración de medicamentos VO- inhalatoria- EV. IM. SC. - Preparación de soluciones de Fleboclisis. - Obtención de muestras de exámenes de sangre. - Control de ingreso y egreso hídricos. - Colaboración en cateterismos vesical. - Colaboración en RCP.

Urgencias			
Nombre del documento: REGULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LOS ALUMNOS DE CARRERAS DE LA SALUD EN EL HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMÁN DE ANTOFAGASTA			
Institución en convenio: Universidad de Antofagasta: Medicina – Enfermería. Instituto Santo Tomas: Enfermería – Técnico de enfermería nivel superior.			
Versión: 03	Fecha: Noviembre 2018	Fecha vigencia: Noviembre 2023	N° páginas: 31
Elaborado por: MT. Martha Torres Cáceres. Coordinación técnica R.A.D. H.R.A.		Firmado por: Dr. Francisco Bueno Natush. Director (s) Hospital Regional Antofagasta	
Carrera:	Nivel:	Procedimientos y/o actividades establecidas:	
Medicina	1° a 5° año - Internado	Entre ellas - Realizar anamnesis, examen físico. - Realizar examen obstétrico y ginecológico. - Realizar ingreso médico, sugerir hipótesis diagnóstica. - Sugerir la realización de exámenes. - Colaborar con la visita de médico tratante. - Realizar procedimientos no invasivos. - Colaborar en intervenciones quirúrgicas. - Colaboración en RCP avanzada. Los alumnos e internos de acuerdo a lo establecido pueden realizar actividades como examen físico general, anamnesis, hipótesis diagnostica, entre otras, consignadas en registros clínicos y que son revisadas y validadas por el tutor y/o, médico tratante responsable.	
Enfermería	1°, 2° a 4° año – Internado (1° y 2° etapa)	Entre ellas - Realizar observación y valoración del paciente. - Formulación de diagnósticos de enfermería. - Planificarlos cuidados ya actividades de enfermería. - Categorizar a los pacientes. - Realizar educación. - Realizar procedimientos de Enfermería. - Colaboración en RCP avanzada. - Utilizar elementos de protección. - Participar en la entrega y recepción de turno. - Colaborar en procedimientos médicos invasivos.	
Técnico Nivel Medio TENS	Año 1 y 2, práctica profesional.	Entre ellas - Ingreso y alta del paciente en la unidad. - Colaboración en procedimientos efectuados por médicos y enfermeras. - Colaboración en procedimientos medico quirúrgicos. - Actividades de aseo y Confort. - Control de códigos vitales. - Administración de medicamentos VO- inhalatoria- EV. IM. SC. - Preparación de soluciones de Fleboclisis. - Obtención de muestras de exámenes de sangre. - Control de ingreso y egreso hídricos. - Colaboración en cateterismos vesical. - Colaboración en RCP.	

DP 4.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido nivel de Supervisión Institucional requerido en cada caso.

Punto	Describir nivel de supervisión
PQ 1 PQ 2	Se tiene a la vista documento "Procedimiento regulación de las actividades de los alumnos de carreras de la salud en el hospital Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta", que describe: En páginas 9 a 23, ítem 7, el nivel de supervisión de los alumnos según carrera de acuerdo al siguiente detalle: Siglas utilizadas: S/S: sin supervisión C/SD: con supervisión directa, docente presente durante la realización de la actividad.

C/SI: con supervisión indirecta

Alumnos de Medicina	Nivel de supervisión	
Actividades a realizar	1 a 5° año	Internado
Realizar anamnesis del paciente		S/S
Realizar examen físico	C/SD	S/S
Realizar examen obstétrico y ginecológico	C/SD	C/SD
Realizar ingreso médico de los pacientes en la unidad	C/SI	C/SI
Sugerir hipótesis diagnóstica	C/SI	S/S
Sugerir la realización de exámenes complementarios	C/SI	S/S
Evaluación de los pacientes según estado y diagnóstico	C/SI	C/SI
Colaborar con la visita del médico tratante	C/SI	C/SI
Realizar procedimientos no invasivos	C/SD	C/SI
Colaborar en intervenciones quirúrgica.	C/SD	C/SD
Colaboración en RCP avanzada.	C/SD	C/SD

Alumnos de Enfermería				
Actividades a realizar	1 Año	2° a 4° año	Internado	
			1° Etapa	2° Etapa
Realizar observación y valoración del paciente.	C/SD	C/SD	C/SI	C/SI
Formulación de diagnósticos de enfermería		C/SD	C/SI	C/SI
Planificar los cuidados de enfermería en horarios según rutina del servicio y necesidades del paciente		C/SD	C/SI	C/SI
Realizar actividades planificadas		C/SD	C/SD	C/SI
Categorizar a los pacientes según nivel de riesgo y dependencia de acuerdo a la normativa vigente		C/S	C/SI	C/SI
Favorecer el confort del paciente		C/SD	C/SI	C/SI
Realizar educación individual del paciente		C/SD	C/SI	C/SI
Realizar procedimientos de enfermería de acuerdo a norma IAAS y protocolos institucionales		C/S	C/SD	C/SD
Colaboración en RCP avanzada		OBSERVACIÓN	C/SD	C/SD
Utilizar elementos de protección	C/SD	C/SD	C/SI	C/SI
Participar en la entrega y recepción de turno Verificar el cumplimiento de las indicaciones		C/SD	C/SI	C/SI
Evaluación de los pacientes según estado y diagnóstico		C/SD	C/SD	C/SI
Colaborar en procedimientos médicos invasivos.		C/SD	C/SD	C/SD
C/SD: con supervisión directa S/S: sin supervisión C/SI: con supervisión indirecta Las internas deben tener supervisión del centro formador como mínimo 2 horas semanales.				

Alumnos Técnicos Nivel Medio TENS		
Actividades a realizar, entre ellas	Año 1 y 2	PRÁCTICA PROFESIONAL
Ingreso y alta del paciente en la unidad.	C/SD	C/SD
Preparación física de la paciente cuanto lo requiera.	C/SD	C/SI
Colaboración en procedimientos médico quirúrgico.	C/SD	C/SD
Actividades de aseo y confort de pacientes básicos.	C/SD	C/SI
Actividades de aseo y confort de pacientes críticos.	C/SD	C/SI
Administración de medicamentos VO, Inhalatoria, EV, IM, SC	C/SD	C/SI
Obtención de muestras de exámenes de sangre.	C/SD	C/SI
Colaboración en cateterismo vesical	C/SD	C/SI
Colaboración en RCP	OBSERVACIÓN	C/SI
Ejecución de los registros de las actividades y observaciones de enfermería.	C/SD	C/SI
Utilizar elementos de protección.	X C/S	C/SI

Se da por cumplido el elemento medible.

MQs1
MQs2
MQs3
MQs4
MQs5
MQs6

Se tiene a la vista documento "Procedimiento regulación de las actividades de los alumnos de carreras de la salud en el hospital Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta", que describe:
En páginas 9 a 23, ítem 7, el nivel de supervisión de los alumnos según carrera de acuerdo al siguiente detalle:

Alumnos de Medicina	Nivel de supervisión	
Actividades a realizar	1 a 5° año	Internado
Realizar anamnesis del paciente		S/S
Realizar examen físico	C/SD	S/S
Realizar examen obstétrico y ginecológico	C/SD	C/SD
Realizar ingreso médico de los pacientes en la unidad	C/SI	C/SI
Sugerir hipótesis diagnóstica	C/SI	S/S
Sugerir la realización de exámenes complementarios	C/SI	S/S
Evaluación de los pacientes según estado y diagnóstico	C/SI	C/SI

Colaborar con la visita del médico tratante	C/SI	C/SI
Realizar procedimientos no invasivos	C/SD	C/SI
Colaborar en intervenciones quirúrgica.	C/SD	C/SD
Colaboración en RCP avanzada.	C/SD	C/SD

C/SD: con supervisión directa S/S: sin supervisión C/SI: con supervisión indirecta
Los alumnos internos pueden realizar actividades como examen físico general, anamnesis entre otras consignadas en registros clínicos y que son revisadas/ validadas por el tutor y/o médico tratante responsable.

Alumnos de Enfermería				
Actividades a realizar	1 Año	2° a 4° año	Internado	
			1° Etapa	2° Etapa
Realizar observación y valoración del paciente.	C/SD	C/SD	C/SI	C/SI
Formulación de diagnósticos de enfermería		C/SD	C/SI	C/SI
Planificar los cuidados de enfermería en horarios según rutina del servicio y necesidades del paciente		C/SD	C/SI	C/SI
Realizar actividades planificadas		C/SD	C/SD	C/SI
Categorizar a los pacientes según nivel de riesgo y dependencia de acuerdo a la normativa vigente		C/S	C/SI	C/SI
Favorecer el confort del paciente		C/SD	C/SI	C/SI
Realizar educación individual del paciente		C/SD	C/SI	C/SI
Realizar procedimientos de enfermería de acuerdo a norma IAAS y protocolos institucionales		C/S	C/SD	C/SD
Colaboración en RCP avanzada		OBSERVACION	C/SD	C/SD
Utilizar elementos de protección	C/SD	C/SD	C/SI	C/SI
Participar en la entrega y recepción de turno Verificar el cumplimiento de las indicaciones		C/SD	C/SI	C/SI
Evaluación de los pacientes según estado y diagnóstico		C/SD	C/SD	C/SI
Colaborar en procedimientos médicos invasivos.		C/SD	C/SD	C/SD

C/SD: con supervisión directa S/S: sin supervisión C/SI: con supervisión indirecta
Las internas deben tener supervisión del centro formador como mínimo 2 horas semanales.

Alumnos de la carrera de Técnico Nivel Medio/ TENS

Actividades	Año 1 y 2	Práctica Profesional
Ingreso y alta del paciente en la unidad	C/SD	C/SD
Preparación física de la paciente cuando lo requiera	C/SD	C/SI
Colaboración en procedimientos efectuados por médicos y enfermeras	C/SD	C/SI
Colaboración en procedimientos médico quirúrgicos	C/SD	C/SD
Actividades de aseo y confort de pacientes básicos	C/SD	C/SI
Actividades de aseo y confort de pacientes críticos	C/SD	C/SI
Control de códigos vitales	C/SD	C/SI
Administración de medicamentos VO	C/SD	C/SI
Administración de medicamentos por vía inhalatoria	C/SD	C/SI
Administración de medicamentos EV	C/SD	C/SI
Administración de medicamentos por vía IM - SC	C/SD	C/SI
Preparación de soluciones de fleboclisis	C/SD	C/SI
Control y cambio de fleboclisis	C/SD	C/SI
Obtención de muestras de exámenes de sangre	C/SD	C/SI
Control de ingreso y egreso hídrico	C/SD	C/SI
Colaboración en cateterismo vesical	C/SD	C/SI
Colaboración en RCP	Observación	C/SI
Controlar integridad y fecha de vencimiento de material y ropa estéril	C/SD	C/SI
Ejecución de los registros de las actividades y observaciones de enfermería	C/SD	C/SI
Utilizar elementos de protección	X C/S	C/SI

Se da por cumplido el elemento medible.

Pediatría

Se tiene a la vista documento "Procedimiento regulación de las actividades de los alumnos de carreras de la salud en el hospital Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta", que describe:
En páginas 9 a 23, ítem 7, el nivel de supervisión de los alumnos según carrera de acuerdo al siguiente detalle:
Siglas utilizadas:
S/S: sin supervisión
C/SD: con supervisión directa, docente presente durante la realización de la actividad.
C/SI: con supervisión indirecta

Alumnos de Medicina	Nivel de supervisión	
Actividades a realizar	1 a 5° año	Internado
Realizar anamnesis del paciente		S/S
Realizar examen físico	C/SD	S/S
Realizar examen obstétrico y ginecológico	C/SD	C/SD

Realizar ingreso médico de los pacientes en la unidad	C/SI	C/SI
Sugerir hipótesis diagnóstica	C/SI	S/S
Sugerir la realización de exámenes complementarios	C/SI	S/S
Evaluación de los pacientes según estado y diagnóstico	C/SI	C/SI
Colaborar con la visita del médico tratante	C/SI	C/SI
Realizar procedimientos no invasivos	C/SD	C/SI
Colaborar en intervenciones quirúrgica.	C/SD	C/SD
Colaboración en RCP avanzada.	C/SD	C/SD

Alumnos de Enfermería				
Actividades a realizar	1 Año	2° a 4° año	Internado	
			1° Etapa	2° Etapa
Realizar observación y valoración del paciente.	C/SD	C/SD	C/SI	C/SI
Formulación de diagnósticos de enfermería		C/SD	C/SI	C/SI
Planificar los cuidados de enfermería en horarios según rutina del servicio y necesidades del paciente		C/SD	C/SI	C/SI
Realizar actividades planificadas		C/SD	C/SD	C/SI
Categorizar a los pacientes según nivel de riesgo y dependencia de acuerdo a la normativa vigente		C/S	C/SI	C/SI
Favorecer el confort del paciente		C/SD	C/SI	C/SI
Realizar educación individual del paciente.		C/SD	C/SI	C/SI
Realizar procedimientos de enfermería de acuerdo a norma IAAS y protocolos institucionales.		C/S	C/SD	C/SD
Colaboración en RCP avanzada.		OBSERVACIÓN	C/SD	C/SD
Utilizar elementos de protección.	C/SD	C/SD	C/SI	C/SI
Participar en la entrega y recepción de turno. Verificar el cumplimiento de las indicaciones.		C/SD	C/SI	C/SI
Evaluación de los pacientes según estado y diagnóstico.		C/SD	C/SD	C/SI
Colaborar en procedimientos médicos invasivos.		C/SD	C/SD	C/SD

Alumnos de Kinesiología Pediátrica	
Actividades a realizar	5º año
Realizar recopilación de antecedentes desde ficha clínica y revisión e interpretación de exámenes.	C/SD
Realizar anamnesis del paciente.	C/SD
Evaluación de pacientes según estado y diagnóstico.	C/SD
Realizar examen físico.	C/SD
Plantear objetivos de Tratamiento Kinésico.	C/SD
Realizar técnicas Kinésicas en relación a los objetivos planteados.	C/SD
Realizar procedimientos de Kinesiología de acuerdo a normas IAAS, protocolos institucionales y procedimientos de atención kinésica del Servicio de Pediatría.	C/SD

Observaciones:

1. Se tiene a la vista versiones anteriores del documento:
- "Regulación de las actividades de los alumnos de carreras de la salud en el Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta". Versión 02, fecha de emisión mayo 2017, preparado por Karime Viralta V, SDMT Coordinador Técnico RAD, aprobado por Dr. Francisco Bueno N, director (s) Hospital Regional Antofagasta.
- "Regulación de las actividades de los alumnos de carreras de la salud en el Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta". Versión 02, fecha de emisión marzo 2015, preparado por Karime Viralta V, SDMT Coordinador Técnico RAD, aprobado por Dr. Francisco Bueno N, director (s) Hospital Regional Antofagasta.

Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica para este proceso de reacreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

Obstetricia

Se tiene a la vista documento "Procedimiento regulación de las actividades de los alumnos de carreras de la salud en el hospital Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta", que describe:
En páginas 9 a 23, ítem 7, el nivel de supervisión de los alumnos según carrera de acuerdo al siguiente detalle:
Siglas utilizadas:
S/S: sin supervisión
C/SD: con supervisión directa, docente presente durante la realización de la actividad.
C/SI: con supervisión indirecta

Alumnos de la carrera de Medicina

Actividades	Año 1 A 5	Internado
Realizar anamnesis del paciente		S/SI
Realizar examen físico	C/SD	S/SI
Realizar examen obstétrico y ginecológico	C/SD	C/SD
Realizar ingreso médico de los pacientes a la unidad	C/SI	C/SI
Sugerir hipótesis diagnóstica	C/SI	S/SI
Sugerir realización de exámenes complementarios	C/SI	S/S

Evaluación de los pacientes según estado y diagnóstico	C/SI	C/SI
Colaborar con la visita del médico tratante	C/SI	C/SI
Realizar procedimientos no invasivos	C/SD	C/SD
Colaborar en intervenciones quirúrgicas	C/SD	C/SD
Colaborar en RCP avanzada	C/SD	C/SD

Alumnos de la carrera de Obstetricia y Puericultura

Actividades	1 año	2 a 4 año	5 año
Aplicar pautas de observación	C/SI		
Realizar anamnesis de la usuaria y examen físico general		C/SD	C/SI
Realizar examen obstétrico y ginecológico		C/SD	C/SD
Realizar la admisión de los pacientes a la unidad, identificar y jerarquizar necesidades		C/SD	C/SI
Realizar categorización para priorizar la demanda en urgencia		C/SD	C/SI
Realizar hipótesis diagnóstica		C/SD	C/SI
Categorizar a los pacientes según nivel de riesgo y dependencia de acuerdo a normativa vigente		C/SD	C/SI
Planificar la atención de Matronería de los(as) pacientes, de acuerdo a las indicaciones médicas y criterio profesional		C/SD	C/SI
Participar en la entrega y recepción de turno, verificar el cumplimiento de las indicaciones		C/SD	C/SI
Evaluación de los pacientes según estado y diagnóstico		C/SD	C/SI
Colaboración con la visita médica y de matrona		C/SD	C/SI
Realizar procedimientos no invasivos		C/SD	C/SI
Colaborar en procedimientos invasivos de médico y de matrona		C/SD	C/SD
Facilitar y vigilar según corresponda la lactancia materna precoz y el alojamiento conjunto		C/SD	C/SI
Control obstétrico		C/SD	C/SI
Colaborar en la labor administrativa		C/SD	C/SI
Supervisar preparación física y traslado de usuarios		C/SD	C/SI
Supervisar entrega de turno de técnicos paramédicos		C/SD	C/SI
Administración de medicamentos vía oral, intramuscular y subcutánea		C/SD	C/SD
Realizar monitorización fetal		C/SD	C/SI
Colaboración en asistencia de partos según norma vigente		C/SD	C/SD
Colaborar en RCP avanzada		Observación	C/SD

Alumnos de la carrera de Técnico Nivel Medio/ TENS

Actividades	Año 1 y 2	Práctica Profesional
Ingreso y alta del paciente en la unidad	C/SD	C/SD
Preparación física de la paciente cuando lo requiera	C/SD	C/SI
Colaboración en procedimientos efectuados por médicos y enfermeras	C/SD	C/SI
Colaboración en procedimientos médico quirúrgicos	C/SD	C/SD
Actividades de aseo y confort de pacientes básicos	C/SD	C/SI
Actividades de aseo y confort de pacientes críticos	C/SD	C/SI
Control de códigos vitales	C/SD	C/SI
Administración de medicamentos VO	C/SD	C/SI
Administración de medicamentos por vía inhalatoria	C/SD	C/SI
Administración de medicamentos EV	C/SD	C/SI
Administración de medicamentos por vía IM - SC	C/SD	C/SI
Preparación de soluciones de fleboclisis	C/SD	C/SI
Control y cambio de fleboclisis	C/SD	C/SI
Obtención de muestras de exámenes de sangre	C/SD	C/SI
Control de ingreso y egreso hídrico	C/SD	C/SI
Colaboración en cateterismo vesical	C/SD	C/SI
Colaboración en RCP	Observación	C/SI
Actividades administrativas en la unidad (documentación al ingreso del paciente, ordenar fichas, recepción de resultado de exámenes solicitados, recepción de medicamentos según recetas enviadas a farmacia)	C/SD	C/SI
Controlar integridad y fecha de vencimiento de material y ropa estéril	C/SD	C/SI
Ejecución de los registros de las actividades y observaciones de enfermería	C/SD	C/SI
Utilizar elementos de protección	X C/S	C/SI

Observaciones:

1. Se tiene a la vista versiones anteriores del documento:

- "Regulación de las actividades de los alumnos de carreras de la salud en el Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta". Versión 02, fecha de emisión mayo 2017, preparado por Karime Viralta V, SDMT Coordinador Técnico RAD, aprobado por Dr. Francisco Bueno N, director (s) Hospital Regional Antofagasta.
- "Regulación de las actividades de los alumnos de carreras de la salud en el Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta". Versión 02, fecha de emisión marzo 2015, preparado por Karime Viralta V, SDMT

Coordinador Técnico RAD, aprobado por Dr. Francisco Bueno N, director (s) Hospital Regional Antofagasta.
Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica para este proceso de reacreditación.

Se da por cumplido el elemento medible

Urgencia

Se tiene a la vista documento "Procedimiento regulación de las actividades de los alumnos de carreras de la salud en el hospital Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta", que describe:
En páginas 9 a 23, ítem 7, el nivel de supervisión de los alumnos según carrera de acuerdo al siguiente detalle:
Siglas utilizadas:
S/S: sin supervisión
C/SD: con supervisión directa, docente presente durante la realización de la actividad.
C/SI: con supervisión indirecta

Alumnos de la carrera de Medicina

Actividades	Año 1 A 5	Internado
Realizar anamnesis del paciente		S/SI
Realizar examen físico	C/SD	S/SI
Realizar examen obstétrico y ginecológico	C/SD	C/SD
Realizar ingreso médico de los pacientes a la unidad	C/SI	C/SI
Sugerir hipótesis diagnóstica	C/SI	S/SI
Sugerir realización de exámenes complementarios	C/SI	S/S
Evaluación de los pacientes según estado y diagnóstico	C/SI	C/SI
Colaborar con la visita del médico tratante	C/SI	C/SI
Realizar procedimientos no invasivos	C/SD	C/SD
Colaborar en intervenciones quirúrgicas	C/SD	C/SD
Colaborar en RCP avanzada	C/SD	C/SD

Alumnos de la carrera de Enfermería

Actividades	1 año	2ª a 4ª año	Internado 1ª etapa	Internado 2ª etapa
Realizar observación y valoración del paciente.	C/SD	C/SD	C/SI	C/SI
Formular diagnóstico de enfermería.		C/SD	C/SI	C/SI
Planificar cuidados de enfermería en horarios según rutina del servicio y necesidades del paciente.		C/SD	C/SI	C/SI
Realizar actividades planificadas.		C/SD	C/SD	C/SI
Categorizar a los pacientes según nivel de riesgo y dependencia de acuerdo a normativa vigente.		C/S	C/SI	C/SI
Favorecer el confort de la paciente.		C/SD	C/SI	C/SI
Realizar educación individual del paciente.		C/SD	C/SI	C/SI
Realizar procedimientos de enfermería de acuerdo a normas IAAS y protocolos institucionales.		C/S	C/SD	C/SI
Colaborar en RCP avanzada		OBSERVACION	C/SD	C/SD
Utilizar elementos de protección.	C/SD	C/SD	C/SI	
Participar en la entrega y recepción de turno, verificar el cumplimiento de las indicaciones.		C/SD	C/SI	C/SI
Evaluación de los pacientes según estado y diagnóstico.		C/SD	C/SD	C/SI
Colaborar en procedimientos médicos invasivos.		C/SD	C/SD	C/SD

Alumnos de la carrera de Técnico Nivel Medio/ TENS

Actividades	Año 1 y 2	Práctica Profesional
Ingreso y alta del paciente en la unidad	C/SD	C/SD
Preparación física de la paciente cuando lo requiera	C/SD	C/SI
Colaboración en procedimientos efectuados por médicos y enfermeras	C/SD	C/SI
Colaboración en procedimientos médico quirúrgicos	C/SD	C/SD
Actividades de aseo y confort de pacientes básicos	C/SD	C/SI
Actividades de aseo y confort de pacientes críticos	C/SD	C/SI
Control de códigos vitales	C/SD	C/SI
Administración de medicamentos VO	C/SD	C/SI
Administración de medicamentos por vía inhalatoria	C/SD	C/SI
Administración de medicamentos EV	C/SD	C/SI
Administración de medicamentos por vía IM - SC	C/SD	C/SI
Preparación de soluciones de fleboclisis	C/SD	C/SI
Control y cambio de fleboclisis	C/SD	C/SI
Obtención de muestras de exámenes de sangre	C/SD	C/SI
Control de ingreso y egreso hídrico	C/SD	C/SI
Colaboración en cateterismo vesical	C/SD	C/SI
Colaboración en RCP	Observación	C/SI
Actividades administrativas en la unidad (documentación al ingreso del paciente, ordenar fichas, recepción de resultado de exámenes solicitados, recepción de medicamentos según recetas enviadas a farmacia)	C/SD	C/SI

	Controlar integridad y fecha de vencimiento de material y ropa estéril	C/SD	C/SI
	Ejecución de los registros de las actividades y observaciones de enfermería	C/SD	C/SI
	Utilizar elementos de protección	X C/S	C/SI

Observaciones:

1. Se tiene a la vista versiones anteriores del documento:

- "Regulación de las actividades de los alumnos de carreras de la salud en el Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta". Versión 02, fecha de emisión mayo 2017, preparado por Karime Viralta V, SDMT Coordinador Técnico RAD, aprobado por Dr. Francisco Bueno N, director (s) Hospital Regional Antofagasta.
- "Regulación de las actividades de los alumnos de carreras de la salud en el Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta". Versión 02, fecha de emisión marzo 2015, preparado por Karime Viralta V, SDMT Coordinador Técnico RAD, aprobado por Dr. Francisco Bueno N, director (s) Hospital Regional Antofagasta.

Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica para este proceso de reacreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

DP 4.2 – Tercer elemento medible: Se documenta programa de supervisión de las prácticas clínicas relevantes ejecutadas por los alumnos.

PQ 1			
Nombre del documento: PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE ALUMNOS DE PREGRADO QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE PABELLÓN CENTRAL			
Institución en convenio: Universidad de Antofagasta, Universidad Santo Tomás, Liceo Técnico Antofagasta			
Versión: 01	Fecha: Abril 2016	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas:5
Elaborado por: Unidad de calidad y seguridad del paciente del HRA		Firmado por: Marisel Pérez, Enfermera Supervisora Pabellón Central.	
Breve descripción del programa de supervisión: En el documento tenido a la vista, destacan los siguientes contenidos: En página 2, se describe en alcance, que el programa será aplicado a los alumnos de pregrado que ingresen a realizar práctica a la unidad de pabellón central. En página 3 y 4, ítem 4, describe las actividades: - Supervisar periódicamente el cumplimiento de este programa dentro de la unidad. - Completar pauta de supervisión de las actividades de los alumnos de carreras de la salud. - Las evaluaciones se realizarán a través de observación directa mediante pauta de supervisión, que serán únicas y trasversales dependiendo si es profesional o técnico. - Se supervisarán 10 alumnos por carrera y centro formador en el semestre. - Se confeccionará informe de supervisión semestral de acuerdo a os resultados de las pautas aplicadas. - En caso de que en el semestre no se presenten alumnos, igualmente se deberá generar informe validado por COLDAS, especificando la ausencia de estos en la unidad. En página 5, anexos, se señalan la pauta de supervisión de las actividades de alumnos de carreras de pregrado de la salud, que registra: Carrera y centro formador, un número correlativo, nombre del alumno y fecha de evaluación y los siguientes criterios a evaluar 1. Realiza las actividades y procedimientos bajo supervisión directa. 2. Lavado de manos según norma. 3. Antes de realizar algún procedimiento verifica nombre del paciente. 4. La actividad o procedimiento realizado por el alumno de pregrado corresponde según carrera y nivel de formación. 5. Registra en forma clara y legible en ficha clínica u hoja de enfermería, identificándose como alumno. Se da por cumplido el elemento medible.			

PQ 2			
Nombre del documento: PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE ALUMNOS DE PREGRADO QUE INGRESAN A LA UNDAD CIRUGÍA AMBULATORIA (MAYOR Y MENOR)			
Institución en convenio: Universidad Santo Tomás. Liceo técnico A14			
Versión: 00	Fecha: Septiembre 2018	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 5
Elaborado por: Natalia Núñez, supervisora de Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA). Noemí Vega Torres, enfermera de UCMA. Solange Torrico Pintado, enfermera de UCMA.		Firmado por: Dra. Gladys Villarroel. Jefe de UCMA	

Breve descripción del programa de supervisión:
En la página 3, señala que se aplicará una pauta de supervisión de las actividades de los alumnos de las carreras de la salud, descritas en el Anexo N°1, que forma parte del documento. Estas evaluaciones se aplicarán a través de la observación directa de los alumnos, mediante la pauta de supervisión.
- Se realizará una única evaluación, la que se realizará en forma transversal, dependiendo si el alumno es profesional o técnico.
- El documento indica que se supervisará a 10 alumnos por carrera y por centro formador por semestre, con un informe de supervisión semestral.
- En el Anexo 1, se describen las siguientes actividades a supervisar:

1. Realiza las actividades y procedimientos bajo supervisión directa.
2. Lavado de manos según norma.
3. Antes de realizar algún procedimiento, verifica nombre del paciente.
4. La actividad o procedimiento realizado por el alumno de pregrado corresponde según carrera y nivel de formación.
5. Registra en forma clara y legible en ficha clínica u hoja de enfermería, identificación como alumno.
6. Se asignará puntaje "1" si el alumno cumple; puntaje "0" si no cumple y "N/A" si no aplica.

La pauta cumple si todos los puntos son "sí".

Se da por cumplido el elemento medible.

MQs1- MQs2- MQs3- MQs4

Nombre del documento: PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE ALUMNOS DE PREGRADO QUE INGRESAN A LA UNIDAD MEDICINA			
Institución en convenio: Universidad Santo Tomás; Universidad de Antofagasta; Liceo Técnico.			
Versión: 02	Fecha: Abril 2015	Fecha vigencia: 5 Años	N° páginas: 5
Elaborado por: Unidad de calidad y seguridad del paciente		Firmado por: Alejandra Milies G, Enfermera Supervisora Medicina	

Breve descripción del programa de supervisión:
Se tiene a la vista documento elaborado por la Unidad de Calidad en la que se describe:
Página 2, ítem 2, establece el alcance será aplicado a los alumnos de pregrado que ingrese a realizar practica a la unidad de medicina.
Página 2, ítem 3, Responsabilidades:
- Subdirección de enfermería: es responsable de velar por el cumplimiento del programa.
- Supervisor de enfermería:
- Aprobar de ser necesario el requerimiento de campo clínico y de la distribución de los alumnos.
- Ejecutar el programa de los alumnos en práctica clínica de la carrera de pre grado además de adjuntar dichos informes a carpeta institucional destinada para tal efecto.

Página 3, ítem 4, describe actividades:
- Supervisar periódicamente el cumplimiento de este programa dentro de la unidad.
- Completar la Pauta de Supervisión de las actividades de los alumnos de carreras de la salud.
- Las evaluaciones se realizarán a través de observación directa, mediante pauta de observación.
- Se supervisará a 10 alumnos de cada carrera.
- Se confeccionará informe de supervisión semestral de acuerdo a las pautas aplicadas.
- En caso que el semestre no se presenten alumnos, igualmente se confeccionará informe validado por COLDAS, especificando la ausencia de alumnos.

Página 3, ítem 5 contiene anexo Nº 1 ,que corresponde a la pauta de supervisión que contiene los ítems:
1. Realiza las actividades y procedimientos bajo supervisión directa.
2. Lavado de manos según Norma.
3. Antes de realizar algún procedimiento, verifica nombre del paciente.
4. La actividad o procedimiento realizado por el alumno de pregrado corresponde según carrera y nivel de formación
5. Registra en forma clara y legible en ficha clínica u hoja de enfermería, identificándose como alumno.

En la pauta se registra también: Fecha de supervisión, carrera, centro formador, nombre del alumno, período evaluado, evaluador.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQs5

Nombre del documento: PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE ALUMNOS DE PREGRADO QUE INGRESAN A LA UNIDAD CUIDADOS MEDIOS ADULTOS (UCM) ADULTO.			
Institución en convenio: Universidad de Antofagasta, universidad Santo Tomas, liceo técnico.			
Versión:02	Fecha: Enero 2018	Fecha vigencia:5 años	N° páginas: 5
Elaborado por: Karin Estivales, enfermera supervisora UCM		Firmado por: Jorge Cifuentes C., médico jefe UCM	

Breve descripción del programa de supervisión:
Se tiene a la vista documento que describe en el que destaca:
Página 2, ítem 2, **alcance**: este programa será aplicado a los alumnos de pregrado que ingrese a realizar práctica a la unidad de cuidados medios adulto.
Página 2, ítem 3, responsabilidad:
- Subdirección de enfermería: velar por el cumplimiento del programa.
- Enfermera/o supervisor(a): aprobar el requerimiento de campo clínico y de la distribución de los alumnos, ejecutar el programa de los alumnos en práctica clínica de la carrera de pregrado además de adjuntar dichos informes a carpeta institucional.

Página 3, ítem 4, **actividades**, descrito en seis puntos donde destaca**:**
- Completar pauta de supervisión de las actividades de los alumnos de carreras de la salud (anexo 1).

- Las evaluaciones se realizarán a través de observación directa mediante pauta de supervisión que serán únicas y transversales.
- Se supervisará 10 alumnos por carrera y centro formador en el semestre.
- Se confeccionará informe de supervisión semestral de acuerdo a los resultados de las pautas aplicadas.

Página 3, ítem 5 contiene anexo Nº 1 ,que corresponde a la pauta de supervisión que contiene los ítems:
1. Realiza las actividades y procedimientos bajo supervisión directa
2. Lavado de manos según Norma
3. Antes de realizar algún procedimiento, verifica nombre del paciente
4. La actividad o procedimiento realizado por el alumno de pregrado corresponde según carrera y nivel de formación
5. Registra en forma clara y legible en ficha clínica u hoja de enfermería, identificándose como alumno.

En la pauta se registra también: Fecha de supervisión, carrera, centro formador, nombre del alumno, período evaluado, evaluador.

Observaciones:
1. Se tienen a la vista los siguientes documentos anteriores:
- "Programa de supervisión de alumnos de pregrado que ingresan a la unidad cirugía", versión 01, fecha de aprobación de diciembre 2016, elaborado por Karin Estivales López, Enfermera supervisora cirugía, aprobado por Dr. Jorge Cifuentes C., jefe de servicio de cirugía.
- "Programa de supervisión de alumnos de pregrado que ingresan a la unidad cirugía", versión 00, fecha de aprobación de noviembre 2013, elaborado por Rosa Santander Osorio, enfermera supervisora cirugía, aprobado por Dr. Alberto Castillo, jefe de servicio de cirugía.

Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQs6

Nombre del documento: PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE ALUMNOS DE PREGRADO QUE INGRESAN A LA UNIDAD UCM CARDIOLOGÍA NEURO			
Institución en convenio: Universidad de Antofagasta, Universidad Santo Tomas			
Versión:00	Fecha: Febrero 2018	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas:5
Elaborado por: Jennifer Mariño Guerrero, Enfermera supervisora (s)		Firmado por: dra. Dayana Stejakovic S., Jefe UCM cardiología-neuro.	

Breve descripción del programa de supervisión:
Se tiene a la vista documento en el que destaca:
Página 2, ítem 2, alcance: este programa será aplicado a los alumnos de pregrado que ingrese a realizar práctica a la unidad de cuidados medios adultos.
Página 2, ítem 3, responsabilidad:
- Subdirección de enfermería: velar por el cumplimiento del programa.
- Enfermera/o supervisor(a): aprobar el requerimiento de campo clínico y de la distribución de los alumnos, ejecutar el programa de los alumnos en práctica clínica de la carrera de pregrado además de adjuntar dichos informes a carpeta institucional.

Página 3, ítem 4, actividades, descrito en seis puntos donde destaca:
- Completar pauta de supervisión de las actividades de los alumnos de carreras de la salud (anexo 1).
- Las evaluaciones se realizarán a través de observación directa mediante pauta de supervisión que serán únicas y transversales.
- Se supervisará 10 alumnos por carrera y centro formador en el semestre.
- Se confeccionará informe de supervisión semestral de acuerdo a los resultados de las pautas aplicadas.

Página 3, ítem 5 contiene anexo Nº 1, que corresponde a la pauta de supervisión que contiene los ítems:
1. Realiza las actividades y procedimientos bajo supervisión directa
2. Lavado de manos según Norma
3. Antes de realizar algún procedimiento, verifica nombre del paciente
4. La actividad o procedimiento realizado por el alumno de pregrado corresponde según carrera y nivel de formación
5. Registra en forma clara y legible en ficha clínica u hoja de enfermería, identificándose como alumno.

Se da por cumplido el elemento medible.

Obstetricia

Nombre del documento: PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE ALUMNOS DE PREGRADO QUE INGRESAN A LA UNIDAD GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Institución en convenio: Universidad de Antofagasta: Medicina – Obstetricia y Puericultura – Nutrición Instituto Santo Tomás: Técnico en enfermería nivel superior Liceo técnico Nº 14: Técnico en enfermería nivel superior			
Versión: 02	Fecha: Abril 2016	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 5
Elaborado por: Unidad de Calidad y Seguridad del paciente del HRA		Firmado por: Marly Maizares del Pino, Matrona Supervisora de Ginecología y Obstetricia	

Breve descripción del programa de supervisión:
Se tiene a la vista documento que describe:
En página 2, ítem 2, se define el alcance:
- Este programa será aplicado a los alumnos de pregrado que ingresen a realizar práctica la unidad de Ginecología y Obstetricia.

En página 2, ítem 3, se describen responsabilidades:
- Subdirección de Matronería: velar por el cumplimiento del programa.

- Matrona Supervisara: aprobar el requerimiento de campo clínico y la distribución de los alumnos; ejecutar el programa en la práctica clínica de pregrado y adjuntar informes a carpeta institucional destinada para tal efecto.

En páginas 3, ítem 4, se describen actividades:
- Supervisar periódicamente el cumplimiento del programa dentro de la unidad.
- Completar pauta de supervisión de las actividades de los alumnos de carreras de la salud.
- Realización de evaluaciones a través de observación directa mediante pauta de supervisión, que serán únicas y transversales, dependiendo si es profesional o técnico.
- Se supervisarán 10 alumnos por carrera y centro formador en el semestre.
- Se confeccionará informe de supervisión semestral de acuerdo al resultado de las pautas aplicadas.
- Cuando no se presenten alumnos, igualmente se deberá generar informe especificando la ausencia de éstos en la unidad.

En páginas 5, ítem 5, anexo 1 "Pauta de supervisión de las actividades de los alumnos de las carreras de la salud" que describe:
- Carrera
- Centro formador
- Nombre del alumno
- Fecha
- Criterios de evaluación:

1. Realiza las actividades y procedimiento bajo supervisión directa.
2. Lavado de manos según norma.
3. Antes de realizar algún procedimiento, verifica nombre del paciente.
4. La actividad o procedimiento realizado por el alumno de pregrado corresponde según carrera y nivel de formación.
5. Registra en forma clara y legible en ficha clínica u hoja de enfermería, identificándose como alumno.

Se da por cumplido el elemento medible.

URGENCIA

Nombre del documento: PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE ALUMNOS DE PREGRADO QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE URGENCIA.

Institución en convenio:
Universidad de Antofagasta: Medicina – Enfermería.
Instituto Santo Tomas: Enfermería – Técnico de enfermería nivel superior.

Versión: 01	Fecha: Abril 2016	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 4
Elaborado por: Unidad de calidad y seguridad del paciente del HRA.		Aprobado por: Karen Alvarado Enfermera supervisora de urgencia.	

Se tiene a la vista documento que describe:
En página 2, ítems 1, 2 y 3, se describen:
Objetivo:
- Resguardar la seguridad, derechos y deberes de los pacientes.
- Asegurar el cumplimiento de las actividades y procedimientos establecidos que realizan los alumnos de pregrado según nivel de formación.

Alcance: Será aplicado a los alumnos de pregrado que ingresen a realizar práctica a la unidad de urgencia.
Responsabilidades:
- Subdirección de enfermería: velar por el cumplimiento del programa.
- Enfermera supervisora: aprobar de ser necesario el requerimiento del campo clínico y de la distribución de los alumnos. Ejecutar el programa en los alumnos en práctica clínica de la carrera de pregrado además de adjuntar dichos informes a carpeta institucional destinada para tal efecto.

En página 3, ítem 4 se describe actividades:
- Supervisar periódicamente el cumplimiento de este, dentro de la unidad.
- Completar pauta de supervisión de las actividades de los alumnos de la carrera de salud.
- Las evaluaciones se realizarán a través de observación directa, mediante pauta de supervisión que serán únicas y transversales dependiendo si es profesional o técnico.
- Se supervisarán 10 alumnos por carrera del centro formador, en el semestre.
- Se confeccionará informe de supervisión semestral de acuerdo a los resultados de las pautas aplicadas.
- En el caso que en el semestre no se presenten alumnos, igualmente se deberá generar informe validado por COLDAS, especificando la ausencia de estos en la unidad.

En página 4, anexo 1, se describe pauta de supervisión, la cual contiene los siguientes ítems a evaluar:
- Carrera.
- Centro Formador
- Nombre del alumno.
- Fecha.

Criterios de evaluación:

1. Realiza las actividades y procedimientos bajo supervisión directa.
2. Lavado de manos según norma.
3. Antes de realizar algún procedimiento verifica nombre del paciente.
4. La actividad o procedimiento realizado por el alumno de pregrado corresponde según carrera y nivel de formación.
5. Registra en forma clara en ficha clínica u hoja de enfermería, identificándose como alumno.

Se da por cumplido el elemento medible.

DP 4.2 – Cuarto elemento medible: Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación periódica.

Punto	Describir constatación de la evaluación periódica, según corresponda en :

PQ 1

- **Periodo retrospectivo a evaluar:** Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** Los informes de la supervisión de las actividades de alumnos de carreras de pregrado de la salud se realizan en forma semestral.
  La constatación se realiza usando randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos semestres a evaluar: 1° y 2° semestres del 2018.
- **Registros revisados:**

- Rotación de turnos de alumnos de la carrera de medicina y TENS
- Nómina de alumnos en práctica del periodo constatar (1° y 2° semestre de 2018)
- Pautas de evaluación de los alumnos del periodo a constatar (1° y 2° semestre de 2018).

- **De la constatación:**

1. Se constata el cumplimiento del programa de supervisión declarado por el prestador.
2. La pauta de supervisión "de las actividades de los alumnos de las carreras de la salud", contiene los 5 criterios descritos en los registros revisados por la EA y que están contenidos en el protocolo local, estos son:

- Realiza las actividades y procedimientos bajo supervisión directa.
- Lavado de manos según Norma.
- Antes de realizar algún procedimiento, verifica nombre del paciente.
- La actividad o procedimiento realizado por el alumno de pregrado corresponde según carrera y nivel de formación.
- Registra en forma clara y legible en ficha clínica u hoja de enfermería, identificándose como alumno.

3. Se constata la aplicación de las pautas de supervisión a los alumnos en práctica de la carrera de medicina y TENS del periodo a constatar (1° y 2° semestre de 2018).
4. Se evidencia la aplicación de 10 pautas semestrales para la carrera de medicina y TENS, según lo definido en el documento "programa de supervisión de alumnos de pregrado que ingresan a la unidad de pabellón central":
5. Las pautas consideran los criterios definidos en el protocolo local.
6. Resultados de la constatación:

1 Semestre 2018						
Carrera	Institución	Total pautas	Cumplen	No cumplen	%	Constatado
Medicina	U. Antofagasta	10	10	0	100	Cumple
TENS	Liceo Técnico	10	10	0	100	Cumple
2 Semestre 2018						
Carrera	Institución	Total pautas	Cumplen	No cumplen	%	Cumple
Medicina	U. Antofagasta	10	10	0	100	Cumple
TENS	Liceo Técnico	10	10	0	100	Cumple

Observaciones:

1. Lo constatado por la entidad es concordante con lo definido en el programa local de supervisión.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

PQ 2

Metodología de la constatación:

- **Periodo retrospectivo a evaluar:** Dado que el PQ2 comienza sus actividades el 09 de octubre del año 2018, correspondiendo su evaluación desde esa fecha hasta el mes de mayo del año 2019.
- **Selección de la muestra:** Los informes de la supervisión de las actividades de alumnos de carreras de pregrado de la salud se realizan en forma semestral. La constatación se realiza del universo de las pautas aplicadas a los alumnos, del 2° semestre del 2018 y 1° semestre del 2019 (lo que tiene disponible el prestador).
- **Registros revisados:**

- Consolidado ingreso alumnos clínicos desde octubre del año 2018 a mayo del año 2019, a PQ de CMA.
- Informes semestrales de evaluación periódica de los alumnos del año 2018 y 1° semestre 2019.
- Pautas de evaluación de los alumnos del año 2018 y 1°semestre 2019.

- **De la constatación:**

1. Se constata el cumplimiento del programa de supervisión declarado por el prestador.
2. La pauta de supervisión "de las actividades de los alumnos de las carreras de la salud", contiene los 5 criterios descritos en los registros revisados por la EA y que están contenidos en el protocolo local
3. Se constata la aplicación de pautas de supervisión del periodo del total de alumnos, según detalle:

II semestre 2018						
Carrera	Institución	Total pautas	Cumplen	No cumplen	%	Constatado
Técnico nivel medio	Liceo Técnico Antofagasta	2	2	0	100%	Cumple
I semestre 2019						
Carrera	Institución	Total pautas	Cumplen	No cumplen	%	Constatado
TENS	Universidad Santo Tomás	4	4	0	100%	Cumple

Observaciones:

	1. Lo constatado por la entidad es concordante con lo definido en el programa local de supervisión. Se da por cumplido el elemento medible.
MQ 1	• **Metodología de la constatación:** • **Periodo retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación el periodo de retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2016 al 31 de mayo del 2019. • **Selección de la muestra:** los informes de la supervisión de las actividades de alumnos de carreras de pregrado de la salud se realizan en forma semestral. La constatación se realiza usando randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos semestres a evaluar: 1º y 2° semestre del 2018. • **Registros revisados:** - Informes Semestrales de Evaluación Periódica Regulación de Alumnos, años 2016, 2017, 2018 y 2019. - Memorándum Nº257, con fecha 2 de agosto 2018 enviado por Coordinadora (s) Técnica Relación Asistencial Docente, Marjorie Cisterna Astudillo a médicos jefes de servicio con las rotaciones correspondientes a prácticas curriculares. - Rotación de turnos de alumnos. - Declaración que certifica que en la unidad de Medicina durante el periodo comprendido entre octubre de 2017 hasta marzo de 2018 no ingresaron alumnos, producto del traslado hacia las nuevas dependencias del Hospital Regional de Antofagasta. - Nómina de alumnos en práctica. - Base de datos de estudiantes. - Pautas de evaluación de los alumnos de los años 2016, 2017, 2018 y 1°semestre 2019. • **De la constatación:** 1. Se constata el cumplimiento del programa de supervisión declarado por el prestador. 2. Los alumnos pertenecen a las carreras de Medicina, Enfermería y Tens, concordante con lo reportado por el prestador en cronograma de actividades, pertenecientes a la Universidad de Antofagasta, Universidad Santo Tomas y Liceo Técnico de Antofagasta. 3. Las pautas de supervisión realizadas a los alumnos contienen los criterios definidos en el protocolo del prestador, estos son: - Realiza las actividades y procedimientos bajo supervisión directa. - Lavado de manos según norma. - Antes de realizar algún procedimiento, verifica nombre del paciente. - La actividad o procedimiento realizado por el alumno de pregrado corresponde según carrera y nivel de formación. - Registra en forma clara y legible en ficha clínica u hoja de enfermería, identificándose como alumno. 4. Se constata la aplicación de pautas de supervisión a 10 alumnos por carrera, de acuerdo a lo definido en protocolo local. 5. Se constata la aplicación de pautas de supervisión en el periodo seleccionado a los alumnos según detalle: **Observaciones:** 1. Debido al traslado del hospital a las nuevas dependencias, se realizó una reprogramación de los alumnos de acuerdo a la disponibilidad de los servicios, por esta razón el segundo semestre de 2018 no hubo alumnos de medicina. Se da por cumplido el elemento medible.
MQ 2	• **Metodología de la constatación:** • **Periodo retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación el periodo de retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2016 al 31 de mayo del 2019. • **Selección de la muestra:** los informes de la supervisión de las actividades de alumnos de carreras de pregrado de la salud se realizan en forma semestral. La constatación se realiza usando randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos semestres a evaluar: 1º y 2° semestre del 2018. • **Registros revisados:** - Informes Semestrales de Evaluación Periódica Regulación de Alumnos, años 2016,2017,2018 y 2019. - Memorándum Nº 257, con fecha 2 de agosto 2018 enviado por Coordinadora (s) Técnica Relación Asistencial Docente, Marjorie Cisterna Astudillo a médicos jefes de servicio con las rotaciones correspondientes a prácticas curriculares. - Requerimiento de campo clínico para las distintas carreras - Rotación de turnos de alumnos - Declaración que certifica que en la unidad de Medicina durante el periodo comprendido entre octubre de 2017 hasta marzo de 2018 no ingresaron alumnos, producto del traslado hacia las nuevas dependencias del Hospital Regional de Antofagasta. - Nómina de alumnos en práctica - Base de datos de estudiantes. - Pautas de evaluación de los alumnos de los años 2016, 2017, 2018 y 1°semestre 2019. • **De la constatación:** Se constata el cumplimiento del programa de supervisión declarado por el prestador: 1. Los alumnos pertenecen a las carreras de Medicina, Enfermería y Tens,concordante con lo reportado por el prestador en cronograma de actividades, pertenecientes a la Universidad de Antofagasta, Universidad Santo Tomas y Liceo Técnico de Antofagasta. 2. Las pautas de supervisión realizadas a los alumnos contienen los criterios definidos en el protocolo del prestador.

3. Se constata la aplicación de pautas de supervisión a 10 alumnos por carrera, de acuerdo a lo definido en protocolo local.
4. Se constata la aplicación de pautas de supervisión en el periodo seleccionado a los alumnos según detalle:

I Semestre						
Carrera	Institución	Total pautas	Cumplen	No cumplen	%	Constatado
Medicina	U. Antofagasta	6	6	0	100%	Cumple
Enfermería	U. Antofagasta	12	12	0	100%	Cumple
II Semestre 2018						
Carrera	Institución	Total pautas	Cumplen	No cumplen	%	Cumple
Medicina	U. Antofagasta	10	10	0	100%	N/A
Enfermería	U. Antofagasta	10	10	0	100%	Cumple
Enfermería	Santo Tomas	12	11	0	91,6%	Cumple
Tens	Santo Tomas	5	5	0	100%	Cumple

Observaciones:
Debido al traslado del hospital a las nuevas dependencias, se realizó una reprogramación de los alumnos de acuerdo a la disponibilidad de los servicios, por esta razón el segundo semestre de 2018 no hubo alumnos de medicina.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 3

- **Metodología de la constatación:**
- **Periodo retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación el periodo de retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2016 al 31 de mayo del 2019.
- **Selección de la muestra:** los informes de la supervisión de las actividades de alumnos de carreras de pregrado de la salud se realizan en forma semestral.
  La constatación se realiza usando randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos semestres a evaluar: 1º y 2° semestre del 2018.
- **Registros revisados:**

- Informes Semestrales de Evaluación Periódica Regulación de Alumnos, años 2016,2017,2018 y 2019.
- Memorándum Nº257, con fecha 2 de agosto 2018 enviado por Coordinadora (s) Técnica Relación Asistencial Docente, Marjorie Cisterna Astudillo a médicos jefes de servicio con las rotaciones correspondientes a prácticas curriculares.
- Requerimiento de alumnos por carrera
- Rotación de turnos de alumnos
- Declaración que certifica que en la unidad de Medicina durante el periodo comprendido entre octubre de 2017 hasta marzo de 2018 no ingresaron alumnos, producto del traslado hacia las nuevas dependencias del Hospital Regional de Antofagasta.
- Nómina de alumnos en práctica
- Base de datos de estudiantes.
- Pautas de evaluación de los alumnos de los años 2016, 2017, 2018 y 1°semestre 2019.

- **De la constatación:**
  Se constata el cumplimiento del programa de supervisión declarado por el prestador:

1. Los alumnos pertenecen a las carreras de Medicina, Enfermería y Tens, concordante con lo reportado por el prestador en cronograma de actividades, pertenecientes a la Universidad de Antofagasta, Universidad Santo Tomas y Liceo Técnico de Antofagasta.
2. Las pautas de supervisión realizadas a los alumnos contienen los criterios definidos en el protocolo del prestador.
3. Se constata la aplicación de pautas de supervisión a 10 alumnos por carrera, de acuerdo a lo definido en protocolo local.
4. Se constata la aplicación de pautas de supervisión en el periodo seleccionado a los alumnos según detalle:

I Semestre						
Carrera	Institución	Total pautas	Cumplen	No cumplen	%	Constatado
Medicina	U. Antofagasta	20	20	0	100%	Cumple
Enfermería	U. Antofagasta	10	10	0	100%	Cumple
Enfermería	Santo Tomas	2	2	0	100%	Cumple
II Semestre 2018						
Carrera	Institución	Total pautas	Cumplen	No cumplen	%	Cumple
Medicina	U. Antofagasta	20	20	0	100%	Cumple
Enfermería	U. Antofagasta	13	13	0	100%	Cumple
Enfermería	Santo Tomas	12	12	0	100%	Cumple
Tens	Santo Tomas	11	11	0	100%	Cumple
Tens	Liceo Técnico	4	4	0	100%	Cumple

Observaciones:
Debido al traslado del hospital a las nuevas dependencias, se realizó una reprogramación de los alumnos de

<table>
<tr><td></td><td>acuerdo a la disponibilidad de los servicios, por esta razón el segundo semestre de 2018 no hubo alumnos de medicina.

Se da por cumplido el elemento medible.</td></tr>
<tr><td>MQ 4</td><td>De la constatación:
Se tiene a la vista documento de 1 página fechado el 03-06-2019 en que el prestador declara “en la unidad básica Médico-quirúrgica, al no ser campo clínico habilitado, no se ingresaron estudiantes de pregrado durante enero 2019 hasta la fecha”.
Documento firmado por Mt. Marjorie Cisternas Astudillo, Coordinador (s) Relación Asistencial Docente HRA</td></tr>
<tr><td>MQ 5</td><td>• Metodología de la constatación:
• Periodo retrospectivo a evaluar:
• Dado que corresponde a un proceso de re acreditación el periodo de retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2016 al 31 de mayo del 2019.
• Selección de la muestra:
- Los informes de la supervisión de las actividades de alumnos de carreras de pregrado de la salud se realizan en forma semestral.
- La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos semestres a evaluar: 1° y 2° semestres del 2018.
• Registros revisados:
- Rotación de turnos de alumnos
- Consolidado ingreso alumnos clínicos I semestre 2019, cuidados medio médico quirúrgico.
- Nómina de alumnos en práctica
- Base de datos de estudiantes.
- Informes semestrales de evaluación periódica de los alumnos de los años 2016, 2017, 2018 y1°semestre 2019.
- Pautas de evaluación de los alumnos de los años 2016, 2017, 2018 y 1°semestre 2019.
- Declaración que describe que desde el 14 de octubre de 2017 hasta el 01 de abril del 2018 no se ingresaron estudiantes producto del traslado a las nuevas dependencias del hospital, firmado por MT Marjorie Cisternas Astudillo, coordinador relación asistencial docente.
• De la constatación:
1. Se constata el cumplimiento del programa de supervisión declarado por el prestador
2. La pauta de supervisión “de las actividades de los alumnos de las carreras de la salud”, contiene los 5 criterios descritos en los registros revisados por la EA y que están contenidos en el protocolo local, esto son:
- Realiza las actividades y procedimientos bajo supervisión directa
- Lavado de manos según Norma
- Antes de realizar algún procedimiento, verifica nombre del paciente
- La actividad o procedimiento realizado por el alumno de pregrado corresponde según carrera y nivel de formación
- Registra en forma clara y legible en ficha clínica u hoja de enfermería, identificándose como alumno.
3. Resultado de la evaluación:

<table>
<tr><td colspan="7">I Semestre 2018</td></tr>
<tr><td>Carrera</td><td>Institución</td><td>Total pautas</td><td>Cumplen</td><td>No cumplen</td><td>%</td><td>Constatado</td></tr>
<tr><td>Kinesiología</td><td>U. Antofagasta</td><td>10</td><td>10</td><td>0</td><td>100</td><td>Cumple</td></tr>
<tr><td>Kinesiología</td><td>Santo Tomas</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>100</td><td>Cumple</td></tr>
<tr><td colspan="7">II Semestre 2018</td></tr>
<tr><td>Carrera</td><td>Institución</td><td>Total pautas</td><td>Cumplen</td><td>No cumplen</td><td>%</td><td>Cumple</td></tr>
<tr><td>Kinesiología</td><td>U. Antofagasta</td><td>2</td><td>2</td><td>0</td><td>100</td><td>Cumple</td></tr>
</table>

Observaciones:
1. Lo constatado por la entidad es concordante con lo definido en el programa local de supervisión.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.</td></tr>
<tr><td>MQ 6</td><td>• Metodología de la constatación:
• Periodo retrospectivo a evaluar: Dado que corresponde a un proceso de re acreditación el periodo retrospectivo para la unidad de cardio neuro corresponde a febrero 2018 al 30 de abril del 2019. (por inicio de funcionamiento de la unidad en esa fecha).
• Selección de la muestra: los informes de la supervisión de las actividades de alumnos de carreras de pregrado de la salud se realizan en forma semestral.
- La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos semestres a evaluar: 1° y 2° semestres del 2018.
• Registros revisados:
- Rotación de turnos de alumnos
- Consolidado de ingreso de alumnos a la unidad desde el 23 de mayo 2018.
- Consolidado ingreso alumnos clínicos I semestre 2019, cuidados medio cardiológico.
- Nómina de alumnos en práctica
- Informes semestrales de evaluación periódica de los alumnos del año 2018 y1° semestre 2019.
- Pautas de evaluación de los alumnos del año 2018 y 1°semestre 2019.
- Declaración que describe que desde febrero de 2018 hasta abril del 2018 no se ingresaron estudiantes, firmado por MT Marjorie Cisternas Astudillo, coordinador relación asistencial docente.
• De la constatación:
1. Se constata el cumplimiento del programa de supervisión declarado por el prestador</td></tr>
</table>

2. La pauta de supervisión "de las actividades de los alumnos de las carreras de la salud", contiene los 5 criterios descritos en los registros revisados por la EA y que están contenidos en el protocolo local, estos son:
- Realiza las actividades y procedimientos bajo supervisión directa
- Lavado de manos según Norma
- Antes de realizar algún procedimiento, verifica nombre del paciente
- La actividad o procedimiento realizado por el alumno de pregrado corresponde según carrera y nivel de formación
- Registra en forma clara y legible en ficha clínica u hoja de enfermería, identificándose como alumno.

3. Resultado de la evaluación:

I Semestre 2018						
Carrera	Institución	Total pautas	Cumplen	No cumplen	%	Constatado
Kinesiología	U. Antofagasta	10	8	2	80	Cumple
II Semestre 2018						
Carrera	Institución	Total pautas	Cumplen	No cumplen	%	Cumple
Medicina	U. Antofagasta	4	2	2	50	Cumple

Observaciones:
1. Lo constatado por la entidad es concordante con lo definido en el programa local de supervisión.

Se da por cumplido el elemento medible.

Pediatría

- **Metodología de constatación:**
- **Periodo retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación el periodo de retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2016 al 31 de mayo del 2019.
- **Selección de la muestra:** Los informes de la supervisión de las actividades de alumnos de carreras de pregrado de la salud se realizan en forma semestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos semestres a evaluar: 1° y 2° semestres del 2018.
- **Registros revisados:**

1. Informes semestrales de evaluación periódica del indicador 2016, 2017, 2018, 2019
- Pautas de supervisión 1º Semestre 2018
- Carrera Enfermería, Universidad Santo Tomás. (mayo a junio)
- Carrera Enfermería, Universidad de Antofagasta. (abril a julio)
- Carrera Medicina, Universidad de Antofagasta. (marzo a junio)
- Carrera Nutrición y Dietética, Universidad de Antofagasta. (abril a junio)
- Carrera Kinesiología, Universidad de Antofagasta (abril a julio)

2. Pautas de supervisión 2º semestre 2018
- Carrera Medicina, Universidad de Antofagasta. (octubre a diciembre)
- Técnico en Enfermería en nivel superior, Santo Tomás. (septiembre a diciembre)
- Carrera Enfermería, Universidad de Antofagasta, (octubre a noviembre)

3. Rotaciones de turnos:
- Carrera de Enfermería, Universidad de Antofagasta. Cuidados de Enfermería de RN y Niño Enfermo 1º semestre 2018.
- Carrera de Enfermería, Universidad de Antofagasta, Administración en servicios de Enfermería, 2º semestre 2018.
- Carrera de Medicina, Universidad de Antofagasta, VI año e internado, 1º y 2 semestres 2018.
- Carrera de Enfermería, Universidad Santo Tomás, 1º semestre 2018.
- Carrera de Kinesiología, Universidad de Antofagasta.
- Técnicos de Enfermería de Nivel Superior, Santo Tomás.
- Certificado del 27 de mayo 2019, firmado por MT Marjorie Cisternas Astudillo, Coordinador (s) Relación Asistencial Docente, Hospital Regional Antofagasta, que certifica que, desde octubre 2017 a marzo 2018, no ingresaron alumnos a la unidad de Pediatría, por traslado del hospital a las nuevas dependencias.

- **De la constatación:**

1. Se constata el cumplimiento del programa de supervisión declarado por el prestador .
2. La pauta de supervisión "de las actividades de los alumnos de las carreras de la salud", contiene los 5 criterios descritos en los registros revisados por la EA y que están contenidos en el protocolo local, éstos son
- Realiza las actividades y procedimientos bajo supervisión directa
- Lavado de manos según Norma
- Antes de realizar algún procedimiento, verifica nombre del paciente
- La actividad o procedimiento realizado por el alumno de pregrado corresponde según carrera y nivel de formación
- Registra en forma clara y legible en ficha clínica u hoja de enfermería, identificándose como alumno.

3. Realiza las actividades y procedimientos bajo supervisión directa.
4. Resultados de la constatación.

1º Semestre 2018						
Carrera	Institución	Total pautas	Cumplen	No cumplen	%	Constatado
Enfermería	U. Antofagasta	10	10	0	100	Cumple
Enfermería	U. Santo Tomás	10	10	0	100	Cumple

Medicina	U. Antofagasta	10	10	0	100	Cumple
Nutrición	U. Antofagasta	10	10	0	100	Cumple
Kinesiología	U. Antofagasta	10	10	0	100	Cumple

2º Semestre 2018						
Carrera	Institución	Total pautas	Cumplen	No cumplen	%	Constatado
Medicina	U. Antofagasta	10	10	0	100	Cumple
TENS	Santo Tomás	10	10	0	100	Cumple
Enfermería	U. Antofagasta	10	10	0	100	Cumple

Observaciones:
1. Lo constatado por la entidad es concordante con lo definido en el programa local de supervisión.

Se da por cumplido el elemento medible.

Obstetricia

- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación, el período retrospectivo a evaluar es de 36 meses, correspondiendo al 01 junio de 2016 al 31 mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** el informe de prácticas es semestral. La constatación se realiza usando Randomizer entregado por el director técnico, seleccionando 1 semestre a evaluar: 2º semestre de 2018.
- **Registros revisados:**

- Planilla gráfica de Práctica Alumnos para el período de retrospectividad (desde segundo semestre de 2016 a primer semestre de 2019), que contiene:

1. Unidad
2. Carrera
3. Cupos diarios por servicio
4. Tipo de práctica (curricular, internado o práctica laboral)
5. Sector
6. Cantidad de alumnos
7. Horario
8. Fecha de inicio
9. Fecha de termino
10. Docente.

- Planilla "Requerimiento semestral para de campo formador" para las carreras de Obstetricia y Puericultura, Medicina, Nutrición y TENS / TENM.
- Rotación de turnos alumnos de Obstetricia y Puericultura para los niveles 1º - 2º - 3º - 4º y 5º año según cronograma de prácticas.
- Rotación de turnos de alumnos de Medicina para los niveles: 5ºaño e Internado (grupos 1,2 y 3)
- Rotativa alumnos Internado de Nutrición.
- Cronograma prácticas TENS.
- Base de datos de alumnos de la Universidad de Antofagasta para las carreras de Medicina, Obstetricia y Puericultura.
- Listado de alumnos TENS Centro Formador Santo Tomás.
- Distribución de alumnos por área de práctica de TENM del Liceo Técnico de Antofagasta.
- Certificado de "no ingreso de alumnos" a la Unidad de Obstetricia y Ginecología desde 14-10-2017 hasta 02-02-2018.
- Pauta de supervisión de las actividades de los alumnos de las carreras de la salud, que contiene: carrera, centro formador, nombre del alumno, fecha y los siguientes criterios de evaluación:

1. Realiza las actividades y procedimiento bajo supervisión directa.
1. Lavado de manos según norma.
2. Antes de realizar algún procedimiento, verifica nombre del paciente.
3. La actividad o procedimiento realizado por el alumno de pregrado corresponde según carrera y nivel de formación.
4. Registra en forma clara y legible en ficha clínica u hoja de enfermería, identificándose como alumno.

De la constatación:
1. Se constata el cumplimiento del programa de supervisión declarado por el prestador.
2. La pauta de supervisión "de las actividades de los alumnos de las carreras de la salud", contiene los 5 criterios descritos en los registros revisados por la EA y que están contenidos en el protocolo local, estos son:

- Realiza las actividades y procedimientos bajo supervisión directa
- Lavado de manos según Norma
- Antes de realizar algún procedimiento, verifica nombre del paciente
- La actividad o procedimiento realizado por el alumno de pregrado corresponde según carrera y nivel de formación
- Registra en forma clara y legible en ficha clínica u hoja de enfermería, identificándose como alumno.

3. Las carreras reportadas en planilla gráfica de práctica de alumnos para el II semestre del año 2018 son: Obstetricia y Puericultura – Universidad de Antofagasta, Medicina – Universidad de Antofagasta y TENM- Liceo Técnico de Antofagasta.
4. Se constata la aplicación de pautas de supervisión en el período seleccionado para los alumnos en práctica según se detalla:

Carrera	Nivel	Nº de pautas aplicadas	Nº de pautas que cumplen	Fechas constatadas	Constatado
Obstetricia y	5º año	11 pautas	11 pautas	03-09-2018 (2 pautas)	Cumple

	Puericultura Universidad de Antofagasta	(Obst). Fisiol.) Internado			30-09-2018 (1 pauta) 01-10-2018 (1 pauta) 24-10-2018 (2 pautas) 10-10-2018 (1 pauta) 15-10-2018 (2 pautas) 03-12-2018 (1 pauta) 13-12-2018 (1 pauta)	
	Medicina Universidad de Antofagasta	Internado grupo 2 Internado grupo 3	12 pautas	12 pautas	06-07-2018 (2 pautas) 10-07-2018 (2 pautas) 31-07-2018 (1 pauta) 13-08-2018 (1 pauta) 20-08-2018 (1 pauta) 09-11-2018 (2 pautas) 13-11-2018 (1 pauta) 22-11-2018 (1 pauta) 23-11-2018 (1 pauta)	Cumple
	TENM Liceo Técnico Antofagasta	Internado	10 pautas	10 pautas	17-12-2018 (4 pautas) 20-12-2018 (3 pautas) 22-12-2018 (3 pautas)	Cumple

Observaciones:
1. Lo constatado por la entidad es concordante con lo definido en el programa local de supervisión.

Se da por cumplido el elemento medible.

Urgencia

- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el período retrospectivo a evaluar es de 36 meses, correspondiendo al 01 junio de 2016 al 31 mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** el informe de prácticas es semestral. La constatación se realiza usando Randomizer entregado por el director técnico, seleccionando 1 semestre a evaluar: 2º semestre de 2018.
- **Registros revisados:**

- Planilla gráfica de Práctica Alumnos para el período de retrospectividad segundo semestre de 2018, que contiene:

1. Unidad
2. Carrera
3. Cupos diarios por servicio
4. Tipo de práctica (curricular, internado o práctica laboral)
5. Sector
6. Cantidad de alumnos
7. Horario
8. Fecha de inicio
9. Fecha de termino
10. Docente.

- Rotación de turnos alumnos de Internas de la carrera de Enfermería.
- Rotación de turnos de alumnos de Medicina para el IV y V año.
- Cronograma prácticas TENS.
- Pautas de supervisión contiene los siguientes atributos:

1. Carrera.
2. Centro formador.
3. Nombre del alumno.
4. Fecha.
5. Realiza las actividades y procedimientos bajo supervisión directa.
6. Lavado de manos según norma.
7. Antes de realizar algún procedimiento verifica nombre del paciente.
8. La actividad o procedimiento realizado por el alumno de pregrado corresponde según carrera y nivel de formación.
9. Registra en forma clara en ficha clínica u hoja de enfermería, identificándose como alumno.

De la constatación:
1. Se constata el cumplimiento del programa de supervisión declarado por el prestador.
2. La pauta de supervisión "de las actividades de los alumnos de las carreras de la salud", contiene los 5 criterios descritos en los registros revisados por la EA y que están contenidos en el protocolo local, estos son:

- Realiza las actividades y procedimientos bajo supervisión directa
- Lavado de manos según Norma
- Antes de realizar algún procedimiento, verifica nombre del paciente
- La actividad o procedimiento realizado por el alumno de pregrado corresponde según carrera y nivel de formación
- Registra en forma clara y legible en ficha clínica u hoja de enfermería, identificándose como alumno.

1. Las carreras reportadas en planilla gráfica de práctica de alumnos para el II semestre del año 2018 son: Enfermería – Universidad de Antofagasta, Medicina – Universidad de Antofagasta y TENS- Instituto Santo Tomas.
2. Se constata la aplicación de pautas de supervisión en el período seleccionado para los alumnos en práctica según se detalla:

Carrera	Nivel	Nº de pautas aplicadas	Nº de pautas que cumplen	Fechas constatadas	Constatado
Enfermería Universidad de Antofagasta	5º Internado	20 pautas	20 pautas	05-09-2018 (2 pautas) 12-09-2018 (2 pautas) 27-09-2018 (1 pauta) 02-10-2018 (1 pauta) 09-10-2018 (1 pauta) 10-10-2018 (1 pauta) 16-10-2018 (2 pautas) 07-11-2018 (1 pauta) 14-11-2018 (1 pauta) 21-11-2018 (1 pauta) 29-11-2018 (1 pauta) 06-12-2018 (1 pauta) 12-12-2018 (1 pauta) 13-12-2018 (1 pauta) 19-12-2018 (1 pauta) 26-12-2018 (1 pauta) 28-12-2018 (1 pauta)	Cumple
Enfermería Instituto Santo Tomas	5º Internado	10 pautas	10 pautas	27-08-2018 (1pauta) 04-09-2018 (1 pauta) 30-10-2018 (1 pauta) 14-11-2018 (2 pautas) 20-11-2018 (1 pauta) 30-11-2018 (1 pauta) 04-12-2018 (2 pautas) 11-12-2018 (1 pauta)	Cumple
Medicina Universidad de Antofagasta	IV y V año	10 pautas	10 pautas	16-10-2018 (1 pauta) 22-10-2018 (1 pauta) 30-10-2018 (1 pauta) 29-11-2018 (1 pauta) 04-12-2018 (1 pauta) 18-12-2018 (2 pautas) 20-12-2018 (2 pautas) 26-12-2018 (1 pauta)	Cumple
TENS Instituto Santo Tomas	Internado	10 pautas	10 pautas	05-09-2018 (2 pautas) 12-09-2018 (2 pautas) 27-09-2018 (1 pauta) 02-10-2018 (1 pauta) 09-10-2018 (1 pauta) 16-10-2018 (2 pautas)	Cumple

Observaciones:
1. Lo constatado por la entidad es concordante con lo definido en el programa local de supervisión.

Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA DP 4.2 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Dirección	PQ	Medicina	Pediatría	Obstetricia	Urgencia
Primer elemento medible	1	1	1	1	1	1
Segundo elemento medible		1	1	1	1	1
Tercer elemento medible		1	1	1	1	1
Cuarto elemento medible		1	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 21/21		Porcentaje obtenido: 100%			**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA DP 5.1 / HALLAZGOS

DP 5.1 – Primer elemento medible: Se constata identificación formal del Comité de Ética del que dispone o al que puede acceder el prestador.

Dirección o Gerencia			
Comité de ética del Prestador	SI	Comité de ética externo al que accede el Prestador	N/A
Documento que identifica comité de ética: RESOLUCIÓN EXCENTA			
N° Resolución: 1580	Versión: 2	Fecha: 20-02-2018	
Elaborado por: No consigna		Aprobado por: Antonio Cárdenas Tadich, Director Hospital Regional de Antofagasta	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: No establece	N° páginas: 1	
Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista resolución exenta anterior N° 1580, que aprueba la nueva constitución del comité de ética asistencial, el cual			

está constituido por 9 integrantes, entre ellos:
- Presidente: Matrona Mónica Rojas Urzúa.
- Secretaria: Dra. Pamela Schellman Jaramillo.
- Primer subrogante presidenta: Dr. Pedro Pablo Usedo López.
- Segundo subrogante presidenta: matrona Patricia Gallardo Barría.

Observaciones*:*
1. Se tiene a la vista resolución exenta anterior N°1419, de fecha 26 de febrero 2015, en donde se señala la conformación del comité de ética asistencial del Hospital Regional de Antofagasta.
2. Por lo anterior, se cumple el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de reacreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

DP 5.1 – Segundo elemento medible: Se describen en documento de carácter institucional las situaciones que deben someterse a evaluación ética y el procedimiento para la presentación de casos a dicho Comité.

Dirección o Gerencia				
Nombre del documento: PROCEDIMIENTO SISTEMA DE CONSULTA AL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL.				
N° Resolución: 009713	Versión: 03		Fecha: 18-10-2016	
Elaborado por: Mónica Rojas Urzúa, Presidenta del Comité de Ética		Aprobado por: Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: No consigna		N° páginas: 12	
Describe (SI/NO)	1. Situaciones que deben someterse al comité de ética	SI	2. Procedimiento para la presentación	SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En la página 2, se establece objetivo y alcance.
En la página 5, ítem 4.9, se establecen los motivos de consulta obligada al comité de ética y motivos de consulta opcionales:
- Motivos de consulta obligados:
- Cuando el médico tratante tiene dudas sobre la competencia del paciente para adoptar una decisión autónoma.
- En el caso que se estime que la decisión autónoma manifestada por la persona o su representante legal la expone a graves daños a sus salud o riesgo de morir, que serían evitables siguiendo los tratamientos indicados.
- En el caso de una posible aplicación de alta forzosa por parte de la dirección del establecimiento, a propuesta por el profesional tratante, cuando la persona expresa su voluntad de no ser tratada, interrumpir el tratamiento, o se negare a cumplir las prescripciones del profesional tratante.
- Cuando el paciente presente una discapacidad psíquica o intelectual que no le permite manifestar su voluntad en relación a la posible indicación y aplicación de tratamientos invasivos.

- Motivos de consulta opcionales: Se detallan algunos:
- Si la insistencia en la indicación de los tratamientos o limitación del esfuerzo terapéutico son rechazadas por la persona o por sus representantes.
- Cuando se desconoce la voluntad del paciente.
- Ante la discrepancia entre profesionales sobre la decisión terapéutica más indicada.

En la página 7, ítem 7.1, se describe el procedimiento de acceso y de análisis del caso:
- Acceso por motivos obligados: el médico tratante deberá presentar el caso en documento para tal fin, el cual debe ser enviado vía correo electrónico al mail del comité: comitedeeticahra@gmail.com.
- Cuando la solicitud es por limitación de esfuerzo terapéutico, deberá incorporar una evaluación y diagnóstico neurológico.
- Acceso por motivos opcionales: la consulta puede ser efectuada por cualquier miembro del equipo, paciente o familiar responsable del paciente o tutor, previo conocimiento del médico tratante y a través del mismo procedimiento descrito anteriormente.
- Análisis del caso: a través de reunión extraordinaria, quien presenta la solicitud debe exponer la situación, el comité formulará preguntas para tener una visión más completa del caso. Posteriormente el comité sesionará privadamente para analizar el caso.
- Entrega de resultados: se estregará informe escrito a quien accede al comité, en caso que la situación requiere pronta respuesta, se enviará un informe preliminar por correo electrónico.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista procedimiento "Sistemas de consulta al Comité de Ética Asistencial", versión 2, con fecha octubre 2013, elaborado por Mónica Rojas, Presidenta del Comité de Ética y aprobado por Juan Mattatall Lankin, Director Hospital Regional. Por lo anterior, se cumple el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de reacreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

DP 5.1 – Tercer elemento medible: Se constatan registros de casos sometidos al comité de ética.

Dirección o Gerencia	
Describir constatación de los hallazgos de los registros:	
Nombre del documento o registro constatado: **Metodología de la constatación:** • **Período retrospectivo evaluado:** 01 de junio 2016 al 31 de mayo 2019. • **Selección de la muestra:** se revisan los casos de investigación del período retrospectivo; a través del programa Randomizer se aleatoriza 5 casos para realizar la constatación. • **Registros revisados:** - Formulario de presentación de casos enviado por médico tratante	Fecha: 10/06/2016 19/07/2017 09/03/2017 21/06/2018 21/12/2018 29/03/2019

- Informe de análisis de casos por el comité de ética.

- **Criterios evaluados:**
- Formulario de presentación de casos enviado por médico tratante
- Médico tratante.
- Informe de análisis de casos por el comité de ética.
- Asistencia de participantes del comité.

- **De la constatación:** se tiene a la vista tabla de resúmenes de todo el período retrospectivo de casos presentados al comité de ética asistencial, el que está conformado por matrona Mónica Rojas, Presidenta del Comité y por doctor Glauco Morales, Secretario en año 2016 y por doctora Pamela Schellman, Secretaria en año 2017 al 2019, en cada uno de ellos se estipulan tablas que contienen:
- N°
- Fecha de presentación
- Médico que presenta el caso
- Unidad
- Informe estado.

Durante el período retrospectivo, se presenta la siguiente cantidad de casos:
- Año 2018: 4 casos.
- Año 2017: 7 casos.
- Año 2016: 7 casos.
- Año 2019: 2 casos.

Casos constatados:

N°	Fecha	Formulario	Médico	Informe análisis	Asistencia
1	10/06/2016	SI	Dr. xxxx	SI	SI
2	19/07/2017	SI	Dr. xxxx	SI	SI
3	09/03/2017	SI	Dr. xxxx	SI	SI
4	21/06/2018	SI	Dr. xxxx	SI	SI
5	21/12/2018	SI	Dr. xxxx	SI	SI
6	29/03/2019	SI	Dr. xxxx	SI	SI
7	10/05/2019	SI	Dr. xxxx	SI	SI

Se da por cumplido el elemento medible.

10/05/2019

DP 5.1 – Cuarto elemento medible: Se constata: conocimiento del procedimiento para acceder a Comité de Ética en al menos 90% de profesionales médicos entrevistados.

Unidad o Servicio	N° entrevistas	N° respuestas correctas	% cumplimiento
Ginecología-Obstetricia	5	5	100%
Medicina 6º Piso	10	10	100%
Médico-Quirúrgico 5º piso	7	7	100%
Pediatría	5	5	100%
UCM 5º piso	1	1	100%
UTI 2º piso	2	1	50%
Total	30	29	97%

CARACTERÍSTICA DP 5.1 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	1° EM:	2° EM:	3° EM:	4° EM:
Dirección o Gerencia	1	1	1	
General				1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 4/4	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

ÁMBITO GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

CARACTERÍSTICA CAL 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

CAL 1.1 - Primer elemento medible: Existe un documento de carácter institucional que describe la política de calidad de la Institución.

Dirección o Gerencia		
Nombre del documento: RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 13196	Versión: No consigna	Fecha: 05-08-2014
Elaborado por: No consigna	Aprobado por: No consigna	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: No establece	N° páginas: 01

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista resolución exenta N°13196, que declara la Política de Calidad Institucional, detallada a continuación:
La política de calidad del hospital de Antofagasta, establecida por el equipo directivo, se resume en seis puntos:
1. Enfoque en la atención centrada en las personas.
2. Liderazgo del equipo de salud.
3. Inclusión de todo el personal.
4. Formación continua.
5. Sistema para la gestión asistencial basada en procesos.

6. Lineamiento con las políticas vigentes de calidad y seguridad del paciente del ministerio de salud.

Se da por cumplido el elemento medible.

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

Dirección o Gerencia					
Documento: RESOLUCIÓN EXENTA					
N° Resolución: 3611	Versión: No consigna			Fecha: 15-03-2019	
Elaborado por: no establece		Aprobado/ Firmado por: Ricardo Salazar Cabrera, Director			
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: No consigna			N° páginas: 1	
Nombre del responsable: Jessica Bravo Rodríguez		Profesión: Matrona		Cargo: Encargada Programa de Calidad	
Cargo específico (SI/NO)	Funciones	SI	N° de horas asignadas	44 horas	

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista resolución exenta N°3611, que designa como encargada del programa de calidad a Jessica Bravo Rodríguez, de profesión matrona, con 44 horas para desarrollar el programa, se establecen las funciones que debe desempeñar:

- Desarrollar un programa de seguridad de los pacientes, ejecutarlo, evaluarlo y difundir sus resultados a través de un informe, generando planes de mejora si aplica.
- Velar por el cumplimiento de las funciones de la unidad de calidad y seguridad del paciente.

Observaciones:

1. Se tiene a la vista resolución exenta anterior Nº9289, de fecha 17 de noviembre 2015, firmada por Juan Urrutia Reyes, director Hospital Regional de Antofagasta, que designa como encargada del programa de calidad de la institución y jefa de la unidad de calidad y seguridad del paciente a Alejandra Muñoz Meynet, Rut 9.240.967-8, médico cirujano, en el mismo documento se establece las funciones a desempeñar.

Se da por cumplido el elemento medible.

CAL 1.1 - Tercer elemento medible: Cuenta con un programa de calidad que incorpora un sistema de evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.

Dirección o Gerencia				
Nombre del documento (1): PROGRAMA ANUAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA AÑO 2019.				
Elaborado por: Mariela Berrios, José Muñoz, Rosa Jirón; Equipo de Unidad de Calidad y seguridad del paciente.		Aprobado por: Ricardo Salazar Cabrera Director Hospital Regional Antofagasta		
Años evaluados:	2019			
Incluye (SI/NO)	1. Sistema de evaluación anual	SI	2. Aspectos relevantes para la seguridad de pacientes	SI

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, en donde destacan los siguientes elementos:
Introducción política de calidad, misión y visión de unidad de calidad, alcance y responsabilidades.
En página 5, punto 9 comienza el desarrollo del programa:

1.- Acreditación.

Objetivo general: Lograr la reacreditación del Hospital Regional de Antofagasta, durante el año 2019.

Objetivos específicos:

- Seguimiento del trabajo de los referentes de la institución de las características que aplican en ámbitos concesionados de equipamiento e instalaciones, para el logro de éstas.
- Mantener el porcentaje igual o mayor al 75% de las características totales del manual de acreditación de prestadores institucionales de atención cerrada.
- Mantener actualizado los documentos que aplican al proceso de acreditación a través de lista maestra.
- Presentar solicitud de postulación al sistema de acreditación en la superintendencia de salud.

Actividad	**Responsable**	**Indicador**	**Umbral**	**Verificable**	**Plazo**
Reunión con referentes de ámbitos de equipamiento e instalaciones de la institución.	Jefe UCSP	Dicotómico SI - NO	100%	Lista de asistencia	Enero 2019.
Reunión con UCSP, jefaturas de inspección fiscal y empresas concesionadas	Jefe UCSP	Dicotómico SI - NO	100%	Lista de asistencia	Enero 2019.
Reunión de trabajo con referentes de servicio concesionado involucrados en proceso de acreditación.	Jefe UCSP	Dicotómico SI - NO	100%	Lista de asistencia	Enero 2019.
Carpetas con órdenes de trabajo de mantenciones preventivas de equipos críticos.	Subdirectora de concesiones	Dicotómico SI - NO	100%	Carpetas elaboradas por equipo.	Febrero 2019.
Carpetas con órdenes de trabajo de mantenciones preventivas de instalaciones	Subdirectora de concesiones	Dicotómico SI - NO	100%	Carpetas elaboradas por equipo.	Febrero 2019.
Puntos de verificación con metas actualizadas año 2019.	Jefe UCSP	Nº punto de verificación con	100%	Metas actualizadas por punto de	Febrero 2019.

		metas actualizadas año 2019/ Nª total de puntos de verificación x 100		verificación.	
Refuerzo a cada encargado de calidad del procedimiento de la característica AOC 1.1 según puntos de verificación por pauta de cotejo.	Jefe UCSP	Nº de encargado de calidad reforzados en aplicación de procedimiento AOC 1.1 según puntos de verificación por pauta de cotejo / Nº total de encargado de calidad según puntos de verificación por pauta de cotejo X 100.	70%	Lista de toma de conocimiento.	Junio 2019.
Refuerzo a cada encargado de calidad de la etapa de lavado del proceso de esterilización centralizada (APE 1.2) según puntos de verificación por pauta de cotejo.	Jefe UCSP	Nº de encargados de calidad reforzados en etapa del avado del proceso de esterilización centralizada según puntos de verificación por pauta de cotejo / Nº total de encargados de calidad según punto de verificación por pauta de cotejo X 100.	70%	Lista de toma de conocimiento.	Junio 2019.
Reunión con subdirecciones, jefa de informática, jefa de archivo y jefe de calidad del manejo de ficha clínica.	Director	Dicotómico. Si - No	Asistencia del 50% +1 de los citados.	Lista de asistencia	Marzo 2019.
Mantención de la documentación vigente relacionada con el proceso de acreditación.	Jefe UCSP	Nº de documentos vigentes en el período / Nº total de documentos del período X 100	85%	Informe resultados	Marzo 2019.
Actualización de ficha técnica	Director	Dicotómico. Si - No	100%	Ficha técnica elaborada.	Marzo 2019.
Elaboración de informe de autoevaluación	Jefe UCSP	Dicotómico. Si - No	100%	Informe de autoevaluación elaborado	Marzo 2019.
Solicitud de acreditación ante superintendencia de salud.	Director	Dicotómico. Si - No	100%	Ordinario con timbre de recepción por SIS.	Marzo 2019.
2.- **Seguridad del Paciente.**					
Objetivo general: Entregar a nuestros usuarios una atención segura disminuyendo los errores evitables de los procesos de salud que se desarrollan el Hospital Regional Antofagasta					
Objetivos específicos: - Mantener el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención en el Hospital Regional de Antofagasta. - Monitorizar los indicadores de seguridad que aplican al Hospital Regional de Antofagasta.					
Actividad	**Responsable**	**Indicador**	**Umbral**	**Verificable**	**Plazo**
Registros de notificaciones reportadas a la unidad de calidad	Jefe UCSP	Dicotómico. Si - No	100%	Planilla Excel sistema de vigilancia de	Anual

				eventos adversos.	
Eventos centinelas con análisis causal según procedimiento.	Jefe UCSP	Nº de eventos adversos centinelas con análisis causal en un período / Nª total de eventos centinelas en el mismo período X 100	90%	Informe de análisis causal.	Anual
Elaboración de informe de resultados del sistema de vigilancia de eventos adversos.	Jefe UCSP	Dicotómico. Si - No	100%	Informe de resultados	Anual.
Monitoreo del indicador de seguridad que aplican al establecimiento.	Jefe UCSP.	Dicotómico. Si - No	100%	Informe de resultados	Anual.
Ingreso al SICARS de resultados de indicador de seguridad que aplican al establecimiento.	Jefe UCSP.	Dicotómico. Si - No	100%	Plataforma SICARS	Anual.
Inducción de los nuevos encargados de calidad en tema de seguridad del paciente.	Jefe UCSP.	Nº de encargados de calidad que ingresan a las unidades con inducción / Nª de encargados de calidad ingresados a la unidas X 100.	90%	Lista de asistencia.	Anual.

En página 11, ítem 10, se establece la **metodología de evaluación del programa**:
El equipo de calidad será responsable de realizar la evaluación del programa, la que se realizada en forma anual, para ello, se confecciona un informe con los resultados y análisis del cumplimiento de las actividades programas para el logro de los objetivos.

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento (2): PROGRAMA ANUAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA.					
Elaborado por: Equipo Unidad de Calidad y seguridad del paciente			Aprobado por: Antonio Cárdenas Tadich, Director Hospital Regional de Antofagasta		
Años evaluados:	2018				
Incluye (SI/NO)	1. Sistema de evaluación anual	SI	2. Aspectos relevantes para la seguridad de pacientes		SI

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, que destaca los siguientes elementos:
Introducción política de calidad, misión y visión de unidad de calidad, alcance y responsabilidades.
En página 5, punto 9 comienza el desarrollo del programa:

1**.- Acreditación**

Objetivo General: Mantener la condición de acreditado del Hospital Regional de Antofagasta.

Objetivos Específicos:
- Elaborar estrategias para el trabajo en equipo entre hospital y sociedad concesionaria para el cumplimiento de los procesos involucrados en la acreditación.
- Participar del 100% de las inducciones organizadas por el hospital regional de Antofagasta.
- Mantener el cumplimiento del 100% de las características obligatorias del manual de acreditación de prestadores institucionales de atención cerrada.
- Mantener el porcentaje igual o mayor al 75% de las características totales del manual de acreditación de prestadores institucionales de atención cerrada.
- Mantener actualizado los documentos que aplican al proceso de acreditación a través de lista maestra.

Actividad	**Responsable**	**Indicador**	**Umbral**	**Verificable**	**Plazo**
Reunión con inspección fiscal y sociedad concesionaria para entregar directrices de trabajo	Jefe UCSP	Dicotómico SI - NO	100%	Lista de asistencia.	Febrero 2018.
Reunión de trabajo programadas con referentes de servicio concesionado involucrados en proceso de acreditación	Jefe UCSP	Nº de reuniones realizadas / Nº total de reuniones.	80%	Carta Gantt de reuniones. Lista de asistencia.	Diciembre 2018.
Envío de consulta a superintendencia de salud de ámbitos concesionados de	Jefe UCSP	Dicotómico SI - NO	100%	Respuesta emitida.	Diciembre 2018.

equipamiento e instalaciones.					
Participación en las inducciones realizadas a los funcionarios nuevos del HRA.	Jefe UCSP	Nº de inducciones realizadas por UCSP / Nº total de inducciones programadas del hospital de Antofagasta X 100.	100%	Certificado emitido por RRHH	Diciembre 2018.
Reuniones con encargados de calidad del HRA por punto de verificación para entregar directrices de trabajo en nueva infraestructura.	Jefe UCSP.	Nº de reuniones realizadas por punto de verificación /Nº total de puntos de verificación X 100.	100%	Planilla Excel. Lista de asistencia.	Abril 2018.
Cumplimiento de las 30 características obligatorias	Jefe UCSP	Nª de características obligatorias que aplican cumplidas / Nº total de características obligatorias que aplican X 100	100%	Resultado de informe	Diciembre 2018.
Cumplimiento del 75% de las características totales.	Jefe UCSP.	Nº de características totales que aplican cumplidas / Nª total de características totales que aplican X 100.	75%	Resultado de informe	Diciembre 2018.
Mantención de la documentación vigente relacionada con el proceso de acreditación.	Jefe UCSP	Nº de documentos vigentes en el período / Nº total de documentos del período X 100	90%	Informe de resultado.	Anual 2018.
2.- **Seguridad del Paciente**					
Objetivo general: entregar a nuestro usuario una atención segura disminuyendo los errores evitables de los procesos de salud que se desarrolla en el Hospital Regional de Antofagasta.					
Objetivos específicos: - Mantener el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención en el Hospital Regional de Antofagasta. - Monitorizar los indicadores de seguridad que aplican al Hospital Regional de Antofagasta.					
Actividad	**Responsable**	**Indicador**	**Umbral**	**Verificable**	**Plazo**
Registros de notificaciones reportadas a la unidad de calidad	Jefe UCSP	Dicotómico. Si - No	100%	Planilla Excel sistema de vigilancia de eventos adversos. Carpeta de notificaciones.	Anual
Eventos centinelas con análisis causal según procedimiento.	Jefe UCSP	Nº de eventos adversos centinelas con análisis causal en un período / Nª total de eventos centinelas en el mismo período X 100	90%	Informe de análisis causal.	Anual
Elaboración de informe de resultados del sistema de vigilancia de eventos adversos.	Jefe UCSP	Dicotómico. Si - No	100%	Informe de resultados	Junio 2018. Diciembre 2018.

Monitoreo del indicador de seguridad que aplican al establecimiento.	Jefe UCSP.	Dicotómico. Si - No	100%	Informe de resultados	Anual.

En la página 9, ítem 10, se establece la **Metodología de evaluación del programa**:

El equipo de calidad será responsable de realizar la evaluación del programa, la que es realizada en forma anual, para ello, se confecciona un informe con los resultados y análisis del cumplimiento de las actividades programadas para el logro de los objetivos.

Observaciones:
1. El prestador fue fiscalizado por la Superintendencia durante el año 2017.
2. El resultado de la fiscalización reporta incumplimiento para esta característica, por lo que la retrospectividad a evaluar es de 24 meses (desde junio de 2017). El prestador elabora un plan de mejora que fue aprobado por la SIS a través de ordinario Nº 2612 del 21-07-2017.
3. Dicho lo anterior, para efectos de esta evaluación se constatarán los programas 2018 y 2019. Se tuvieron a la vista programas anteriores a la fecha de fiscalización.

Se da por cumplido el elemento medible.

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

Dirección o Gerencia	
Nombre del documento (1): INFORME PROGRAMA ANUAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA 2018	
Elaborado por: Mariela Berrios, José Muñoz, Rosa Jirón, Equipo Unidad de calidad y seguridad del paciente	Aprobado por: Ricardo Salazar Cabrera Director Hospital Regional Antofagasta
Años evaluados: 2018	Incluye análisis de los resultados obtenidos: SI
Breve descripción del contenido del documento: El documento tenido a la vista destaca los siguientes elementos: - En su introducción se establece que en el informe se describe un análisis de los resultados obtenidos de los indicadores medidos, elaborando estrategias para las brechas detectadas y que para efectos del informe las actividades evaluadas se agrupan en dos áreas: acreditación y seguridad del paciente. - Desde página 3 hasta página 7, se establece el desarrollo del área acreditación, con la evaluación de los objetivos con sus respectivas actividades, dispuesta en una tabla que contiene: la actividad, indicador, umbral, verificable, plazo, resultado, cumplimiento. - En página 7, se describe el análisis cualitativo del área acreditación. - Desde página 7 hasta página 9, se establece el desarrollo del área seguridad del paciente, con la evaluación de los objetivos con sus respectivas actividades, dispuesta en una tabla que contiene: la actividad, indicador, umbral, verificable, plazo, resultado, cumplimiento. - En página 10, se consigna la evaluación cualitativa del área de seguridad del paciente. - En esta misma página se establece la evaluación del programa de calidad indicando que el cumplimiento alcanza a un 92% de las actividades programadas, logrando la meta propuesta.	
Nombre del documento (2): INFORME PROGRAMA ANUAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, AÑO 2017.	
Elaborado por: Equipo de calidad y seguridad del paciente.	Aprobado por: Francisco Bueno Natusch Director Hospital Regional Antofagasta
Años evaluados: 2017	Incluye análisis de los resultados obtenidos: SI
Breve descripción del contenido del documento: el documento tenido a la vista destaca los siguientes elementos: - En su introducción se establece que en el informe se describe un análisis de los resultados obtenidos de los indicadores medidos, elaborando estrategias para las brechas detectadas y que para efectos del informe las actividades evaluadas se agrupan en cuatro áreas: acreditación, autorización sanitaria, gestión de riesgo y seguridad del paciente. - Desde página 3 hasta la página 10, se establece el desarrollo de la evaluación del área de acreditación, con la evaluación de cada objetivo con sus respectivas actividades, consignando la metodología, los resultados y el análisis. - En página 12, se describe el análisis cualitativo del área de reacreditación. - Desde página 13 hasta 16 se establece el desarrollo de la evaluación del área de autorización sanitaria, con la evaluación de cada objetivo con sus respectivas actividades, consignando la metodología, los resultados y el análisis. - En página 17, se describe el análisis cualitativo del área de autorización sanitaria. - Desde página 18 hasta página 21, se establece el desarrollo de la evaluación del área de gestión de riesgo, con su respectiva conclusión. - En página 23, se establece conclusiones de la evaluación del programa de calidad, consignando que se logra un cumplimiento de un 81% de las actividades programadas, no logrando la meta propuesta por programa. **Observaciones:** 1. El prestador fue fiscalizado por la Superintendencia durante el año 2017. 2. El resultado de la fiscalización reporta incumplimiento para esta característica, por lo que la retrospectividad a evaluar es de 24 meses (desde junio de 2017). Se da por cumplido el elemento medible.	

CARACTERÍSTICA CAL 1.1 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1	4° EM: 1
Umbral de la característica:100%	Puntaje total: 4/4	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**	

CARACTERÍSTICA CAL 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

CAL 1.2 - Primer elemento medible: Se ha designado responsable de dirigir y coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en cada uno de los servicios clínicos y de apoyo.

PQ 1		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7577	Fecha: 16-05-2019	Firmado por: D. Ricardo Salazar Cabrera, Director
Nombre del responsable: Claudia Castañeda Alcayaga		Profesión: No consigna
Documento que oficializa la designación: RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9414	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: D. Ricardo Salazar Cabrera. Director
Nombre del responsable: Unidad Pabellón Central: Encargado: Jeanette Flores Arancibia. Subrogante: Claudia Castañeda Alcayaga Pabellón Gineco-obstétrico: Encargado: Andrea Rivera Inostroza. Subrogante: Carol Araya Julio		Profesión: No consigna.
PQ 2		
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7577	Fecha: 16-05-2019	Firmado por: D. Ricardo Salazar Cabrera, Director
Nombre del responsable: Noemí Vega Torres Subrogante: Natalia Núñez Reyes		Profesión: Enfermeras
Observación: 1. El inicio del funcionamiento de la unidad PQ de CMA fue en septiembre de 2018. 2. La designación presentada en el PV está fechada en mayo de 2019; el prestador no dispone de una designación anterior a la presentada en el PV. **Por lo expuesto en los puntos 1 y 2 no cumple con lo solicitado en el elemento medible.**		
PQ 3		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7577	Fecha: 16-05-2019	Firmado por: D. Ricardo Salazar Cabrera, Director
Nombre del responsable: Raúl Contreras Vega Subrogante: Alejandra Neira Vallejos		Profesión: Enfermero/a
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9414	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: Juan Urrutia Reyes. Director
Nombre del responsable: Raúl Contreras Vega Subrogante: Marcelo Troncoso Pacheco		Profesión: Enfermeros
UPC Ad. 1		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7574	Fecha: 16-05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar Contreras, Director
Nombre del responsable: Tirsa González Antiquera Subrogante: Rossana Pacheco Escalera		Profesión: No consigna
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9411	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: Juan Urrutia Reyes. Director
Nombre del responsable: Tirsa González Antiquera Subrogante: Rossana Pacheco Escalera		Profesión: No consigna
UPC Ad. 2		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7574	Fecha: 16-05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar Contreras, Director
Nombre del responsable: Maribel Donoso Olivares Subrogante: Karen Adaos Vega		Profesión: No consigna
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9411	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: Juan Urrutia Reyes. Director
Nombre del responsable: María Cerda Saavedra Subrogante: Maribel Donoso Olivares		Profesión: No consigna
UPC Ad. 3		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7574	Fecha: 16-05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar Contreras, Director
Nombre del responsable: Viviana cortes Tercero Subrogante: Susana Aguirre Lobos		Profesión: Enfermeras
Observación: 1. Las metas de calidad 2018 están firmadas por Viviana Cortes, Enfermera supervisora y encargada de calidad UTI adulto y su resolución como encargada de calidad es del 16 de mayo 2019. 2. Hay una vacancia con respecto a la resolución de encargada de calidad de 1 año. 3. Situación corroborada en segunda instancia por director técnico con encargada de calidad.		

Por lo expuesto en los puntos 1 y 2, no se da por cumplido el elemento medible		
Documento que oficializa la designación (s): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° resolución: 9411	Fecha: 20 -11- 2015	Firmado por: Juan Urrutia Reyes, Director
Nombre del responsable: María Cerda Saavedra Subrogante: Maribel Donoso Olivares		Profesión: Enfermeras
UPC Ped.		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7574	Fecha: 16-05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar Contreras, Director
Nombre del responsable: Verónica Contreras Toro Subrogante: Katherine Castillo Gutiérrez		Profesión: Enfermeras
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9411	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: D. Juan Urrutia R, Director
Nombre del responsable: Verónica Contreras Toro Subrogante: Katherine Castillo Gutiérrez		Profesión: No consigna
UPC Neo		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7574	Fecha: 16-05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar Contreras, Director
Nombre del responsable: Marcela Rojo Vera		Profesión: Matrona
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9411	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: D. Juan Urrutia R, Director
Nombre del responsable: Marcela Rojo Vera Subrogante: Ximena Haro Salinas		Profesión: No consiga
MQs1		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7665	Fecha: 22-05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar C. Director
Nombre del responsable: Alejandra Milliies García Subrogante: Jennifer Díaz Figueroa		Profesión: Enfermera Profesión: Enfermera
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9409	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: Juan Urrutia Reyes, Director
Nombre del responsable: Alejandra Millies García Subrogante: Jennifer Díaz Figueroa		Profesión: Enfermera Profesión: Enfermera
MQs2		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7665	Fecha: 22-05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar C. Director
Nombre del responsable: Jannis Orellana Olivares Subrogante: Natalia Navea Díaz		Profesión: Enfermera Profesión: Enfermera
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9409	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: Juan Urrutia Reyes, Director
Nombre del responsable: Jannis Orellana Olivares Subrogante: Karen Chepillo González		Profesión: Enfermera Profesión: Enfermera
MQs3		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7665	Fecha: 22-05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar C. Director
Nombre del responsable: Carolina Higueras Bordones Subrogante: Yezabeth Álvarez Herrera		Profesión: Enfermera Profesión: Enfermera
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9409	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: Juan Urrutia Reyes, Director
Nombre del responsable: Stephany Escudero Jiménez Subrogante: Karin Estivales López		Profesión: Enfermera Profesión: Enfermera
MQs4		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7665	Fecha: 22-05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar C. Director
Nombre del responsable: Sandra González Erazo Subrogante: Karen Karapas Herrera		Profesión: Enfermera Profesión: Enfermera
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° resolución: 9409	Fecha: 20 noviembre 2015	Firmado por: Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional Antofagasta.
Nombre del responsable: Stephany Escudero Jiménez Subrogante: Karin Estivales López		Profesión: Enfermera
MQs5		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7665	Fecha: 22-05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar C. Director
Nombre del responsable: Karin Estivales Subrogante: Geraldine Díaz Figueroa		Profesión: Enfermeras
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9409	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: Juan Urrutia Reyes, Director
Nombre del responsable: Stephany Escudero Jiménez Subrogante: Karin Estivales López		Profesión: Enfermeras
MQs6		

Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: Nº 7665	Fecha: 22-05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar C. Director
Nombre del responsable: Jennifer Mariño Gallegos Subrogante: Danitza Olivera Gatica		Profesión: Enfermeras
Observaciones: 1. No se tiene a la vista designación de encargado de calidad de unidad cardio-neuro del año 2018. 2. No se cumple con el periodo retrospectivo desde el inicio de funcionamiento de la unidad (febrero 2018). **Por lo anteriormente expuesto en el punto 1 y 2 no cumple con el elemento medible.**		
Cir. Infantil		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7665	Fecha: 22-05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar C. Director
Nombre del responsable: Jessica Romero Fuentes		Profesión: Enfermera
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9409	Fecha: 20 noviembre 2015	Firmado por: D. Juan Urrutia R. Director (T y P) Hospital Regional Antofagasta.
Nombre del responsable: Carolina Urrutia Osven Subrogante: Jessica Romero Fuentes		Profesión: No consigna
Ped.		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7665	Fecha: 22 -05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar, Director
Nombre del responsable: Jessica Romero F.		Profesión: Enfermera
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9409	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: D. Juan Urrutia R, Director
Nombre del responsable: Carolina Urrutia Osven Subrogante: Jessica Romero Fuentes		Profesión: No consigna
Neo		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7665	Fecha: 22 -05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar, Director
Nombre del responsable: Marcela Rojo Vera		Profesión: Matrona
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9409	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: Juan Urrutia R, Director
Nombre del responsable: Ximena Haro Salinas Subrogante: Marcela Rojo Vera		Profesión: No consigna
Obst-gine		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7665	Fecha: 22 -05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar, Director
Nombre del responsable: Encargado: Marly Maizares del Pino Subrogante: Lesly Martínez Contreras		Profesión: Matrona
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9409	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: D. Juan Urrutia Reyes – Director
Nombre del responsable: Encargado: Dayanna Hernández González Subrogante: Isabel Alfaro Bacovic		Profesión: Matrona
URG		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7578	Fecha: 16-05- 2019	Firmado por: Ricardo Salazar Cabrera, Director
Nombre del responsable: Marta Riquelme Pérez.		Profesión: Enfermera.
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9413.	Fecha: 20-11-2015.	Firmado por: Dr. Juan Urrutia Pérez, Director
Nombre del responsable: Paulina Leila Canihuante.		Profesión: No consigna
Observaciones: 1. Prestador no cuenta con resolución de designación de encargada de calidad a nombre de Viviana Cortes Terceros. 2. Existe una vacancia del responsable de calidad, para el periodo comprendido entre los años 2016 y 2017. 3. Es un servicio de Urgencia indiferenciado, atiende adulto, pediátrico y obstétrico, bajo un solo servicio. **Por lo anteriormente expuesto en el punto 1 y 2 no cumple con el elemento medible.**		
APL		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7663	Fecha: 22-05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar Cabrera, Director
Nombre del responsable: Karen Araya Collao		Profesión: Tecnólogo Médico
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9410	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: Juan Urrutia Reyes, Director
Nombre del responsable: TM. Karen Araya Collao		Profesión: Tecnólogo Médico
APF		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7663	Fecha: 22-05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar Cabrera, Director
Nombre del responsable: Sandra Trujillo Hernández Subrogante: Rosana Ramos Bradanovic		Profesión: Químicos farmacéuticos
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		

N° Resolución: 9410	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: Juan Urrutia Reyes, Director
Nombre del responsable: Sandra Trujillo Hernández Subrogante: Rosana Ramos Bradanovic		Profesión: Químico Farmacéutico.
APE		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9410	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: Juan Urrutia Reyes, Director
Nombre del responsable: Irene Castillo Ravello	Profesión: Enfermera	
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7663	Fecha: 22-05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar Cabrera, Director
Nombre del responsable: Katherine Ruiz Plaza Subrogante: Irene Castillo Ravello		Profesión: Enfermeras
APD		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7663	Fecha: 22-05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar Cabrera, Director
Nombre del responsable: Ana Bacarrezza Rodríguez Subrogante: Erika Segura Gómez		Profesión: Enfermeras
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9410	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: Dr. Juan Urrutia Pérez, Director
Nombre del responsable: Ana Bacarrezza Rodríguez Subrogante: Erika Segura Gómez		Profesión: Enfermeras
APA		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7663	Fecha: 22-05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar Cabrera, Director
Nombre del responsable: Roxana Lara Parra Subrogante: Paulina Aguilar Araya		Profesión: tecnólogos médicos
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9410	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: Dr. Juan Urrutia Pérez, Director
Nombre del responsable: Roxana Lara Parra Subrogante: Camila Valladares Quezada		Profesión: Tecnólogos Médicos
APQ		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7663 22 mayo 2019	Fecha: 22 -05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar Cabrera. Director (s) Hospital Regional Antofagasta.
Nombre del responsable: Bianka Tomasevic Johnson.		Profesión: Enfermera.
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9410	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: Dr. Juan Urrutia Pérez, Director
Nombre del responsable: Valeria Gallardo Silva		Profesión: Enfermera.
APQ pediatría		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7663	Fecha: 22-05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar Cabrera, Director
Nombre del responsable: Carolina Urrutia Osven.		Profesión: Enfermera.
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9409	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: Juan Urrutia Pérez, Director
Nombre del responsable: Romina Aguilar Subrogante: Carla Vega		Profesión: Enfermera
API		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7663	Fecha: 22-05-2019	Firmado por: Ricardo Salazar Cabrera, Director
Nombre del responsable: María Yampara Flores.		Profesión: Tecnólogo médico.
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9410	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: Dr. Juan Urrutia Pérez, Director
Nombre del responsable: María Yampara Flores.		Profesión: Tecnólogo médico.
APDs/ APCs/ APTr		
Documento que oficializa la designación (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 7663	Fecha: 22-05-2019.	Firmado por: Ricardo Salazar Cabrera, Director
Nombre del responsable: Encargado: Jorge Barra Flores Subrogante: Ana María Cuellar		Profesión: Tecnólogo Médico
Documento que oficializa la designación (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 9410	Fecha: 20-11-2015	Firmado por: Dr. Juan Urrutia Pérez, Director
Nombre del responsable: Encargado: Jorge Barra Flores Subrogante: Ana María Cuellar		Profesión: Tecnólogo Médico.

CAL 1.2 - Segundo elemento medible: Metas de calidad anual por Unidad (relacionadas con la seguridad de los pacientes).

PQ 1
Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE PABELLÓN CENTRAL
Metas aprobadas por: - Dra. Gladys Villarroel Espinoza. Jefe Servicio Unidad Pabellón Central. - EU Maribel Pérez, Supervisora Unidad de Pabellón Central.

- EU. Claudia Castañeda A. Encargada de Calidad.

Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Lograr que el 90% de los pacientes sometidos a cirugías bajo anestesia general o regional se les aplique evaluación preanestésica según procedimiento.
2. Lograr que en el 95% de los pacientes se le realice pausa de cirugía segura con aplicación de lista de verificación según procedimiento.
3. Alcanzar un 95% de cumplimiento de la identificación de paciente según procedimiento.
4. Lograr que en el 90% de los pacientes se les administre medicamentos EV según procedimiento.

En una tabla se describen las metas mencionadas en el punto anterior, considerando para cada meta actividades, indicador/umbral de cumplimiento periodicidad, fórmula/ indicador, fuente de información y responsables.

Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE PABELLÓN CENTRAL

Metas aprobadas por:
Dra. Gladys Villarroel Espinoza. Jefe Servicio Unidad Pabellón Central.
EU Marisel Pérez, Supervisora Unidad de Pabellón Central.
EU. Claudia Castañeda A. Encargada de Calidad.

Registrar metas de la Unidad por año: **2018**

1. Lograr que el 90% de los pacientes sometidos a cirugías bajo anestesia general o regional se les aplique evaluación preanestésica según procedimiento.
2. Lograr que en el 95% de los pacientes se le realice pausa de cirugía segura con aplicación de lista de verificación según procedimiento.
3. Alcanzar un 95% de cumplimiento de la identificación de paciente según procedimiento.
4. Lograr que en el 90% de los pacientes se les administre medicamentos EV según procedimiento.

En una tabla se describen las metas mencionadas en el punto anterior, considerando para cada meta actividades, indicador/umbral de cumplimiento periodicidad, fórmula/ indicador, fuente de información y responsables.

Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE PABELLÓN CENTRAL

Metas aprobadas por:
Dra. Gladys Villarroel Espinoza. Jefe Servicio Unidad Pabellón Central.
EU Raúl Marín Campos, Supervisor Unidad de Pabellón Central.
EU. Claudia Castañeda A. Encargada de Calidad.

Registrar metas de la Unidad por año: **2017**

1. Lograr que el 90% de los pacientes sometidos a cirugías bajo anestesia general o regional se les aplique evaluación preanestésica según procedimiento.
2. Lograr que en el 95% de los pacientes se le realice pausa de cirugía segura con aplicación de lista de verificación según procedimiento.
3. Alcanzar un 95% de cumplimiento de la identificación de paciente según procedimiento.
4. Lograr que en el 90% de los pacientes se les administre medicamentos EV según procedimiento.

En una tabla se describen las metas mencionadas en el punto anterior, considerando para cada meta actividades, indicador/umbral de cumplimiento periodicidad, fórmula/indicador, fuente de información y responsables.

Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE PABELLÓN CENTRAL

Metas aprobadas por:
Dra. Gladys Villarroel Espinoza. Jefe Servicio Unidad Pabellón Central.
EU Raúl Marín Campos, Supervisor Unidad de Pabellón Central.
EU. Claudia Castañeda A. Encargada de Calidad.

Registrar metas de la Unidad por año: **2016**

1. Lograr que el 90% de los pacientes sometidos a cirugías bajo anestesia general o regional se les aplique evaluación preanestésica según procedimiento.
2. Lograr que en el 95% de los pacientes se le realice pausa de cirugía segura con aplicación de lista de verificación según procedimiento.
3. Alcanzar un 95% de cumplimiento de la identificación de paciente según procedimiento.
4. Lograr que en el 90% de los pacientes se les administre medicamentos EV según procedimiento.

En una tabla se describen las metas mencionadas en el punto anterior, considerando para cada meta actividades, indicador/umbral de cumplimiento periodicidad, fórmula/indicador, fuente de información y responsables.

Se constatan metas por cada año evaluado., se da por cumplido el elemento medible.

PQ 2

Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE PABELLÓN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA 2019

Metas aprobadas por: **2019**
Dra. Gladys Villarroel Espinoza. Jefe de servicio de PQ de CMA.
EU. Natalia Núñez Reyes. Supervisora unidad cirugía mayor ambulatoria.
Paulina Huerta Tabilo. Encargada de calidad de CMA

Registrar metas de la Unidad por año:

1. Alcanzar un 90% de cumplimiento en la identificación correcta del paciente.
2. Conseguir que el 90% de los pacientes sometidos a cirugías bajo anestesia general o regional, se le aplique evaluación preanestésica completa para prevenir riesgo anestésico quirúrgico.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad. Formula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE PABELLON DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA 2018

Metas aprobadas por:
EU. Natalia Núñez Reyes. Supervisora unidad cirugía mayor ambulatoria.
Paulina Huerta Tabilo. Encargada de Calidad de CMA

Registrar metas de la Unidad por año: **2018**

1. Alcanzar un 90% de cumplimiento en la identificación correcta del paciente.
2. Conseguir que el 90% de los pacientes sometidos a cirugías bajo anestesia general o regional, se le aplique evaluación preanestésica completa para prevenir riesgo anestésico quirúrgico.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad. Formula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Observación: inicio sus funciones en septiembre de 2018, por lo tanto, cumple retrospectividad.

PQ 3

Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA METAS DE CALIDAD ANUAL DE PABELLÓN CARDIOVASCULAR 2019.

Metas aprobadas por:
Enfermero supervisor pabellón cardiovascular Raúl Olivares.
Dr. Javier Labbé. Médico jefe.

Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Alcanzar un 90% de cumplimiento en la identificación correcta del paciente.
2. Lograr que el 90% de los pacientes se realice pausa de cirugía segura con aplicación completa de lista de verificación, para evitar eventos adversos.
3. Conseguir que el 90% de los pacientes sometidos a cirugías bajo anestesia general o regional, se le aplique evaluación preanestésica completa para prevenir riesgo anestésico quirúrgico.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad. Formula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL DE PABELLÓN CARDIOVASCULAR 2018.

Metas aprobadas por:
Enfermero supervisor pabellón cardiovascular Raúl Olivares.
Dr. Javier Labbé. Médico jefe.

Registrar metas de la Unidad por año: **2018**

1. Alcanzar un 90% de cumplimiento en la identificación correcta del paciente.
2. Lograr que el 90% de los pacientes se realice pausa de cirugía segura con aplicación completa de lista de verificación, para evitar eventos adversos.
3. Conseguir que el 90% de los pacientes sometidos a cirugías bajo anestesia general o regional, se le aplique evaluación preanestésica completa para prevenir riesgo anestésico quirúrgico.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad. Formula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL DE PABELLÓN CARDIOVASCULAR EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA AÑO 2017.

Metas aprobadas por:
Enfermero supervisor pabellón cardiovascular Raúl Olivares.
Dr. Javier Labbé. Médico jefe.

Registrar metas de la Unidad por año: **2017**

1. Alcanzar un 90% de cumplimiento en la identificación correcta del paciente.
2. Lograr que el 90% de los pacientes se realice pausa de cirugía segura con aplicación completa de lista de verificación, para evitar eventos adversos.
3. Conseguir que el 90% de los pacientes sometidos a cirugías bajo anestesia general o regional, se le aplique evaluación pre-anestésica completa, para prevenir riesgo anestésico quirúrgico.
4. Lograr 95% de almacenamiento y manejo de material estéril de acuerdo a la norma institucional.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad. Formula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL DE PABELLÓN CARDIOVASCULAR EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA AÑO 2016.

Metas aprobadas por:

Enfermero supervisor pabellón cardiovascular Raúl Olivares.
Dr. Javier Labbé. Médico jefe pabellón cardiovascular.

Registrar metas de la Unidad por año: **2016**

1. Alcanzar un 90% de cumplimiento en la identificación correcta del paciente.
2. Lograr que el 90% de los pacientes se realice pausa de cirugía segura con aplicación completa de lista de verificación, para evitar eventos adversos.
3. Conseguir que el 90% de los pacientes sometidos a cirugías bajo anestesia general o regional. se le aplique evaluación preanestésica completa para prevenir riesgo anestésico quirúrgico.
4. Lograr 95% de almacenamiento y manejo de material estéril de acuerdo a la norma institucional.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad. Formula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Se constatan metas por cada año evaluado., se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ad.1

Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS ADULTO: UCI ADULTO 2019

Metas aprobadas por:
Dr. Marcelo Gómez Ortiz. Médico Jefe Servicio UCI Adulto.
EU. Tirsa González Antiquera. Supervisora y encargada de calidad UCI Adulto.

Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Mantener en un 95% el cumplimiento en la identificación de pacientes según procedimiento.
2. Lograr que el 90% de los pacientes clasificados en riesgo alto o riesgo mediano, según escala de Braden, cumplan con las medidas de prevención de UPP de acuerdo con el procedimiento.
3. Lograr que el 90% de la administración de medicamentos intravenoso en los pacientes cumplan según procedimiento institucional.

En una tabla se describen las metas mencionadas en el punto anterior, considerando para cada meta actividades, indicador/umbral de cumplimiento periodicidad, fórmula/indicador, fuente de información y responsables.

Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS ADULTO: UCI ADULTO

Metas aprobadas por:
Dr. Marcelo Gómez Ortiz. Médico Jefe Servicio UCI Adulto.
EU. Tirsa González Antiquera. Supervisora y encargada de calidad UCI Adulto.

Registrar metas de la Unidad por año: **2018**

1. Mantener en un 95% el cumplimiento en la identificación de pacientes según procedimiento.
2. Lograr que el 90% de los pacientes clasificados en riesgo alto o riesgo mediano, según escala de Braden, cumplan con las medidas de prevención de UPP de acuerdo con el procedimiento.
3. Lograr que el 90% de la administración de medicamentos intravenoso en los pacientes cumplan según procedimiento institucional.

En una tabla se describen las metas mencionadas en el punto anterior, considerando para cada meta actividades, indicador/umbral de cumplimiento periodicidad, fórmula/indicador, fuente de información y responsables.

Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS ADULTO: UCI

Metas aprobadas por: Dr. Marcelo Gómez Ortiz. Médico Jefe Servicio UCI Adulto.
EU. Tirsa González Antiquera. Supervisora y encargada de calidad UCI Adulto.

Registrar metas de la Unidad por año: **2017**

1. Alcanzar un 95% de cumplimiento en la identificación del paciente según procedimiento.
2. Lograr que el 95% de los tratamientos endovenosos administrados cumplan con las medidas de prevención para evitar errores de medicación.
3. Lograr que el 90% de los pacientes con uso de CVC se mantengan las medidas de prevención de infecciones por torrente sanguíneo según procedimiento.
4. Lograr que el 95% de los pacientes con CUP, se mantengan con las medidas de prevención de ITU según protocolo.
5. Lograr que el 90% de los pacientes hospitalizados se apliquen las medidas de prevención de ulceras por presión.
6. Lograr que el 90% de los pacientes en ventilación mecánica cumpa con las medidas de manejo de paciente ventilado.

En una tabla se describen las metas mencionadas en el punto anterior, considerando para cada meta actividades, indicador/umbral de cumplimiento periodicidad, fórmula/indicador, fuente de información y responsables.

Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS ADULTO: UCI ADULTO

Metas aprobadas por:
Marcelo Gómez Ortiz, Médico Jefe UCI adulto.
Tirsa González Antiquera, Enfermera supervisora y encargada de calidad UCI Adulto.

Registrar metas de la Unidad por año: **2016**

1. Alcanzar un 95% el cumplimiento en la identificación de pacientes según procedimiento.

2. Lograr que el 95% de los tratamientos endovenosos administrados, cumplan con las medidas de prevención para evitar errores de medicación.
3. Lograr que en el 90% de los pacientes con uso de CVC se mantengan las medidas de prevención de infecciones por torrente sanguíneo según procedimiento.
4. Lograr que el 95% de los pacientes con CUP, se mantengan con las medidas de prevención de ITU según protocolo.
5. Lograr que el 90% de los pacientes hospitalizados se apliquen las medidas de prevención de úlceras por presión.
6. Lograr que el 90% de los pacientes en Ventilación mecánica cumple con las medidas de manejo de paciente ventilado.

En una tabla se describen las metas mencionadas en el punto anterior, considerando para cada meta actividades, indicador/umbral de cumplimiento periodicidad, fórmula/indicador, fuente de información y responsables.

Se constatan metas por cada año evaluado., se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ad 2

Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS ADULTO: UCI CORONARIA 2019

Metas aprobadas por:
Dr. José Torres Encina. Médico Jefe Servicio UCI coronaria.
EU. Maribel Donoso O. Supervisora UCI Coronaria.

Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Mantener en un 95% el cumplimiento en la identificación de pacientes según procedimiento.
2. Lograr que el 90% de los pacientes atendidos clasificados en riesgo moderado y alto se le aplique las medidas de prevención de caídas según procedimiento.
3. Lograr que el 90% de los funcionarios cumplan con la higienización de manos según procedimiento.

En una tabla se describen las metas mencionadas en el punto anterior, considerando para cada meta actividades, indicador/umbral de cumplimiento periodicidad, fórmula/indicador, fuente de información y responsables.

Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UCI CORONARIA 2018

Metas aprobadas por: Dr. Anthony Cataldo Braile. Médico Jefe Servicio UCI Coronaria.
EU. Maribel Donoso O. Supervisora UCI Coronaria.

Registrar metas de la Unidad por año: **2018**

1. Mantener en un 95% el cumplimiento en la identificación de pacientes según procedimiento.
2. Lograr que el 90% de los pacientes atendidos clasificados en riesgo moderado y alto se le aplique las medidas de prevención de caídas según procedimiento.
3. Lograr que el 90% de los funcionarios cumplan con la higienización de manos según procedimiento.

En una tabla se describen las metas mencionadas en el punto anterior, considerando para cada meta actividades, indicador/umbral de cumplimiento periodicidad, fórmula/indicador, fuente de información y responsables.

Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UCI CORONARIA 2017

Metas aprobadas por: Dr. Javier Labbe Z. Médico Jefe Servicio UCI Coronaria.
Maribel Donoso. Enfermera Supervisora UC Coronaria.
Marcelo Troncoso P. Enfermero Coordinador U. Cardiovascular.

Registrar metas de la Unidad por año: **2017**

1. Alcanzar un 90% de cumplimiento en la identificación del paciente según procedimiento.
2. Lograr que el 90% de los pacientes se le administre medicamentos endovenosos según procedimiento.
3. Lograr que el 95% de los pacientes clasificados en riesgo alto o riesgo medio, según escala de BRADEN, cumplan con las medidas de prevención de UPP de acuerdo al procedimiento.
4. Lograr que el 90% de los pacientes hospitalizados clasificados en riesgo moderado y alto se le aplique las medidas de prevención de caídas según procedimiento.
5. Lograr que el 90% de los pacientes con agitación psicomotora se le aplique las medidas de prevención según procedimiento.
6. Alcanzar un 85% de cumplimiento de higienización de manos en los funcionarios según norma.

En una tabla se describen las metas mencionadas en el punto anterior, considerando para cada meta actividades, indicador/umbral de cumplimiento periodicidad, fórmula/indicador, fuente de información y responsables.

Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UCI CORONARIA 2016

Metas aprobadas por:
Dr. Anthony Cataldo B, Médico Jefe UCI coronaria.
Maribel Donoso O. Enfermera Supervisora (s) UCI Coronaria.
Marcelo Troncoso P. Enfermero Coordinador U. Cardiovascular.

Registrar metas de la Unidad por año: **2016**

1. Alcanzar un 90% el cumplimiento en la identificación de pacientes según procedimiento.
2. Lograr que al 90% de los pacientes se les administre medicamentos endovenosos según procedimiento.
3. Lograr que el 95% de los pacientes clasificados en riesgo alto o riesgo medio, según escala BRADEN, cumplan con las medidas de prevención de UPP de acuerdo al procedimiento.
4. Lograr que el 90% de los pacientes hospitalizados clasificados en riesgo moderado y alto se le aplique las medidas de

prevención de caídas según procedimiento.
5. Lograr que el 90% de los pacientes con agitación psicomotora se le aplique las medidas de prevención según procedimiento.
6. Alcanzar un 85% de cumplimiento de higienización de manos en los funcionarios según norma.

En una tabla se describen las metas mencionadas en el punto anterior, considerando para cada meta actividades, indicador/umbral de cumplimiento periodicidad, fórmula/indicador, fuente de información y responsables.

Se constatan metas por cada año evaluado., se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ad 3

Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS ADULTOS TIM 2019

Metas aprobadas por:
Itzia Daviu, Médico Jefe UTI Adulto.
Viviana Cortes, Enfermera Supervisora y Encargada de Calidad UTI Adulto.

Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Alcanzar un 90% de cumplimiento en la identificación de pacientes según procedimiento.
2. Lograr que el 90% de los pacientes clasificados en riesgo alto o riesgo medio, según escala de BRADEN, cumplan con las medidas de prevención de UPP de acuerdo al procedimiento.
3. Lograr que el 95% de los pacientes atendidos clasificados en riesgo moderado y alto se les apliquen las medidas de prevención de caídas según procedimiento.
4. Lograr que el 90% de los tratamientos endovenosos administrados, cumplan con las medidas de prevención para evitar errores de medicación.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad, fórmula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS ADULTOS TIM 2018

Metas aprobadas por:
Itzia Daviu, Médico jefe UTI adulto.
Viviana Cortes, Enfermera supervisora y encargada de calidad UTI adulto.

Registrar metas de la Unidad por año: **2018**

1. Mantener un 95% de cumplimiento en la identificación de pacientes según procedimiento.
2. Lograr que el 90% de los pacientes clasificados en riesgo alto o riesgo medio, según escala de BRADEN, cumplan con las medidas de prevención de UPP de acuerdo al procedimiento.
3. Lograr que el 95% de los pacientes hospitalizados clasificados en riesgo moderado y alto se les apliquen las medidas de prevención de caídas según procedimiento.
4. Lograr que el 90% de los tratamientos endovenosos administrados, cumplan con las medidas de prevención para evitar errores de medicación.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad. Formula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Observación:
1. Metas de calidad están aprobadas por "Viviana Cortes, Enfermera supervisora y encargada de calidad UTI adulto" y su nombramiento como encargada de calidad tiene fecha 16 de mayo de 2019.

Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS ADULTOS UTIMQ 2017

Metas aprobadas por:
Moisés Gallo Jiménez, Médico Jefe UTIMQ.
Margaret Cerda Cortes, Enfermera supervisora y encargada de calidad UTIMQ.

Registrar metas de la Unidad por año: **2017**

1. Alcanzar un 90% de cumplimiento en la identificación de pacientes según procedimiento.
2. Lograr que el 90% de los tratamientos endovenosos administrados, cumplan con las medidas de prevención para evitar errores de medicación.
3. Lograr que en el 90% de los pacientes con uso de CVC se mantengan las medidas de prevención de infecciones por torrente sanguíneo según procedimiento.
4. Lograr que el 90% de los pacientes con CUP, se mantengan con las medidas de prevención de ITU según protocolo.
5. Lograr que el 90% de los pacientes en Ventilación mecánica cumpla con las medidas de manejo de paciente ventilado según procedimiento.
6. Lograr que el 95% de los pacientes hospitalizados clasificados en riesgo moderado y alto se les apliquen las medidas de prevención de caídas según procedimiento.
7. Lograr que el 90% de los pacientes clasificados en riesgo alto o riesgo medio, según escala de BRADEN, cumplan con las medidas de prevención de UPP de acuerdo al procedimiento.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad. Formula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Observación:
1. Metas están firmadas por "Margaret Cerda Cortes, Enfermera supervisora y encargada de calidad UTIMQ" no se encuentra su nombramiento como encargada de calidad.

Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS ADULTOS UTIMQ 2016

Metas aprobadas por: Moisés Gallo Jiménez, médico jefe UTIMQ.
Rossana Pacheco Escalera, Enfermera supervisora (s) y encargada de calidad UTIMQ.

Registrar metas de la Unidad por año: **2016**

1. Alcanzar un 90% de cumplimiento en la identificación de pacientes según procedimiento.
2. Lograr que el 90% de los tratamientos endovenosos administrados, cumplan con las medidas de prevención para evitar errores de medicación.
3. Lograr que en el 90% de los pacientes con uso de CVC se mantengan las medidas de prevención de infecciones por torrente sanguíneo según procedimiento.
4. Lograr que el 90% de los pacientes con CUP, se mantengan con las medidas de prevención de ITU según protocolo.
5. Lograr que el 90% de los pacientes en Ventilación mecánica cumpla con las medidas de manejo de paciente ventilado según procedimiento.
6. Lograr que el 95% de los pacientes hospitalizados clasificados en riesgo moderado y alto se les apliquen las medidas de prevención de caídas según procedimiento.
7. Lograr que el 90% de los pacientes clasificados en riesgo alto o riesgo medio, según escala de BRADEN, cumplan con las medidas de prevención de UPP de acuerdo al procedimiento.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad, fórmula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Se constatan metas por cada año evaluado., se da por cumplido el elemento medible

UPC Ped

Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO 2019

Metas aprobadas por: Dr. Pietro Pietroboni F, médico jefe servicio UPC Pediatría.
EU. Verónica Contreras T, supervisora y encargada de calidad UPC Pediatría.

Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación de paciente según procedimiento.
2. Lograr que el 90% de los tratamientos endovenosos administrados, cumplan con las medidas de prevención para evitar errores de medicación.
3. Lograr que el 90% de los medicamentos endovenosos administrados en la UPC pediátrica, se realicen según procedimiento.
4. Lograr que el 90% del personal de UPCP realice la higienización de manos según procedimiento.

Las metas de calidad están enumeradas en una tabla donde se describen: Actividades, indicador/umbral y periodicidad, fórmula de indicador, fuente de información y responsables por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO 2018

Metas aprobadas por: Dr. Pietro Pietroboni F, médico jefe servicio UPC Pediatría.
EU. Verónica Contreras T, supervisora y encargada de calidad UPC Pediatría.

Registrar metas de la Unidad por año: **2018**

1. Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación de paciente según procedimiento.
2. Lograr que el 90% de los tratamientos endovenosos administrados, cumplan con las medidas de prevención para evitar errores de medicación.
3. Lograr que el 90% de los medicamentos endovenosos administrados en la UPC pediátrica, se realicen según procedimiento.
4. Lograr que el 90% del personal de UPCP realice la higienización de manos según procedimiento.

Las metas de calidad están enumeradas en una tabla donde se describen: Actividades, indicador/umbral y periodicidad, fórmula de indicador, fuente de información y responsables por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO 2017

Metas aprobadas por: Dr. Prieto Pietroboni F, médico jefe servicio UPCP Pediatría.
EU. Verónica Contreras T, supervisora y encargada de calidad UPC Pediatría.

Registrar metas de la Unidad por año: **2017**

1. Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación de paciente según procedimiento.
2. Lograr que el 90% de los tratamientos endovenosos administrados, cumplan con las medidas de prevención para evitar errores de medicación.
3. Lograr que el 90% de los pacientes se les administre medicamento EV según procedimiento.
4. Lograr que el 90% del personal de UPCP realice la higienización de manos según procedimiento.

Las metas de calidad están enumeradas en una tabla donde se describen: Actividades, indicador/umbral y periodicidad, fórmula de indicador, fuente de información y responsables por cada meta presentada.

Observaciones:
1. Se reduce umbral de cumplimiento en metas 2 y 3 respecto al año anterior.
2. Se aumenta umbral de cumplimiento en meta Nº 4 de 85 a 90%.

Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN EL HOSPITAL

REGIONAL DE ANTOFAGASTA
METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO 2016

Metas aprobadas por: Dr. Prieto Pietroboni F, médico jefe servicio UPCP Pediatría.
EU. Verónica Contreras T, supervisora y encargada de calidad UPC Pediatría.

Registrar metas de la Unidad por año: **2016**

1. Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación de paciente según procedimiento.
2. Lograr que el 95% de los tratamientos endovenosos administrados, cumplan con las medidas de prevención para evitar errores de medicación.
3. Lograr que el 95% de los pacientes se les administre medicamento EV según procedimiento.
4. Lograr que el 85% del personal de UPCP realice la higienización de manos según procedimiento.

Las metas de calidad están enumeradas en una tabla donde se describen: Actividades, indicador/umbral y periodicidad, fórmula de indicador, fuente de información y responsables por cada meta presentada.

Se constatan metas por cada año evaluado, se da por cumplido el elemento medible.

UPC Neo

Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD PACIENTE CRÍTICO NEONATAL 2019

Metas aprobadas por: Dr. Marcelo Sepúlveda A, médico jefe UPC Neonatal
MT. Marcela Rojo V, supervisora UPC Neonatal.

Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación de nuestros pacientes de acuerdo a procedimiento.
2. Lograr que el 90% de los medicamentos administrados a los pacientes de UPC neonatal, cumplan según procedimiento.
3. Lograr que el 90% de los medicamentos endovenosos administrados a nuestros pacientes hospitalizados en UPC Neonatal, cumplan con las medidas de prevención, para evitar errores de medicación.
4. Lograr un 90% de cumplimiento en la higienización de manos de los funcionarios de UPC Neonatal, según procedimiento.

Las metas de calidad están enumeradas en una tabla donde se describen: Actividades, indicador/umbral y periodicidad, fórmula de indicador, fuente de información y responsables por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD PACIENTE CRÍTICO NEONATAL 2018

Metas aprobadas por: Dr. Marcelo Sepúlveda A, médico jefe UPC Neonatal
MT. Marcela Rojo V, supervisora UPC Neonatal.

Registrar metas de la Unidad por año: **2018**

1. Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación de nuestros pacientes de acuerdo a procedimiento.
2. Lograr que el 90% de los medicamentos administrados a los pacientes de UPC neonatal, cumplan según procedimiento.
3. Lograr que el 90% de los medicamentos endovenosos administrados a nuestros pacientes hospitalizados en UPC Neonatal, cumplan con las medidas de prevención, para evitar errores de medicación.
4. Lograr un 90% de cumplimiento en la higienización de manos de los funcionarios de UPC Neonatal, según procedimiento.

Las metas de calidad están enumeradas en una tabla donde se describen: Actividades, indicador/umbral y periodicidad, fórmula de indicador, fuente de información y responsables por cada meta presentada.

Observaciones:
1. Se reduce porcentaje de cumplimiento de metas 2, 3 y 4 en relación a los años anteriores, de 95 a 90%.

Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD PACIENTE CRÍTICO NEONATAL 2017

Metas aprobadas por: Dr. Marcelo Sepúlveda A, médico jefe UPC Neonatal
MT. Marcela Rojo V, supervisora UPC Neonatal.

Registrar metas de la Unidad por año: **2017**

1. Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación de nuestros pacientes de acuerdo a procedimiento.
2. Lograr que el 95% de los medicamentos administrados a los pacientes de UPC neonatal, cumplan según procedimiento.
3. Lograr que el 95% de los medicamentos endovenosos administrados a nuestros pacientes hospitalizados en UPC Neonatal, cumplan con las medidas de prevención, para evitar errores de medicación.
4. Lograr un 95% de cumplimiento en la higienización de manos de los funcionarios de UPC Neonatal, según procedimiento.

Las metas de calidad están enumeradas en una tabla donde se describen: Actividades, indicador/umbral y periodicidad, fórmula de indicador, fuente de información y responsables por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA
METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD PACIENTE CRÍTICO NEONATAL 2016

Metas aprobadas por: Dr. Michael Fritz J, médico jefe UPC Neonatal
MT. Marcela Rojo V, supervisora UPC Neonatal.

Registrar metas de la Unidad por año: **2016**

1. Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación de nuestros pacientes de acuerdo a procedimiento.
2. Lograr que el 95% de los medicamentos administrados a los pacientes de UPC neonatal, cumplan según procedimiento.

3. Lograr que el 95% de los medicamentos endovenosos administrados a nuestros pacientes hospitalizados en UPC Neonatal, cumplan con las medidas de prevención, para evitar errores de medicación.
4. Lograr un 95% de cumplimiento en la higienización de manos de los funcionarios de UPC Neonatal, según procedimiento.

Las metas de calidad están enumeradas en una tabla donde se describen: Actividades, indicador/umbral y periodicidad, fórmula de indicador, fuente de información y responsables por cada meta presentada.

Se constatan metas por cada año evaluado, se da por cumplido el elemento medible.

MQs1

Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE MEDICINA **2019**

Metas aprobadas por:
Franklin Cobeña, Médico Jefe Servicio Medicina.
Alejandra Milies, Enfermera supervisora y encargada de calidad Medicina.

Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Lograr que un 95% de los pacientes se encuentren identificados según procedimiento.
2. Lograr que el 90% de los pacientes clasificados en riesgo alto o riesgo medio, según escala de BRADEN, cumplan con las medidas de prevención de UPP de acuerdo al procedimiento.
3. Lograr que el 95% de los pacientes atendidos clasificados en riesgo moderado y alto se les apliquen las medidas de prevención de caídas según procedimiento.
4. Lograr que el 90 % de los pacientes con agitación psicomotora se le aplique las medidas de prevención según protocolo

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad, fórmula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE MEDICINA **2018**

Metas aprobadas por:
Ruth Solís, Médico Jefe Servicio Medicina y Diálisis.
Alejandra Milies, Enfermera supervisora y encargada de calidad Medicina.

Registrar metas de la Unidad por año: **2018**

1. Lograr que un 95% de los pacientes se encuentren identificados según procedimiento.
2. Lograr que el 90% de los pacientes clasificados en riesgo alto o riesgo medio, según escala de BRADEN, cumplan con las medidas de prevención de UPP de acuerdo al procedimiento.
3. Lograr que el 95% de los pacientes atendidos clasificados en riesgo moderado y alto se les apliquen las medidas de prevención de caídas según procedimiento.
4. Lograr que el 90 % de los pacientes con agitación psicomotora se le aplique las medidas de prevención según protocolo

El documento registra objetivo general, metas, actividades, indicadores, umbral y periodicidad. Formula, fuente de información, responsable.

Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE MEDICINA **2017**

Metas aprobadas por:
Ruth Solís, Médico Jefe Servicio Medicina y Diálisis.
Alejandra Milies, Enfermera supervisora y encargada de calidad Medicina.

Registrar metas de la Unidad por año: **2017**

1. Lograr que un 95% de cumplimiento en la identificación de pacientes según procedimiento.
2. Lograr que el 90% de los pacientes clasificados en riesgo alto o riesgo medio, según escala de BRADEN, cumplan con las medidas de prevención de UPP de acuerdo al procedimiento.
3. Lograr que el 95 % de los funcionarios cumplan con las normas de precauciones estándar en pacientes hospitalizados con aislamiento de contacto.
4. Lograr que el 90% de los pacientes con CUP, se mantengan con las medidas de prevención de ITU según protocolo.
5. Lograr que el 95% de los pacientes hospitalizados clasificados en riesgo moderado y alto se les apliquen las medidas de prevención de caídas según procedimiento.
6. Lograr que el 85% de los pacientes con vía venosa periférica se cumpla la mantención según procedimiento.
7. Lograr que el 90% de los pacientes con agitación psicomotora se le aplique las medidas de prevención según protocolo.

El documento registra objetivo general, metas, actividades, indicadores, umbral y periodicidad. Formula, fuente de información, responsable.

Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LA UNIDAD DE MEDICINA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE MEDICINA AÑO **2016**

Metas aprobadas por:
Ruth Solís, Médico Jefe Servicio Medicina.
Alejandra Milies G., Enfermera supervisora (s) y encargada de calidad Medicina.

Registrar metas de la Unidad por año: **2016**

1. Lograr que un 95% de cumplimiento en la identificación de pacientes según procedimiento.
2. Lograr que el 90% de los pacientes clasificados en riesgo alto o riesgo medio, según escala de BRADEN, cumplan con las medidas de prevención de UPP de acuerdo al procedimiento.

3. Lograr que el 95 % de los funcionarios cumplan con las normas de precauciones estándar en pacientes hospitalizados con aislamiento de contacto.
4. Lograr que el 90% de los pacientes con CUP, se mantengan con las medidas de prevención de ITU según protocolo.
5. Lograr que el 95% de los pacientes hospitalizados clasificados en riesgo moderado y alto se les apliquen las medidas de prevención de caídas según procedimiento.
6. Lograr que el 85 % de los pacientes con vía venosa periférica se cumpla la mantención según procedimiento.
7. Lograr que el 90% de los pacientes con agitación psicomotora se le aplique las medidas de prevención según protocolo.

El documento registra objetivo general, metas, actividades, indicadores, umbral y periodicidad, fórmula, fuente de información y responsables.

Se constatan metas por cada año evaluado, se da por cumplido el elemento medible.

MQs2

Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL BLOQUE QUIRÚRGICO DE ESPECIALIDADES (BQE) **2019.**

Metas aprobadas por:
Janis Orellana Olivares, Enfermera Supervisora Bloque Quirúrgico
Karen Chepillo González, Enfermera encargada de calidad (s)

Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Lograr que el 100% de los pacientes hospitalizados en BQE se identifiquen correctamente según procedimiento.
2. Lograr que en el 90% de los pacientes hospitalizados en BQE se les aplique las medidas de prevención de caídas según riesgo.
3. Lograr que en el 90% de los pacientes se les aplique el documento de consentimiento informado según protocolo.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad, fórmula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL BLOQUE QUIRÚRGICO DE ESPECIALIDADES **2018.**

Metas aprobadas por:
Janis Orellana Olivares, Enfermera Supervisora Bloque Quirúrgico
Karen Chepillo González, Enfermera encargada de calidad (s)

Registrar metas de la Unidad por año: **2018**

1. Lograr que el 100% de los pacientes hospitalizados en BQE se identifiquen correctamente según procedimiento.
2. Lograr que en el 90% de los pacientes hospitalizados en BQE se les aplique las medidas de prevención de caídas según riesgo.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad, fórmula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL BLOQUE QUIRÚRGICO DE ESPECIALIDADES **2017**.

Metas aprobadas por: Janis Orellana Olivares, Enfermera Supervisora Bloque Quirúrgico
Karen Chepillo González, Enfermera encargada de calidad (s)

Registrar metas de la Unidad por año: **2017**

1. Alcanzar 100% de cumplimiento en la identificación de pacientes.
2. Lograr que el 90% de los tratamientos endovenosos administrados, cumplan con las medidas de prevención para evitar errores de medicación.
1. Lograr que en el 100% de los pacientes se les apliquen las medidas de prevención de caídas según procedimiento.
2. Lograr que un 100% de los pacientes cumplan con las medidas de prevención de UPP según procedimiento.
3. Lograr que al 90% de los pacientes hospitalizados en el BQE se les aplique las medidas de prevención de herida operatoria.
4. Lograr que el 90% de los pacientes hospitalizados en el BQE se les aplique las medidas de prevención de infecciones asociadas al uso de elementos invasivos: catéter venoso y central.
5. Lograr que el 90% de los pacientes con agitación psicomotora en BQE se les aplique las medidas de prevención de eventos adversos asociados a contención física según procedimiento.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad, fórmula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL BLOQUE QUIRÚRGICO **2016**

Metas aprobadas por:
Janis Orellana Olivares, Enfermera Supervisora Bloque Quirúrgico
Karen Chepillo González, Enfermera encargada de calidad (s)

Registrar metas de la Unidad por año: **2016**

1. Alcanzar un 90% de cumplimiento de higienización de manos según norma.
2. Lograr que el 90% de los tratamientos endovenosos administrados, cumpla con las medidas de prevención para evitar errores de medicación.
3. Lograr que el 95% de los pacientes hospitalizados clasificados en riesgo moderado y alto de sufrir caídas, se les aplique las medidas de prevención según procedimiento.
4. Logrará que un 90% de los pacientes clasificados en Riesgo Alto o riesgo medio cumplan con las medidas de prevención de UPP según protocolo.

5. Lograr que el 90 % de los pacientes hospitalizados en BQE se les aplique las medidas de higienización preoperatoria de la piel en unidades clínicas según procedimiento.
6. Lograr que el 95% de los pacientes hospitalizados en BQE se les aplique las medidas de prevención de infecciones asociadas al uso de elementos invasivos: catéter venoso periférico y central.
7. Lograr que el 90% de los pacientes con agitación psicomotora en BQE se les aplique las medidas de prevención de eventos adversos asociados a contención física según procedimiento.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad, fórmula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Se constatan metas por cada año evaluado., se da por cumplido el elemento medible.

Ms 3

Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL CIRUGÍA **2019.**

Metas aprobadas por:
Jorge Cifuentes Carrasco, Médico Jefe Servicio Cirugía
Carolina Higueras, Enfermera Supervisora Cirugía

Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Lograr que el 95% de los pacientes hospitalizados clasificados en riesgo alto o riesgo moderado, según escala de caídas, cumplan con medidas de prevención de acuerdo con procedimiento.
2. Lograr que en el 95% de los pacientes hospitalizados con tratamiento medicamentoso endovenoso se apliquen las medidas de prevención de error de medicación de acuerdo al procedimiento.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad, fórmula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL CIRUGÍA **2018.**

Metas aprobadas por:
Jorge Cifuentes Carrasco, Médico Jefe Servicio Cirugía
Sandra González Erazo, Enfermera Supervisora y encargada de calidad

Registrar metas de la Unidad por año: **2018**

1. Alcanzar un 95% de cumplimiento en la identificación del paciente según el procedimiento.
2. Alcanzar un 90% en la administración de medicamentos EV según procedimiento.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad, fórmula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL DE CIRUGÍA **2017**.

Metas aprobadas por: Ruth Solís U., Medico Jefe Unidad
Rosa Santander O, Enfermera Supervisora UAPP

Registrar metas de la Unidad por año: **2017**

1. Lograr que un 95% de cumplimiento en la identificación correcta del paciente.
2. Lograr que el 100% de los pacientes hospitalizados cumplan con las medidas de prevención de UPP.
3. Lograr que el 90% de los pacientes hospitalizados se les apliquen las medidas de prevención de infecciones asociadas a procedimientos invasivos de catéter venosos central.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad, fórmula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UAPP **2016**

Metas aprobadas por:
Ruth Solís U., Medico Jefe Unidad
Rosa Santander O., Enfermera Supervisora UAPP

Registrar metas de la Unidad por año: **2016**

1. Lograr que un 95% de cumplimiento en la identificación de pacientes según procedimiento.
2. Lograr que el 90% de los pacientes clasificados en riesgo alto o riesgo medio, según escala de BRADEN, cumplan con las medidas de prevención de UPP de acuerdo al procedimiento.
3. Lograr que el 90% de los pacientes hospitalizados se les apliquen las medidas de prevención de infecciones asociadas a procedimientos invasivos de catéter venosos central según procedimiento.
4. Lograr que el 85 % de los pacientes con agitación psicomotora se le aplique las medidas de prevención según protocolo.

El documento registra objetivo general, metas, actividades, indicadores, umbral y periodicidad, fórmula, fuente de información y responsables.

Se constatan metas por cada año evaluado., se da por cumplido el elemento medible.

MQs4

Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL

REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD CAMAS INDIFERENCIADAS **2019**
Metas aprobadas por: Rosa Santander O., Enfermera Supervisora y encargada de calidad camas indiferenciadas.
Registrar metas de la Unidad por año: **2019** 1. Alcanzar un 95% de cumplimiento en la identificación de pacientes según procedimiento. 2. Alcanzar un 90% de cumplimiento en la administración endovenosa según procedimiento. El documento registra objetivo general, metas, actividades, indicadores, umbral y periodicidad, fórmula, fuente de información y responsables. Se constatan metas por el año evaluado., se da por cumplido el elemento medible.
MQs5
Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE CUIDADOS MEDIOS 2019.
Metas aprobadas por: Dr. Jorge Cifuentes, Médico jefe servicio UCM. EU Karin Estivales, Supervisora y encargada de calidad UCM.
Registrar metas de la Unidad por año: **2019** 1. Alcanzar un 90% de cumplimiento de higienización de manos según norma. 2. Lograr que el 95% de los tratamientos administrados cumplan con las medidas de prevención para evitar errores de medicación según procedimiento. 3. Lograr que al 95% de los pacientes se les administre medicamentos endovenosos según procedimiento. 4. Lograr que en el 90% de los pacientes se les apliquen las medidas de prevención de caídas según procedimiento. 5. Lograr que en el 95% de los pacientes se aplique el documento de consentimiento informado según procedimiento. 6. Lograr que al 90% de las altas realizadas se les realice el documento de Epicrisis según procedimiento. El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad, fórmula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.
Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE CUIDADOS MEDIOS 2018
Metas aprobadas por: Dr. Jorge Cifuentes, Médico jefe servicio UCM. EU Karin Estivales, Supervisora y encargada de calidad UCM. Jessica Bravo, Jefa unidad de calidad hospital regional Antofagasta.
Registrar metas de la Unidad por año: **2018** 1. Alcanzar un 90% de cumplimiento de higienización de manos según norma. 2. Lograr que el 95% de los tratamientos administrados cumplan con las medidas de prevención para evitar errores de medicación según procedimiento. 3. Lograr que al 95% de los pacientes se les administre medicamentos endovenosos según procedimiento. 4. Lograr que en el 90% de los pacientes se les apliquen las medidas de prevención de caídas según procedimiento. 5. Lograr que en el 95% de los pacientes se aplique el documento de consentimiento informado según procedimiento. 6. Lograr que al 90% de las altas realizadas se les realice el documento de Epicrisis según procedimiento. El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad, fórmula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.
Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE CIRUGÍA 2017
Metas aprobadas por: Dr. Jorge Cifuentes, Médico jefe servicio cirugía. EU Karin Estivales, Supervisora cirugía.
Registrar metas de la Unidad por año: **2017** 1. Alcanzar un 90% de cumplimiento de higienización de manos según norma. 2. Lograr que el 95% de los tratamientos administrados cumplan con las medidas de prevención para evitar errores de medicación según procedimiento. 3. Lograr que al 90% de los pacientes se les administre medicamentos endovenosos según procedimiento. 4. Lograr que en el 95% de los pacientes se les apliquen las medidas de prevención de caídas según procedimiento. 5. Lograr que en el 95% de los pacientes se aplique el documento de consentimiento informado según procedimiento. 6. Lograr que al 80% de las altas realizadas se les realice el documento de Epicrisis según procedimiento. El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad, fórmula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.
Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE CIRUGÍA 2016
Metas aprobadas por: Dr. Jorge Cifuentes, médico jefe servicio cirugía. EU Karin Estivales, supervisora cirugía. EU Stephany Escudero J., enfermera calidad, servicio de cirugía. Unidad de calidad y seguridad del paciente.
Registrar metas de la Unidad por año: **2016**

1. Alcanzar un 90% de cumplimiento de higienización de manos según norma.
2. Lograr que el 95% de los tratamientos administrados cumplan con las medidas de prevención para evitar errores de medicación según procedimiento.
3. Lograr que al 90% de los pacientes se les administre medicamentos endovenosos según procedimiento.
4. Lograr que al 95% de los pacientes se les apliquen las medidas de prevención de caídas según procedimiento.
5. Lograr que en el 95% de los pacientes se aplique el documento de consentimiento informado según procedimiento.
6. Lograr que al 80% de las altas realizadas se les realice el documento de epicrisis según procedimiento.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad. Formula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Se constatan metas por cada año evaluado, se da por cumplido el elemento medible.

Metas aprobadas por: Dr. Jorge Cifuentes, Médico jefe servicio cirugía.
EU Karin Estivales, Supervisora cirugía.

MQs6

Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE CUIDADOS MEDIOS CARDIOLÓGICOS Y NEUROLÓGICOS 2019.

Metas aprobadas por:
Camila Manques, Médico jefe UCM Cardiología- Neurología.
Jennifer Mariño Gallegos, encargada de calidad UCM Cardiología- Neurología.

Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Lograr que el 95% de los pacientes hospitalizados clasificados en riesgo alto o riesgo moderado, según escala de caídas, cumplan con medidas de prevención de acuerdo con procedimiento.
2. Lograr que en el 95% de los pacientes hospitalizados con tratamiento medicamentoso endovenoso se apliquen las medidas de prevención de error de medicación de acuerdo al procedimiento.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad, fórmula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE CUIDADOS MEDIOS CARDIOLÓGICOS Y NEUROLÓGICOS 2018.

Metas aprobadas por: Camila Manques, Médico jefe UCM Cardiología- Neurología.
Johana Navarro Navarro, Enfermera supervisora UCM cardiología- neurología.
Jennifer Mariño Gallegos, Encargada de calidad UCM cardiología- neurología.

Registrar metas de la Unidad por año: **2018**

1. Lograr que el 95% de los pacientes hospitalizados clasificados en riesgo alto o riesgo moderado, según escala de caídas, cumplan con las medidas de prevención de acuerdo con el procedimiento.
2. Lograr que en el 95% de los pacientes hospitalizados con tratamiento medicamentoso endovenoso se apliquen las medidas de prevención de error de medicación de acuerdo al procedimiento.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad, fórmula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Observación:
1. Metas están aprobadas por Jennifer Mariño Gallegos, Encargada de calidad UCM cardiología- neurología, su designación como encargada de calidad tiene fecha 22 de mayo del 2019.

Se constatan metas por cada año evaluado, se da por cumplido el elemento medible.

Cir. Infantil

Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE CIRUGÍA INFANTIL 2019

Metas aprobadas por: Dra. Vanessa Muñoz R, médico jefe Servicio Cirugía Infantil. / Dra. Jasmira Saavedra Trigo, Cirujano Pediátrico.
EU Jessica Álvarez C, supervisora Servicio de Pediatría.

Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación de paciente según procedimiento.
2. Alcanzar un 95% de cumplimiento en higienización de manos según procedimiento.

Las metas de calidad están enumeradas en una tabla donde se describen: Actividades, indicador/umbral y periodicidad, fórmula de indicador, fuente de información y responsables por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE CIRUGÍA INFANTIL 2018

Metas aprobadas por: Dra. Vanessa Muñoz R, médico jefe Servicio Cirugía Infantil.
EU Jessica Álvarez C, supervisora Servicio de Pediatría, EU. Jessica Romero F, encargada Calidad Pediatría.

Registrar metas de la Unidad por año: **2018**

1. Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación de paciente según procedimiento.

2. Alcanzar un 95% de cumplimiento en higienización de manos según procedimiento. Las metas de calidad están enumeradas en una tabla donde se describen: Actividades, indicador/umbral y periodicidad, fórmula de indicador, fuente de información y responsables por cada meta presentada.
Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE CIRUGÍA INFANTIL 2017
Metas aprobadas por: Dr. Nelson Herrera H, médico jefe Servicio Cirugía Infantil. EU Jessica Álvarez C, supervisora Servicio de Pediatría, EU. Jessica Romero F, Encargada Calidad Pediatría.
Registrar metas de la Unidad por año: **2017** 1. Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación de paciente. 2. Alcanzar un 95% de cumplimiento en la higienización de manos. Las metas de calidad están enumeradas en una tabla donde se describen: Actividades, indicador/umbral y periodicidad, fórmula de indicador, fuente de información y responsables por cada meta presentada.
Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE CIRUGÍA INFANTIL 2016
Metas aprobadas por: Dra. Vanessa Muñoz R, médico jefe Servicio Cirugía Infantil. EU Jessica Álvarez C, supervisora Servicio de Pediatría, EU Carolina Urrutia O, Encargada de Calidad.
Registrar metas de la Unidad por año: **2016** 1. Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación de paciente. 2. Alcanzar un 95% de cumplimiento en la higienización de manos. 3. Lograr que en el 90% de los pacientes se les aplique el documento de consentimiento informado según procedimiento. Las metas de calidad están enumeradas en una tabla donde se describen: Actividades, indicador/umbral y periodicidad, fórmula de indicador, fuente de información y responsables por cada meta presentada. Se constatan metas por cada año evaluado, se da por cumplido el elemento medible.
Ped.
Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE PEDIATRÍA 2019
Metas aprobadas por: Dr. Antonio Cárdenas T, médico jefe Servicio Pediatría. EU Jessica Álvarez C, supervisora Servicio de Pediatría.
Registrar metas de la Unidad por año: **2019** 1. Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación de paciente según procedimiento. 2. Alcanzar un 95% de cumplimiento en la higienización de manos según procedimiento. 3. Alcanzar un 90% de cumplimiento en el uso de los componentes estándar en pacientes hospitalizados con aislamiento. Las metas de calidad están enumeradas en una tabla donde se describen: Actividades, indicador/umbral y periodicidad, fórmula de indicador, fuente de información y responsables por cada meta presentada
Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE PEDIATRÍA 2018
Metas aprobadas por: Dr. Antonio Cárdenas T, médico jefe Servicio Pediatría. EU Jessica Álvarez C, supervisora Servicio de Pediatría, EU. Jessica Romero F, encargada Calidad Pediatría.
Registrar metas de la Unidad por año: **2018** 1. Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación de paciente según procedimiento. 2. Alcanzar un 95% de cumplimiento en la higienización de manos según procedimiento. 3. Alcanzar un 90% de cumplimiento en el uso de los componentes estándar en pacientes hospitalizados con aislamiento. Las metas de calidad están enumeradas en una tabla donde se describen: Actividades, indicador/umbral y periodicidad, fórmula de indicador, fuente de información y responsables por cada meta presentada.
Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE PEDIATRÍA 2017
Metas aprobadas por: Dr. Antonio Cárdenas T, médico jefe Servicio Pediatría. EU Jessica Álvarez C, supervisora Servicio de Pediatría, EU. Jessica Romero F, encargada Calidad Pediatría.
Registrar metas de la Unidad por año: **2017** 1. Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación del paciente. 2. Alcanzar un 95% de cumplimiento en la higienización de manos. 3. Alcanzar un 95% de cumplimiento en la toma de urocultivo. 4. Alcanzar un 100% de cumplimiento en almacenamiento de material estéril. Las metas de calidad están enumeradas en una tabla donde se describen: Actividades, indicador/umbral y periodicidad, fórmula de indicador, fuente de información y responsables por cada meta presentada.
Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE PEDIATRÍA 2016

Metas aprobadas por: Dr. Antonio Cárdenas T, médico jefe de Servicio.
EU Jessica Álvarez C, supervisora Servicio de Pediatría, EU Carolina Urrutia O, encargada de Calidad.

Registrar metas de la Unidad por año: **2016**

1. Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación de paciente según procedimiento.
2. Alcanzar un 90% de cumplimiento en la administración de medicamentos endovenosos según procedimiento.
3. Alcanzar un 95% de cumplimiento en la higienización de manos según procedimiento.
4. Alcanzar un 90% de cumplimiento del uso de los componentes de las precauciones estándar en pacientes hospitalizados con aislamiento de contacto.

Las metas de calidad están enumeradas en una tabla donde se describen: Actividades, indicador/umbral y periodicidad, fórmula de indicador, fuente de información y responsables por cada meta presentada.

Se constatan metas por cada año evaluado., se da por cumplido el elemento medible.

Neo

Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE NEONATOLOGÍA 2019

Metas aprobadas por: Dr. Marcelo Sepúlveda A, médico jefe Neonatología.
MT. Marcela Rojo V, supervisora y encargada de calidad Neonatología.
No está firmado por la unidad, sólo está el timbre

Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Lograr que el 100% de los pacientes se encuentren identificados según procedimiento.
2. Lograr que el 95% de los pacientes se le administre medicamento EV según procedimiento.
3. Lograr un 95% de cumplimiento en la higienización de manos según norma.

Las metas de calidad están enumeradas en una tabla donde se describen: Actividades, indicador/umbral y periodicidad, fórmula de indicador, fuente de información y responsables por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE NEONATOLOGÍA 2018

Metas aprobadas por: Dr. Marcelo Sepúlveda A, médico jefe Neonatología.
MT. Ximena Haro S, encargada de calidad Neonatología.

Registrar metas de la Unidad por año: **2018**

1. Lograr que el 100% de los pacientes se encuentren identificados según procedimiento.
2. Lograr que el 95% de los pacientes se le administre medicamento EV según procedimiento.
3. Lograr un 95% de cumplimiento en la higienización de manos según norma.

Las metas de calidad están enumeradas en una tabla donde se describen: Actividades, indicador/umbral y periodicidad, fórmula de indicador, fuente de información y responsables por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA. METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE NEONATOLOGÍA 2017

Metas aprobadas por: Dr. Marcelo Sepúlveda A, médico jefe Neonatología.
MT. Ximena Haro S, encargada de calidad Neonatología.

Registrar metas de la Unidad por año: **2017**

1. Lograr que el 100% de los pacientes se encuentren identificados según procedimiento.
2. Lograr que en el 90% de los pacientes se administre correctamente los medicamentos según medidas de prevención de error de medicación.
3. Lograr que el 95% de los pacientes se le administre medicamento EV según procedimiento.
4. Lograr un 95% de cumplimiento en la higienización de manos según norma.

Las metas de calidad están enumeradas en una tabla donde se describen: Actividades, indicador/umbral y periodicidad, fórmula de indicador, fuente de información y responsables por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE NEONATOLOGÍA 2016

Metas aprobadas por: Dr. Marcelo Sepúlveda A, médico jefe Neonatología.
MT. Ximena Haro S, encargada de calidad Neonatología.

Registrar metas de la Unidad por año: **2016**

1. Lograr que el 100% de los pacientes se encuentren identificados según procedimiento.
2. Lograr que en el 90% de los pacientes se administre correctamente los medicamentos según medidas de prevención de error de medicación.
3. Lograr que el 95% de los pacientes se le administre medicamento EV según procedimiento.
4. Lograr un 95% de cumplimiento en la higienización de manos según norma.

Las metas de calidad están enumeradas en una tabla donde se describen: Actividades, indicador/umbral y periodicidad, fórmula de indicador, fuente de información y responsables por cada meta presentada.

Se constatan metas por cada año evaluado, se da por cumplido el elemento medible.

Obst-gine

Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL 2019 UNIDAD ASISTENCIAL OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.

Metas aprobadas por:
Mt. Marly Maizares del Pino, Supervisora y Encargada de Calidad Obstetricia y Ginecología;
Dr. Francisco Bueno N. Médico Jefe Servicio Obstetricia y Ginecología.

Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Lograr un 85% de cumplimiento en la mantención de vías venosas periféricas según procedimiento.
2. Lograr que el 95% de las pacientes operadas de cesárea cumplan con los criterios para su indicación según protocolo.
3. Lograr que el 95% de las pacientes que ingresan a la unidad cumplan con la correcta identificación según procedimiento.
4. Lograr que el 95% de los pacientes hospitalizados clasificados en riesgo moderado y alto se le aplique las medidas de prevención de caídas según procedimiento.
5. Lograr que el 90% del personal que trabaja en la unidad cumpla con la correcta higienización de manos según procedimiento.

Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL 2018 UNIDAD ASISTENCIAL OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.

Metas aprobadas por: MT. Marly Maizares del Pino, Supervisora y Encargada de Calidad Obstetricia y Ginecología;
Dr. Francisco Bueno N., Médico Jefe Servicio Obstetricia y Ginecología.

Registrar metas de la Unidad por año: **2018**

1. Lograr un 85% de cumplimiento en la mantención de vías venosas periféricas según procedimiento.
2. Lograr que el 95% de las pacientes operadas de cesárea cumplan con los criterios para su indicación según protocolo.
3. Lograr que el 95% de las pacientes que ingresan a la unidad cumplan con la correcta identificación según procedimiento.
4. Lograr que el 95% de los pacientes hospitalizados clasificados en riesgo moderado y alto se le aplique las medidas de prevención de caídas según procedimiento.
5. Lograr que el 90% del personal que trabaja en la unidad cumpla con la correcta higienización de manos según procedimiento.

Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL 2017 UNIDAD ASISTENCIAL OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.

Metas aprobadas por: Dayanna Hernández González – Encargada de Calidad Mat. Supervisora de Hospitalización Servicio de Obstetricia y Ginecología; Dr. Francisco Bueno Natusch – Médico Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología.

Registrar metas de la Unidad por año: **2017**

1. Lograr que el 85% de los alumnos realicen solo las actividades y/o procedimientos establecidos en la unidad.
2. Lograr un 85% de cumplimiento en la mantención de vías venosas periféricas según procedimiento.
3. Lograr que el 95% de las pacientes operadas de cesárea cumplan con los criterios para su indicación según protocolo.
4. Lograr que el 95% de las pacientes que ingresan a la unidad cumplan con la correcta identificación según procedimiento.
5. Lograr que el 95% de los pacientes hospitalizados clasificados en riesgo moderado y alto se le aplique las medidas de prevención de caídas según procedimiento.
6. Lograr que el 90% del personal que trabaja en la unidad cumpla con la correcta higienización de manos según procedimiento.

Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL 2016 UNIDAD ASISTENCIAL OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Metas aprobadas por: Dayanna Hernández González – Encargada de Calidad Mat. Supervisora de Hospitalización Servicio de Obstetricia y Ginecología; Dr. Aliro Bolados Castillo – Médico Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología.

Registrar metas de la Unidad por año: **2016**

1. Lograr que el 85% de los alumnos realicen solo las actividades y/o procedimientos establecidos en la unidad.
2. Lograr un 85% de cumplimiento en la mantención de vías venosas periféricas según procedimiento.
3. Lograr que el 95% de las pacientes operadas de cesárea cumplan con los criterios para su indicación según protocolo.
4. Lograr que el 95% de las pacientes que ingresan a la unidad cumplan con la correcta identificación según procedimiento.
5. Lograr que el 95% de los pacientes hospitalizados clasificados en riesgo moderado y alto se le aplique las medidas de prevención de caídas según procedimiento.
6. Lograr que el 90% del personal que trabaja en la unidad cumpla con la correcta higienización de manos según procedimiento.

Se constatan metas por cada año evaluado., se da por cumplido el elemento medible.

URG

Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE EMERGENCIA 2019.

Metas aprobadas por: Dr. Víctor Litardo Plaza, médico jefe unidad de emergencia; Karen Alvarado Clavel, enfermera supervisora unidad de emergencia.

Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Lograr que el 90% del personal de la unidad de emergencia, realice de forma correcta la higienización de manos, según procedimiento establecido.
2. Lograr que el 90% de los tratamientos endovenosos administrados, cumplan con las medidas de prevención para evitar errores de medicación.
3. Lograr que el 80% de los registros clínicos de la unidad de emergencia (DAU), cumplan con los datos mínimos.

Observaciones:
1. Prestador no cuenta con resolución de designación de encargada de calidad a nombre de Viviana Cortes Terceros. Existe una vacancia del responsable de calidad, para el periodo comprendido entre los años 2016 y 2017.
2. El servicio de Urgencia es idiferenciado, atiende adulto, pediátrico y obstétrico, bajo un solo servicio.

Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE EMERGENCIA 2018.

Metas aprobadas por: Dr. Víctor Litardo Plaza, médico jefe unidad de emergencia; Karen Alvarado Clavel, enfermera supervisora unidad de emergencia; Marcela Monardez, enfermera encargada de calidad unidad de emergencia.

Registrar metas de la Unidad por año: **2018**

1. Lograr que el 90% del personal de la unidad de emergencia, realice de forma correcta la higienización de manos, según

procedimiento establecido.
2. Lograr que el 90% de los tratamientos endovenosos administrados, cumplan con las medidas de prevención para evitar errores de medicación.
3. Lograr que el 80% de los registros clínicos de la unidad de emergencia (DAU), cumplan con los datos mínimos.

Observaciones:
3. Prestador no cuenta con resolución de designación de encargada de calidad a nombre de Viviana Cortes Terceros. Existe una vacancia del responsable de calidad, para el periodo comprendido entre los años 2016 y 2017.
4. El servicio de Urgencia es idiferenciado, atiende adulto, pediátrico y obstétrico, bajo un solo servicio.

Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE EMERGENCIA 2017.

Metas aprobadas por: Dr. Víctor Litardo Plaza, médico jefe unidad de emergencia; Mónica González Barra, enfermera supervisora unidad de emergencia; Viviana Cortes Terceros, enfermera de calidad unidad de emergencia.

Registrar metas de la Unidad por año: **2017**

1. Lograr la atención del 100% de pacientes C1 adultos, que consultan en el servicio de urgencia HCRA, dentro de los primeros 5 minutos, estimados según protocolo.
2. Lograr la atención del 90% de pacientes C2 adultos, que consultan en el servicio de urgencia HCRA, dentro de los primeros 30 minutos, estimados según protocolo.
3. Lograr la atención del 100% de pacientes C1 pediátricos, que consultan en el servicio de urgencia HCRA, dentro de los primeros 5 minutos, estimados según protocolo.
4. Lograr la atención del 90% de pacientes C2 pediátricos, que consultan en el servicio de urgencia HCRA, dentro de los primeros 30 minutos, estimados según protocolo.
5. Lograr 100% de almacenamiento y manejo de material estéril de acuerdo a la norma institucional.
6. Lograr que el 90% del personal de la unidad de emergencia, realice de forma correcta la higienización de manos, según procedimiento establecido.
7. Lograr que el 90% de los tratamientos endovenosos administrados, cumplan con las medidas de prevención para evitar errores de medicación.
8. Lograr que el 90% de los tratamientos endovenosos administrados, en el servicio de urgencia, se administren según procedimiento.
9. Lograr que el 80% de los registros clínicos de la unidad de emergencia (DAU), cumplan con los datos mínimos.
10. Lograr que el 80% de los registros clínicos de la unidad de emergencia (ingreso médico), cumplan con los datos mínimos.

Observaciones:
5. Prestador no cuenta con resolución de designación de encargada de calidad a nombre de Viviana Cortes Terceros. Existe una vacancia del responsable de calidad, para el periodo comprendido entre los años 2016 y 2017.
6. El servicio de Urgencia es idiferenciado, atiende adulto, pediátrico y obstétrico, bajo un solo servicio.

Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE EMERGENCIA 2016.

Metas aprobadas por: Dra. Gladys Núñez Venegas, médico jefe unidad de emergencia; Mónica González Barra, enfermera supervisora unidad de emergencia; Viviana Cortes Terceros, enfermera de calidad unidad de emergencia.

Registrar metas de la Unidad por año: **2016**

1. Lograr la atención del 100% de pacientes C1 adultos, que consultan en el servicio de urgencia HCRA, dentro de los primeros 5 minutos, estimados según protocolo.
2. Lograr la atención del 90% de pacientes C2 adultos, que consultan en el servicio de urgencia HCRA, dentro de los primeros 30 minutos, estimados según protocolo.
3. Lograr la atención del 100% de pacientes C1 pediátricos, que consultan en el servicio de urgencia HCRA, dentro de los primeros 5 minutos, estimados según protocolo.
4. Lograr la atención del 90% de pacientes C2 pediátricos, que consultan en el servicio de urgencia HCRA, dentro de los primeros 30 minutos, estimados según protocolo.
5. Lograr 100% de almacenamiento y manejo de material estéril de acuerdo a la norma institucional.
6. Lograr que el 90% del personal de la unidad de emergencia, realice de forma correcta la higienización de manos, según procedimiento establecido.
7. Lograr que el 90% de los tratamientos endovenosos administrados, cumplan con las medidas de prevención para evitar errores de medicación.
8. Lograr que el 90% de los tratamientos endovenosos administrados, en el servicio de urgencia, se administren según procedimiento.
9. Lograr que el 80% de los registros clínicos de la unidad de emergencia (DAU), cumplan con los datos mínimos.
10. Lograr que el 80% de los registros clínicos de la unidad de emergencia (ingreso médico), cumplan con los datos mínimos.

Observaciones:
7. Prestador no cuenta con resolución de designación de encargada de calidad a nombre de Viviana Cortes Terceros. Existe una vacancia del responsable de calidad, para el periodo comprendido entre los años 2016 y 2017.
8. El servicio de Urgencia es idiferenciado, atiende adulto, pediátrico y obstétrico, bajo un solo servicio.

Se constatan metas por cada año evaluado, se da por cumplido el elemento medible.

APL

Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD LABORATORIO CLÍNICO HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA AÑO **2019**

Metas aprobadas por: TM. Maykol Araya

Registrar metas de la Unidad por año:

1. Elaborar el 100% de los planes de mejora por resultados PEEC insatisfactorios según procedimiento.

2. Alcanzar un 90% de cumplimiento de los valores críticos con notificación exitosa en laboratorio clínico

Nombre documento de metas: METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD LABORATORIO CLÍNICO HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA AÑO **2018**

Metas aprobadas por: TM. Maykol Araya

Registrar metas de la Unidad por año:

1. Elaborar el 100% de los planes de mejora por resultados PEEC insatisfactorios según procedimiento.
2. Alcanzar un 90% de cumplimiento de los valores críticos con notificación exitosa en laboratorio clínico

Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD LABORATORIO CLÍNICO HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA AÑO **2017**

Metas aprobadas por: Dr. Freddy Roach

Registrar metas de la Unidad por año:

1. Alcanzar un 80% de cumplimiento en las actividades de calidad programadas para el año 2017 en las siguientes actividades:
- Evaluación resultados PEEC.
- Vigilar factor que interfiere en rendimiento de los hemocultivos.
- Evaluar concordancia de tinciones realizadas a hemocultivos y cultivos de líquidos estériles inoculados en medio líquido positivos con resultado final del cultivo.
- Vigilar la disponibilidad de reactivos e insumos en laboratorio.

Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD LABORATORIO CLÍNICO HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA AÑO **2017**

Metas aprobadas por: Dr. Freddy Roach

Registrar metas de la Unidad por año:

1. Alcanzar un 80% de cumplimiento en las actividades de calidad programadas para el año 2017 en las siguientes actividades:
- Evaluación resultados PEEC.
- Vigilar factor que interfiere en rendimiento de los hemocultivos.
- Evaluar concordancia de tinciones realizadas a hemocultivos y cultivos de líquidos estériles inoculados en medio líquido positivos con resultado final del cultivo.
- Vigilar la disponibilidad de reactivos e insumos en laboratorio.

Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD LABORATORIO CLÍNICO HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA AÑO **2016**

Metas aprobadas por: Dra. Natalia Valenzuela

Registrar metas de la Unidad por año:

1. Alcanzar un 80% de cumplimiento en las actividades de calidad programadas para el año **2016** en las siguientes actividades:
- Evaluación resultados PEEC.
- Vigilar factor que interfiere en rendimiento de los hemocultivos.
- Evaluar concordancia de tinciones realizadas a hemocultivos y cultivos de líquidos estériles inoculados en medio líquido positivos con resultado final del cultivo.
- Vigilar la disponibilidad de reactivos e insumos en laboratorio.

Se constatan metas por cada año evaluado, se da por cumplido el elemento medible.

APF

Nombre documento de metas: METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD CENTRAL DE FARMACIA 2019

Metas aprobadas por: QF. Rosana Ramos, jefe servicio unidad de farmacia. QF. Sandra Trujillo, encargada de calidad unidad de farmacia. Lizzett Rodríguez, encargada de calidad logística farmacia.

Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Reponer el 100% de los medicamentos pertenecientes al stock mínimo, solicitados por las unidades críticas según procedimiento.
2. Reponer el 100% de los insumos pertenecientes al stock mínimo, solicitados por las unidades críticas según procedimiento.

Las metas se encuentran consignadas en una tabla que contiene las siguientes columnas: metas, actividades, indicadores/umbral y periodicidad, fórmula del indicador, fuente de información, responsables.

Registrar metas de la Unidad por año: **2018**

1. Reponer el 100% de los medicamentos pertenecientes al stock mínimo, solicitados por las unidades críticas según procedimiento.
2. Reponer el 100% de los insumos pertenecientes al stock mínimo, solicitados por las unidades críticas según procedimiento.

Las metas se encuentran consignadas en una tabla que contiene las siguientes columnas: metas, actividades, indicadores/umbral y periodicidad, fórmula del indicador, fuente de información, responsables.

Registrar metas de la Unidad por año: **2017**

1. Reponer el 100% de los medicamentos pertenecientes al stock mínimo, solicitados por las unidades críticas según procedimiento.
2. Reponer el 100% de los insumos pertenecientes al stock mínimo, solicitados por las unidades críticas según procedimiento.
3. Lograr que el 100% de los eventos adversos detectados en unidad de farmacia sean notificados según procedimiento.
4. Lograr el cumplimiento del correcto almacenamiento de los insumos médicos en el 100% de las unidades críticas.

Las metas se encuentran consignadas en una tabla que contiene las siguientes columnas: metas, actividades, indicadores/umbral y periodicidad, fórmula del indicador, fuente de información, responsables.

Registrar metas de la Unidad por año: **2016**

1. Reponer el 100% de los medicamentos pertenecientes al stock mínimo, solicitados por las unidades críticas según procedimiento.
2. Reponer el 100% de los insumos pertenecientes al stock mínimo, solicitados por las unidades críticas según procedimiento.
3. Lograr que el 100% de los eventos adversos detectados en unidad de farmacia sean notificados según procedimiento.
4. Lograr el cumplimiento del correcto almacenamiento de los insumos médicos en el 100% de las unidades críticas.

Las metas se encuentran consignadas en una tabla que contiene las siguientes columnas: metas, actividades, indicadores/umbral y periodicidad, fórmula del indicador, fuente de información, responsables.

Se constatan metas por cada año evaluado, se da por cumplido el elemento medible

APE

Nombre documento de metas: METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA (ESTERILIZACIÓN)

Metas aprobadas por: No consigna

Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Alcanzar un 100% de controles biológicos rápidos equipos esterilizadores autoclave y óxido de etileno.
2. Alcanzar un 100% de controles biológicos negativos en material implantable.
3. Procesar el 100% de los endoscopios en desinfección de alto nivel (DAN) con Orthoftaldehído (OPA) según procedimiento.

Las metas se encuentran consignadas en una tabla que contiene las siguientes columnas: metas, actividades, indicadores/umbral y periodicidad, fórmula del indicador, fuente de información, responsables.

Registrar metas de la Unidad por año: **2018**

1. Alcanzar un 100% de controles biológicos rápidos equipos esterilizadores autoclave y óxido de etileno.
2. Alcanzar un 100% de controles biológicos negativos en material implantable.
3. Procesar el 100% de los endoscopios en desinfección de alto nivel (DAN) con Orthoftaldehído (OPA) según procedimiento.
4. Lograr un 100% de efectividad aprobada al test de Orthoftaldehído (OPA).
5. Que el 100% de las unidades clínicas obligatorias, cumplan con el almacenamiento y manejo de material estéril según procedimiento.

Las metas se encuentran consignadas en una tabla que contiene las siguientes columnas: metas, actividades, indicadores/umbral y periodicidad, fórmula del indicador, fuente de información, responsables.

Registrar metas de la Unidad por año: **2017**

1. Alcanzar un 100% de controles biológicos rápidos equipos esterilizadores autoclave y óxido de etileno.
2. Alcanzar un 100% de controles biológicos negativos en material implantable.
3. Procesar el 100% de los endoscopios en desinfección de alto nivel (DAN) con Orthoftaldehído (OPA) según procedimiento.

Las metas se encuentran consignadas en una tabla que contiene las siguientes columnas: metas, actividades, indicadores/umbral y periodicidad, fórmula indicadora, fuente de información, responsable.

Registrar metas de la Unidad por año: **2016**

1. Alcanzar un 100% de controles biológicos rápidos equipos esterilizadores autoclave y óxido de etileno.
2. Que el 100% de las unidades clínicas obligatorias, cumplan con el almacenamiento y manejo de material estéril según procedimiento.

Las metas se encuentran consignadas en una tabla que contiene las siguientes columnas: metas, actividades, indicadores/umbral y periodicidad, fórmula del indicador, fuente de información, responsable.

Por la información tenida a la vista, se da por cumplido el elemento medible.

APD

Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE DIÁLISIS AÑO 2019.

Metas aprobadas por: Erika Segura, Enfermera encargada de Calidad de unidad Diálisis.
Ana Bacarrezza, enfermera supervisora unidad de diálisis.
Julio Caamaño, médico jefe unidad de diálisis.

Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Lograr que el 90% de filtros reutilizados se realicen de acuerdo al procedimiento.
2. Lograr un 95% de cumplimiento de registros completos, con información según procedimientos.
3. Lograr un 95% de cumplimiento en la higienización de manos según procedimiento.
4. Lograr que el 100% de la muestra de agua tomadas para el control químico y microbiológico cumpla con la normativa vigente, decreto N° 45 sobre centros de diálisis.

El documento registra, objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad. Fórmula, fuente de información, responsables y observaciones por cada meta.

Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE DIÁLISIS AÑO 2018

Metas aprobadas por: Erika Segura, Enfermera de Calidad de unidad de Diálisis.

Ana Bacarrezza, enfermera supervisora de unidad de diálisis.
Julio Caamaño, médico jefe de unidad de diálisis.

Registrar metas de la Unidad por año **2018**

1. Lograr que el 90% de filtros reutilizados se realicen de acuerdo al procedimiento.
2. Lograr un 95% de cumplimiento de registros completos, con información según procedimientos.
3. Lograr un 95% de cumplimiento en la higienización de manos según procedimiento.
4. Lograr que el 100% de las muestras de agua tomadas para el control químico y microbiológico cumpla con la normativa vigente, decreto N° 45 sobre centros de diálisis.

El documento registra, objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad. Fórmula, fuente de información, responsables y observaciones por cada meta.

Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD UNIDAD DE DIÁLISIS AÑO 2017.

Metas aprobadas por: Erika Segura, Enfermera encargada de Calidad de Diálisis.
Ana Bacarrezza, enfermera supervisora de diálisis.
Ruth Solís, médico jefe de diálisis.

Registrar metas de la Unidad por año **2017**

1. Lograr que el 90% de filtros reutilizados se realicen de acuerdo al procedimiento.
2. Lograr un 95% de cumplimiento de registros completos, con información según procedimientos.
3. Lograr un 95% de cumplimiento en la higienización de manos según procedimiento.
4. Lograr que el 100% de las muestras de agua tomadas para el control químico y microbiológico cumpla con el decreto oficial del MINSAL del 31/14/94 N° 2357 (reglamentos sobre centros de diálisis).

El documento registra, objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad. Fórmula, fuente de información, responsables y observaciones por cada meta.

Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD UNIDAD DE DIÁLISIS AÑO 2016.

Metas aprobadas por: Erika Segura, Enfermera encargada de Calidad de Diálisis.
Ana Bacarrezza, enfermera supervisora de diálisis.
Ruth Solís, médico jefe de diálisis.

Registrar metas de la Unidad por año **2016**

1. Lograr que el 90% de filtros reutilizados se realicen de acuerdo al procedimiento.
2. Lograr un 95% de cumplimiento de registros completos, con información según procedimientos.
3. Lograr un 95% de cumplimiento en la higienización de manos según procedimiento.
4. Lograr que el 100% de las muestras de agua tomadas para el control químico y microbiológico cumpla con el decreto oficial del MINSAL del 31/14/94 N° 2357 (reglamentos sobre centros de diálisis).

El documento registra, objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad. Fórmula, fuente de información, responsables y observaciones por cada meta.

Se constatan metas por cada año evaluado, se da por cumplido el elemento medible.

APA

Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES Y DE APOYO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA 2019

Metas aprobadas por: Dr. Hugo Benítez Cáceres, médico jefe de la Unidad de Anatomía Patológica.
TM Roxana Parra Lara, Supervisora Unidad Anatomía Patológica

Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Lograr que el porcentaje de biopsias diferidas rechazadas sea inferior al 2%.
2. Lograr que el 75% de las biopsias tipo 1, sean entregados en un periodo de 7 días hábiles.
3. Lograr que el 99% de entrega de notificaciones con valores críticos sean en un plazo menor a 3 días hábiles.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad, formula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE APOYO ANATOMÍA PATOLÓGICA 2018

Metas aprobadas por: Dr. Hugo Benítez Cáceres, médico jefe de la Unidad de Anatomía Patológica.
TM Roxana Parra Lara, Supervisora Unidad Anatomía Patológica

Registrar metas de la Unidad por año: **2018**

1. Lograr que el porcentaje de biopsias diferidas rechazadas sea inferior al 2%.
2. Lograr que el 75% de las biopsias tipo 1, sean entregados en un periodo de 7 días hábiles.
3. Lograr que el 99% de entrega de notificaciones con valores críticos sean en un plazo menor a 3 días hábiles.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad, formula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE APOYO ANATOMÍA PATOLÓGICA 2017

Metas aprobadas por: Dr. Hugo Benítez Cáceres, médico jefe de la Unidad de Anatomía Patológica.
TM Roxana Parra Lara, Supervisora Unidad Anatomía Patológica

Registrar metas de la Unidad por año: **2017**

1. Lograr que el porcentaje de biopsias diferidas rechazadas sea inferior a 3%.
2. Lograr que el 75% de las biopsias tipo 1, sean entregados en un periodo de 7 días hábiles.
3. Lograr que el 95% de entrega de notificaciones con valores críticos sean en un plazo menor a 3 días hábiles.

Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE APOYO ANATOMÍA PATOLÓGICA 2016

Metas aprobadas por: Dr. Hugo Benítez Cáceres, médico jefe de la Unidad de Anatomía Patológica.
TM Roxana Parra Lara, Supervisora Unidad Anatomía Patológica

Registrar metas de la Unidad por año: **2016**

1. Ejecutar planes de mejora para el 100% de los eventos adversos notificados.
2. Lograr que el porcentaje de biopsias diferidas rechazadas sea inferior al 3%.
3. Lograr que el 75% de las biopsias tipo 1, sean entregados en un periodo de 7 días hábiles.
4. Lograr que el 95% de entrega de notificaciones con valores críticos sean en un plazo menor a 3 días hábiles.
5. Alcanzar un 90% de congruencia por paciente entre el N° de muestra endoscópicas.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad, formula, fuente de información, responsable y observaciones por cada meta presentada.

Observaciones:
1. Las metas definidas por año se han mantenido en el mismo valor alcanzable y relacionado con valores alcanzables.
- Lograr que el porcentaje de biopsias diferidas rechazadas sea inferior al 2% (2019 y 2018)
- Lograr que el 75% de las biopsias tipo 1, sean entregados en un periodo de 7 días hábiles (2019, 2018, 2017 y 2016).
- Lograr que el 99% de entrega de notificaciones con valores críticos sean en un plazo menor a 3 días hábiles (2019 y 2018).
- Lograr que el 95% de entrega de notificaciones con valores críticos sean en un plazo menor a 3 días hábiles (2017 y 2016).
  Se constatan metas por cada año evaluado.

Se da por cumplido el elemento medible.

APQ 1

Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA ADULTO 2019

Metas aprobadas por: Dra. Ángela Estay, Médico Jefe Unidad Quimioterapia Adulto; EU Janis Orellana, Supervisora Unidad de Quimioterapia Adulto; EU Bianka Tomasevic. Encargada de calidad Unidad de Quimioterapia Adulto

Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Lograr que el 100% de los pacientes se le administre los medicamentos antineoplásicos según procedimiento.
2. Lograr el 90% de cumplimiento en el lavado de manos de funcionarios de la Unidad de Quimioterapia.

Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA ADULTO 2018

Metas aprobadas por: Dra. Ángela Estay, Médico Jefe Unidad Quimioterapia Adulto; EU Janis Orellana, Supervisora Unidad de Quimioterapia Adulto; EU Valeria Gallardo, Enfermera Encargada Unidad de Quimioterapia

Registrar metas de la Unidad por año: **2018**

1. Lograr que el 100% de los pacientes se le administre los medicamentos antineoplásicos según procedimiento.
2. Lograr el 90% de cumplimiento en el lavado de manos de funcionarios de la Unidad de Quimioterapia.

Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA ADULTO 2017

Metas aprobadas por: Dra. Ángela Estay, Jefe Unidad de Quimioterapia Adulto; EU Valeria Gallardo, Enfermera Encargada Unidad de Quimioterapia

Registrar metas de la Unidad por año: **2017**

1. Lograr que el 100% de los pacientes se le administre los medicamentos antineoplásicos según procedimiento.
2. Alcanzar el 100% en la disposición y eliminación de desechos de medicamentos antineoplásicos según procedimiento.
3. Lograr el 90% de cumplimiento en el lavado de manos de funcionarios de la Unidad de Quimioterapia.

Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA ADULTO 2016

Metas aprobadas por: Dra. Ángela Estay, Jefe Unidad de Quimioterapia Adulto; EU Valeria Gallardo, Enfermera Encargada Unidad de Quimioterapia

Registrar metas de la Unidad por año: **2016**

1. Lograr que el 100% de los pacientes se le administre los medicamentos antineoplásicos según procedimiento.
2. Alcanzar el 100% en la disposición y eliminación de desechos de medicamentos antineoplásicos según procedimiento.
3. Lograr el 90% de cumplimiento en el lavado de manos de funcionarios de la Unidad de Quimioterapia.

Observaciones:
1. Prestador define la misma meta 1 de calidad de APQ adulto los 4 años consecutivos, estableciendo el mismo indicador, con diferente umbral de cumplimiento.

Se constatan metas por cada año evaluado, se da por cumplido el elemento medible.

APQ 2

Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE ONCOLOGÍA INFANTIL 2019

Metas aprobadas por: EU Jesica Álvarez, Supervisora Unidad de Quimioterapia Infantil; EU Carla Vega Encargada de calidad Unidad de Quimioterapia Infantil

Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Alcanzar un 90% de cumplimiento de administración de quimioterapia según procedimiento.
2. Alcanzar un 95% de cumplimiento en el tratamiento de quimioterapia según procedimiento.

3. Alcanzar un 95% de cumplimiento en la higienización de manos según procedimiento.
Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE ONCOLOGÍA INFANTIL 2018
Metas aprobadas por: Dra. Tamara Inostroza, Médico jefe unidad de Quimioterapia Infantil; EU. Jesica Álvarez, Supervisora Unidad de Quimioterapia Infantil; EU Carla Vega, Encargada de calidad Unidad de Quimioterapia Infantil
Registrar metas de la Unidad por año: **2018** 1. Alcanzar un 90% de cumplimiento de administración de quimioterapia según procedimiento. 2. Alcanzar un 95% de cumplimiento en el tratamiento de quimioterapia según procedimiento. 3. Alcanzar un 95% de cumplimiento en la higienización de manos según procedimiento.
Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE ONCOLOGÍA INFANTIL 2017
Metas aprobadas por: Jesica Álvarez Cisterna, Jefe de Servicio; Romyna Aguilar Veliz, Enfermera encargada calidad.
Registrar metas de la Unidad por año: **2017** 1. Alcanzar un 95% de cumplimiento de administración de quimioterapia según procedimiento. 2. Alcanzar un 90% de cumplimiento en el tratamiento de quimioterapia según procedimiento. 3. Alcanzar un 95% de cumplimiento en la higienización de manos según procedimiento.
Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE ONCOLOGÍA INFANTIL 2016
Metas aprobadas por: Dra. Tamara Inostroza C., Jefe de Servicio; Romyna Aguilar Veliz, Enfermera encargada de calidad.
Registrar metas de la Unidad por año: **2016** 1. Alcanzar un 95% de cumplimiento de administración de quimioterapia según procedimiento. 2. Alcanzar un 90% de cumplimiento en el tratamiento de quimioterapia según procedimiento. 3. Alcanzar un 95% de cumplimiento en la higienización de manos según procedimiento. **Observaciones:** 1. Prestador define la misma meta 3 de calidad de APQ infantil los 4 años consecutivos, estableciendo los mismos indicadores y umbrales de cumplimiento las metas 1 y 2 se repiten dos años consecutivos, modificando el umbral de cumplimiento. 2. Se constatan metas por cada año evaluado. Se constatan metas por cada año evaluado., se da por cumplido el elemento medible.
API
Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE APOYO IMAGENOLOGÍA 2019.
Metas aprobadas por: Dra. Carolina Velásquez Díaz, médico jefe unidad imagenología.
Registrar metas de la Unidad por año: **2019** 1. Alcanzar un 95% de cumplimiento en las notificaciones de resultados críticos en imagenología. 2. Al menos el 90% de los pacientes sometidos a procedimientos radiológicos invasivos con uso de contraste, sedación y/o anestesia, se les aplique las medidas de prevención de eventos adversos según procedimiento. 3. Cumplir con el umbral de 90% de solicitud de exámenes de imagenología con datos completos según procedimiento por unidad.
Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE APOYO IMAGENOLOGÍA 2018.
Metas aprobadas por: Dr. Carolina Velásquez Díaz, médico jefe unidad imagenología.
Registrar metas de la Unidad por año: **2018** 1. Alcanzar un 95% de cumplimiento en las notificaciones de resultados críticos en imagenología. 2. Al menos el 90% de los pacientes sometidos a procedimientos radiológicos invasivos con uso de contraste, sedación y/o anestesia, se les aplique las medidas de prevención de eventos adversos según procedimiento. 3. Cumplir con el umbral de 90% de solicitud de exámenes de imagenología con datos completos según procedimiento por unidad.
Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE APOYO IMAGENOLOGÍA 2017.
Metas aprobadas por: Dr. Marcelo Ávila Jaramillo, médico jefe unidad apoyo imagenología.
Registrar metas de la Unidad por año: **2017** 1. Cumplir con el umbral de 91% en prevención de eventos adversos asociados a exámenes invasivos, sedación y anestesia. 2. Cumplir con el umbral de 90% de solicitud de exámenes de imagenología, con datos completos según procedimiento, por unidad.
Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE APOYO IMAGENOLOGÍA 2016.
Metas aprobadas por: Dr. Marcelo Ávila Jaramillo, médico jefe unidad apoyo imagenología.
Registrar metas de la Unidad por año: **2016** 1. Alcanzar un 95% de cumplimiento en las notificaciones de resultados críticos en imagenología. 2. Cumplir con el umbral de 91% en prevención de eventos adversos asociados a exámenes invasivos, sedación y anestesia. 3. Cumplir con el umbral de 90% de solicitud de exámenes de imagenología, con datos completos según procedimiento, por unidad. Se constatan metas por cada año evaluado., se da por cumplido el elemento medible.
APDs/ APCs/ APTr
Nombre documento de metas (1): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE BANCO DE SANGRE AÑO 2019
Metas aprobadas por: TM. Ana Cuellar Acevedo, supervisora de unidad de banco de sangre. TM. Jorge Barra Flores, encargado de calidad de banco de sangre.
Registrar metas de la Unidad por año: **2019**

1. Lograr registro de un 100% de reacciones adversas. de acuerdo a PO-UMT-010
2. Evaluación trimestral de correcto llenado de registro de administración de transfusión, (exceptuando pabellones)
3. Evaluación mensual de donaciones de sangre, sin reacciones adversas.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad. Formula, fuente de información, responsables y observaciones por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (2): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE BANCO DE SANGRE AÑO 2018

Metas aprobadas por: TM. Ana Cuellar Acevedo, supervisora de unidad de banco de sangre.
TM. Jorge Barra Flores, encargado de calidad de banco de sangre.
Dra. Natalia Valenzuela Sandoval, medico jefe de banco de sangre.

Registrar metas de la Unidad por año: **2018**

1. Lograr registro de un 100% de reacciones adversas. de acuerdo a PO-UMT-010
2. Evaluación trimestral de correcto llenado de registro de administración de transfusión, (exceptuando pabellones)
3. Evaluación mensual de donaciones de sangre, sin reacciones adversas.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad. Formula, fuente de información, responsables y observaciones por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (3): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE BANCO DE SANGRE AÑO 2017

Metas aprobadas por: Dra. Natalia Valenzuela Sandoval, medico jefe de banco de sangre.
TM. Ana Cuellar Acevedo, supervisora de unidad de banco de sangre.
TM. Jorge Barra Flores, encargado de calidad de banco de sangre.

Registrar metas de la Unidad por año: **2017**

1. Lograr registro de un 100% de reacciones adversas. de acuerdo a PO-UMT-010
2. Evaluación trimestral de correcto llenado de registro de administración de transfusión, (exceptuando pabellones)
3. Evaluación mensual de donaciones de sangre, sin reacciones adversas.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad. Formula, fuente de información, responsables y observaciones por cada meta presentada.

Nombre documento de metas (4): METAS DE CALIDAD ANUAL UNIDAD DE BANCO DE SANGRE AÑO 2016

Metas aprobadas por: Dra. Natalia Valenzuela Sandoval, medico jefe de banco de sangre.
TM. Ana Cuellar Acevedo, supervisora de unidad de banco de sangre.
TM. Jorge Barra Flores, encargado de calidad de banco de sangre.

Registrar metas de la Unidad por año: **2016**

1. Lograr registro de un 100% de reacciones adversas. de acuerdo a PO-UMT-010
2. Lograr que un 80% de los donantes tengan un tiempo de espera no mayor a 30 minutos en proceso de donación, desde la encuesta, hasta el término de la flebotomía en colectas fijas, según PO-UD-04, red PO-CS-02
3. Lograr la conversión de donantes de reposición a donantes voluntarios.
4. Captación de nuevos sitios de colecta móvil.

El documento registra objetivo general, actividades, indicadores, umbral y periodicidad. Formula, fuente de información, responsables y observaciones por cada meta presentada.

Se constatan metas por cada año evaluado., se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA CAL 1.2 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Pje. asig.	P Q	UPC AD	UPC PED	UPC Neo	MED	Cir Adulto	Cir Infantil	PED	NEO	Obs Gie	URG	APL	APF	APE	APD	APR	APA	APQ	API	APDs APCs APTr
1° EM	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2° EM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica:≥ 80%			Puntaje total: 35/40				Porcentaje obtenido: 88%						**Cumple: SI**							

ÁMBITO GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

CARACTERÍSTICA GCL 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

GCL 1.1 - Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de evaluación pre anestésica que considera anestesia general y regional y se han definido los responsables de su aplicación.

Nombre del documento	PROCEDIMIENTO EVALUACIÓN PRE ANESTÉSICA					
N° Resolución: Memorándum N° 15 24-01-2018	Versión: 09	Fecha: Enero 2018				
Elaborado por: Equipo de calidad	Aprobado por: Francisco Bueno Natusch Director Hospital Regional Antofagasta					
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 11				
Considera (SI/NO)	1. Anestesia general	SI	2. Anestesia regional	SI	3. Responsable de la aplicación	SI
Breve descripción del contenido del documento:						

En el documento tenido a la vista, destacan los siguientes contenidos:
En página 2 se describen objetivo, alcance y responsabilidades.
- Aplica a todo paciente que le otorgue anestesia general o regional, a excepción de pacientes en urgencia vital, pacientes en trabajo de parto avanzado.
- El médico anestesista es el responsable de realizar la evaluación preanestésica (EPA) y registrar la información correspondiente en el documento RG-PAB-02-00 (protocolo de evaluación pre anestésica).
- En caso de que el anestesista sea distinto al que efectúo la EPA inmediata, debe validar dicha EPA. Dejando constancia de aquello con firma en el protocolo de EPA.
- La supervisora es responsable de la aplicación de la pauta de supervisión que corrobora que el protocolo de evaluación preanestésica haya sido efectuado de acuerdo a lo indicado en el anexo 2 (Pauta de Supervisión de aplicación de la EPA).

En página 3, punto 4, señala las definiciones, entre otros, consigna lo siguiente:
- **Evaluación preanestésica inmediata:** Es la efectuada al paciente, previo a comenzar la intervención en el quirófano, procedimiento en la unidad que aplique; Debe incluir revisión de la historia clínica u exámenes de laboratorio, breve anamnesis y examen físico dirigido, si aplica. Evalúa el riesgo asociado al procedimiento propuesto y permite escoger la técnica anestésica adecuada. Se registra en protocolo de evaluación preanestésica.
- **ASA**: Instrumento de clasificación de riesgo anestésico quirúrgico, el que contempla 6 categorías (señala cada una de ellas con una breve descripción de la condición del paciente), siendo ASA I "paciente sano" y ASA VI "Paciente con muerte cerebral donante de órganos.
- **Firma**: Para firma de este documento, se considera la escritura gráfica (rúbrica o grafo manuscrito) a que claramente esté definido a lo menos el título y apellido de la persona que firma (Ejemplo: Dr (a) xxx).

En página 5, punto 7, señala la **descripción del proceso**, registrando lo siguiente:
Evaluación pre anestésica en sala:
- El anestesista que realiza esta la evaluación dejará registro de su evaluación y requerimientos en ficha clínica del paciente, esta evaluación no reemplaza la "EPA inmediata" que es realizada en pabellón, aun cando sea el mismo médico anestesista que realice el procedimiento anestésico.
- Se describe el paso a paso de la actividad, la que incluye la recepción de la interconsulta, identificación del paciente, revisión de ficha clínica (antecedentes mórbidos, exámenes de laboratorio y otros tratamiento recibidos), examen físico dirigido cuando aplica, evaluación de riesgo ASA, donde el anestesista debe definir si el paciente está en condiciones de operarse, requiere de mayor preparación (indicaciones de tratamiento) o paciente necesita de exámenes complementarios (solicitud de exámenes complementarios, interconsulta con otros especialistas, consulta con el equipo de anestesia), formulación de requerimientos específicos (hemoderivados, monitoreo invasivo, postoperatorio en unidad de paciente crítico, etc.).

Evaluación preanestésica inmediata:
- Identificación del paciente y verificación de ayuno
- Revisión de ficha clínica (antecedentes mórbidos, exámenes de laboratorio y otros, tratamientos recibidos)
- Examen físico dirigido cuando aplica
- Evaluación de riesgo ASA, donde el anestesista que evalúa debe definir:

1. Paciente en condiciones de operarse
2. Paciente necesita mayor preparación (indicaciones de tratamiento)
3. Paciente necesita exámenes complementarios: solicitud de exámenes, interconsulta con otros especialistas, consulta con el equipo de anestesia)
4. Formulación de requerimientos específicos no definidos previamente (hemoderivados, monitoreo invasivo, post operatorio en unidad de paciente crítico, etc.).

En los casos 2 y 3, la cirugía debe ser reprogramada.
- En página 6, ítem 8, se enuncian los documentos asociados (Ficha clínica y Protocolo de evaluación preanestésica RG-PAB-02-00).
- En página 6, ítem 9, anexo**,** se registra en anexo 1 el "Indicador aplicación del protocolo de evaluación preanestésica) y en anexo 2 la Pauta de supervisión de la aplicación de la EPA.

Observaciones:
1. Documento define los contenidos mínimos a registrar en la página 11, anexo N°2 " pauta de supervisión de aplicación de la EPA", que contiene:
- Nombre/apellido paciente
- Rut o ficha o pasaporte o DAU de paciente
- Fecha
- Diagnóstico quirúrgico
- Plan terapéutico
- Firma anestesista

2. Se tiene a la vista un segundo documento de carácter institucional, denominado Procedimiento Evaluación Pre anestésica", versión 08, de fecha elaboración agosto de 2015, de 10 páginas, elaborado por Gladys Villarroel, jefe de pabellón y aprobado por Dr. Francisco Guzmán N, Director (S) Hospital Regional Antofagasta.
3. Con la información tenida a la vista se cumple con el periodo retrospectivo de 3 años, que aplica a este proceso de acreditación.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA		
Pabellón Quirúrgico General	Pabellón Quirúrgico Obstetricia-ginecología	Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria
SI	**SI**	**SI**

GCL 1.1 - Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

PQ 1 (General)	
Nombre del indicador (1) Enero 2018 a la fecha actual	PACIENTES INTERVENIDOS EN LOS CUALES SE CONSTATA LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PREANESTÉSICA INMEDIATA

Fórmula matemática	(N° de pacientes intervenidos con EPA inmediata aplicada correctamente/Total de pacientes intervenidos) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2) Mayo 2016 a diciembre 2017	PACIENTES INTERVENIDOS EN PABELLONES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA EN LOS CUALES SE CONSTATA LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PREANESTÉSICA (EPA)
Fórmula matemática	N° de pacientes intervenidos con EPA aplicada correctamente/Total de pacientes intervenidos x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ 1 (Obst – Gine)	
Nombre del indicador (1) Enero 2018 a la fecha actual	PACIENTES INTERVENIDOS EN LOS CUALES SE CONSTATA LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PREANESTÉSICA INMEDIATA (Indicador periodo Enero del 2018 a la fecha)
Fórmula matemática	N° de pacientes intervenidos con EPA inmediata aplicada correctamente/Total de pacientes intervenidos x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2) Mayo 2016 a diciembre 2017	PACIENTES INTERVENIDOS EN PABELLONES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA EN LOS CUALES SE CONSTATA LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PREANESTÉSICA (EPA)
Fórmula matemática	N° de pacientes intervenidos con EPA aplicada correctamente/Total de pacientes intervenidos x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ 2 (CMA)	
Nombre del indicador	PACIENTES INTERVENIDOS EN LOS CUALES SE CONSTATA LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PREANESTÉSICA INMEDIATA
Fórmula matemática	N° de pacientes intervenidos con EPA inmediata aplicada correctamente / Total de pacientes intervenidos X 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ 3 (Cardiovascular)	
Nombre del indicador (1) Enero 2018 a la fecha actual	PACIENTES INTERVENIDOS EN LOS CUALES SE CONSTATA LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PREANESTÉSICA INMEDIATA
Fórmula matemática	N° de pacientes intervenidos con EPA inmediata aplicada correctamente/Total de pacientes intervenidos x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2) Mayo 2016 a diciembre 2017	PACIENTES INTERVENIDOS EN PABELLONES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA EN LOS CUALES SE CONSTATA LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PREANESTÉSICA (EPA)
Fórmula matemática	N° de pacientes intervenidos con EPA aplicada correctamente/Total de pacientes intervenidos x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 1.1 - Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

PQ 1 (General)	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Enfermera encargada de calidad Pabellón central
Fuente primaria	Protocolo de evaluación pre-anestésica
Fuente secundaria	Pauta de supervisión de aplicación de la EPA
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra**: a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtiene el "n" de pautas de supervisión que serán aplicadas en el mes. • **Metodología de muestreo**: Para la aplicación de pautas de supervisión, se evaluará 1 diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. Mecanismos de sustitución: En caso de que el día programado coincida con un feriado, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Nombre/apellido paciente 2. Rut o ficha o pasaporte o DAU de paciente 3. Fecha 4. Diagnóstico quirúrgico 5. Plan terapéutico 6. Firma anestesista Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado) Nota: Referente prestador a través de la encargada de calidad del pabellón, indica que el criterio 5, se refiere a que el médico debe indicar la anestesia indicada para el pabellón. (Ej. Anestesia general).
Metodología de	• **Periodo evaluado:** Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo

constatación:

retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.

- **Selección de la muestra**: La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la Entidad Acreditadora, seleccionado 2 trimestres: 3° Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019.
- **Registros revisados:**

- Pautas de supervisión de la aplicación de la EPA, del periodo evaluado.
- Evaluación EPA, formulario RG-PAB-02-00, para la constatación de las fuentes primarias.

- **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019)

1. La pauta de supervisión contiene los 6 criterios descritos en metodología de medición del prestador los cuales están contenidos en el protocolo local.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 12 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado.
3. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019.
4. Luego, se constatan fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer. Considerando lo que la entrevistada indica al momento de la evaluación del criterio 5 (Registro de la anestesia a utilizar, lo que equivale al plan terapéutico), siendo el resultado de la constatación, lo que se detalla a continuación:

3°Trimestre 2018								Cumplimiento reportado	
ID Pcte	Fecha	Criterios						Prestador	EA
		1	2	3	4	5	6		
4154xx	09-07	SI	NO	NO	SI	SI	SI	Cumple	No Cumple
74648x	17-08	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
56971x	24-08	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
72892x	02-08	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
74496x	20-09	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
69612x	20-07	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
1°Trimestre 2019								Cumplimiento reportado	
ID Pcte	Fecha	Criterios						Prestador	EA
		1	2	3	4	5	6		
13424x	08-01	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
62295x	11-01	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
69814x	07-02	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
71849x	14-03	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
53846x	26-02	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	88	90	97,78%			
3° Trimestre 2016	117	120	97,50%			
4° Trimestre 2016	120	120	100%			
1° Trimestre 2017	115	118	97,46%			
2° Trimestre 2017	120	120	100%			
3° Trimestre 2017	60	60	100%			
4° Trimestre 2017	60	60	100%			
1° Trimestre 2018	49	49	100%			
2° Trimestre 2018	52	52	100%			
3° Trimestre 2018	**47**	**47**	**100%**	**47**	**47**	**100%**
4° Trimestre 2018	45	45	100%			
1° Trimestre 2019	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado no es concordante con lo constatado, por cuanto la ficha 4154xx correspondiente a la evaluación del 3º trimestre de 2019, reporta un cumplimiento del 100% de los criterios evaluados, lo constatado por la entidad acreditadora es que no se cumplen los criterios 2 y 3.

Por lo anterior expuesto en el punto 2, no se da por cumplida la evaluación periódica del indicador en el PV PQ 1 Pabellón Central.

PQ 1 (Obst – Gine)	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Enfermera encargada de calidad Pabellón central
Fuente primaria	Protocolo de evaluación pre-anestésica

<table>
<tr><td>Fuente secundaria</td><td>Pauta de supervisión de aplicación de la EPA</td></tr>
<tr><td>Periodo evaluado</td><td>01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019</td></tr>
<tr><td>Metodología de medición del prestador</td><td>
• Metodología de cálculo de la muestra: Uso de calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtiene el "n" de pautas de supervisión que serán aplicadas en el mes.
• Metodología de muestreo: Para la aplicación de pautas de supervisión, se evaluará 1 diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. Prestador Randomizer el pabellón a evaluar. (No resguarda Randomizer)
Mecanismos de sustitución: En caso de que el día programado coincida con un feriado, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente.
• Criterios de cumplimiento: La pauta de supervisión consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios:
1. Nombre/apellido paciente (dos apellidos)
2. Rut o ficha o pasaporte o DAU de paciente
3. Fecha
4. Diagnóstico quirúrgico
5. Plan terapéutico
6. Firma anestesista
Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado)
</td></tr>
<tr><td>Metodología de constatación</td><td>
• Periodo evaluado: dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.
• Selección de la muestra: La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la Entidad Acreditadora, seleccionado 2 trimestres: 3° Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019.
• Registros Revisados:
- Pautas de supervisión de la aplicación de la EPA, del periodo evaluado.
- Evaluación EPA, formulario RG-PAB-02-00, para la constatación de las fuentes primarias contenida en ficha clínica digita y/o soporte de papel.
• De la constatación: (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019)
1. La pauta de supervisión contiene los 6 criterios descritos en metodología de medición del prestador los cuales están contenidos en el protocolo local.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento.
3. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019.
4. Luego, se constatan fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer.
</td></tr>
</table>

3°Trimestre 2018								Cumplimiento reportado	
ID Pcte	Fecha	Criterios						Prestador	EA
		1	2	3	4	5	6		
3905xx	23-07	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
6543xx	21-08	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
6352xx	06-09	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
7478xx	25-09	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
7410xx	03-07	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

1°Trimestre 2019								Cumplimiento reportado	
ID Pcte	Fecha	Criterios						Prestador	EA
		1	2	3	4	5	6		
6846xx	02-01	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
3606xx	10-01	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
6179xx	27-02	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
7275xx	07-03	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
7582xx	19-03	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	86	90	95,56%			
3° Trimestre 2016	119	120	99,17%			
4° Trimestre 2016	118	120	98,33%			
1° Trimestre 2017	116	120	96,67%			

2° Trimestre 2017	120	120	100%			
3° Trimestre 2017	60	60	100%			
4° Trimestre 2017	52	52	100%			
1° Trimestre 2018	11	11	100%			
2° Trimestre 2018	8	8	100%			
3° Trimestre 2018	**13**	**13**	**100%**	**13**	**13**	**100%**
4° Trimestre 2018	15	15	100%			
1° Trimestre 2019	**15**	**15**	**100%**	**15**	**15**	**100%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Por lo expuesto en el punto 1 y 2, se da por cumplida a evaluación periódica del indicador en el PV PQ1 (Obst- Gine).

PQ 2 (CMA)

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR.
Responsable medición	Jefe de pabellón.
Fuente primaria	Protocolo de evaluación preanestésica
Fuente secundaria	Pauta de cotejo
Periodo evaluado	01 de octubre 2018 al 30 mayo 2019

Metodología de medición del prestador:

- **Metodología del cálculo de la muestra:** la muestra fue calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%.
- **Metodología de muestreo:** La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. Para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará 1 diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales.
  En caso de que el día programado coincida con un feriado, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente.
- **Criterios de cumplimiento:** En la descripción del indicador (el que forma parte del documento institucional), indica que se medirá la evaluación pre anestésica inmediata aplicada correctamente; que corresponderá a que se registren en el formulario de EPA al menos los siguientes campos completos:

1. Nombre y apellido del paciente.
2. RUT (o Pasaporte o DAU o ficha clínica).
3. Fecha.
4. Diagnóstico quirúrgico.
5. Plan Anestésico.
6. Firma del Anestesista.

Metodología de constatación:

- **Período retrospectivo a evaluar:** Dado que el PQ de CMA comienza sus actividades el 09 de octubre del año 2018, correspondiendo su evaluación desde esa fecha hasta el mes de mayo del año 2019.
- **Selección de la muestra:** La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza de los dos trimestres a evaluar: 4°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019.
- **Registros revisados:**

- Resultados del indicador
- Pauta de cotejo de EPA
- EPA en ficha clínica

- **De la constatación:** se realiza la constatación de acuerdo al ORDINARIO IP N° 5 del 17 de mayo de 2019, "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento de la exigencia sobre realización de la evaluación periódica".

1. La pauta de supervisión contiene los 6 criterios descritos en metodología de medición del prestador los cuales están contenidos en el protocolo local.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 2 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra del total de evaluaciones.
4. Se constatan fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar, según Ord. Circular IP N°5, a través de la aplicación de un Randomizer, según se describe a continuación:

- Trimestre 2018: Formulario de EPA en ficha clínica electrónica, números 5, 14, 28, 36, 53.
- 1° Trimestre 2019: Formulario de EPA en ficha clínica electrónica, números 9, 26, 40, 50, 60.

N° de registro	Fecha	N° de ficha	Cumplimiento
5	10/10/2018	6045xx	Cumple
14	25/10/2018	3633xx	Cumple
28	19/11/2018	1262xx	Cumple
36	26/11/2018	4337xx	Cumple
53:	11/12/2018.	5575xx	Cumple

N° de registro	Fecha	N° de ficha	Cumplimiento

9	22/01/2019	3013xx	Cumple
26	11/02/2019	206xx	Cumple
40	28/02/2019	7501xx	Cumple
50	14/03/2019.	7534xx	Cumple
60	28/03/2019.	122xx	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
4° Trimestre 2018	58	60	96,7%	58	60	96,7%
1° Trimestre 2019	60	60	100%	60	60	100%

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Por lo expuesto en el punto 1 y 2, se da por cumplida la evaluación periódica del indicador en el PV Pabellón CMA.

PQ 3 (Cardiovascular)

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Jefe de pabellón.
Fuente primaria	Protocolo de evaluación preanestésica
Fuente secundaria	Pauta de cotejo
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador:	• **Metodología del cálculo de la muestra:** la muestra fue calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. • **Metodología de muestreo:** la muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. Para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará 1 diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • **Criterios de cumplimiento:** En la descripción del indicador (el que forma parte del documento institucional), indica que se medirá la evaluación pre anestésica inmediata aplicada correctamente; que corresponderá a que se registren en el formulario de EPA al menos los siguientes campos completos: 1. Nombre y apellido del paciente. 2. RUT (o Pasaporte o DAU o ficha clínica). 3. Fecha. 4. Diagnóstico quirúrgico. 5. Plan Anestésico. 6. Firma del Anestesista.
Metodología de constatación:	• **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación el periodo de retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019. • **Selección de la muestra:** la constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3° trimestre del 2018 y 1° trimestre del 2019. • **Registros revisados:** - Resultados del indicador - Pauta de cotejo de EPA - EPA en ficha clínica electrónica. • **De la constatación:** se realiza la constatación de acuerdo al ORDINARIO IP N° 5 del 17 de mayo de 2019, "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento de la exigencia sobre realización de la evaluación periódica". 1. La pauta de supervisión contiene los 6 criterios descritos en metodología de medición del prestador los cuales están contenidos en el protocolo local. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 12 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado. 3. aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra del total de evaluaciones. 4. Se constatan fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar, según Ord. Circular IP N°5, a través de la aplicación de un Randomizer, según se describe a continuación: - 3° Trimestre 2018: Formulario de EPA en ficha clínica electrónica, números 9, 25, 42, 45,46. - 1° Trimestre 2019: Formulario de EPA en ficha clínica electrónica, números 20, 26, 33, 43, 52.

N° de registro	**Fecha**	**N° de ficha**	**Cumplimiento**
9	12/07/2018	1422xx	Cumple
25	07/08/2018	7183xx	Cumple

42	05/09/2018	501xx	Cumple
45	07/09/2018	4811xx	Cumple
46	07/09/2019	3416xx	Cumple

N° de registro	**Fecha**	**N° de ficha**	**Cumplimiento**
20	28/01/2019	5112xx	Cumple
26	08/02/2019	7353xx	Cumple
33	15/02/2019	560xx	Cumple
43	06/03/2019	7468xx	Cumple
52	19/03/2019	7597xx	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	80	80	100%			
3° Trimestre 2016	69	69	100%			
4° Trimestre 2016	76	76	100%			
1° Trimestre 2017	72	72	100%			
2° Trimestre 2017	52	52	100%			
3° Trimestre 2017	50	50	100%			
4° Trimestre 2017	40	40	100%			
1° Trimestre 2018	47	47	100%			
2° Trimestre 2018	56	56	100%			
3° Trimestre 2018	**52**	**52**	**100%**	**52**	**52**	**100%**
4° Trimestre 2018	60	60	100%			
1° Trimestre 2019	**59**	**59**	**100%**	**59**	**59**	**100%**

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Por lo expuesto en el punto 1 y 2, se da por por cumplida la evaluación periódica del indicador en el PV Pabellón Cardiovascular

GCL 1.1 - Cuarto elemento medible: Se constata presencia de evaluación preanestésica en pacientes intervenidos.

PQ 1 (General)

Metodología de constatación:
- **Período retrospectivo evaluado:** para este primer proceso de reacreditación, aplica un período retrospectivo de 3 años que comprende los meses del 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el DT, como el prestador mide trimestral se selecciona por randomizer: 1° trimestre 2019.
- **Registros revisados:**

- Estadística en Excel del total de cirugías de pabellón general con anestesia general y regional realizadas en el periodo.
- Protocolo de evaluación preanestésica, que contiene; nombre, RUT, fecha, ayuno (SI-NO), diagnostico quirúrgico, alergias (SI-NO), registro de ASA, comentarios/plan anestésico, nombre y firma del anestesista.

- **De la constatación**: Se utiliza Ord. Circular IP/N°5, de 24 noviembre de 2017, "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" situación 1, seleccionando una muestra de 30 cirugías del período retrospectivo a evaluar, revisión de los registros de las primeras 7 cirugías de pabellón general, si estos registros satisfacen los criterios de cumplimiento, el EM se dará por cumplido. En caso contrario, bastando que un sólo registro que no cumpla, se completará la revisión del total de la muestra seleccionada.

Atributos de cumplimiento: Se verifica el cumplimiento de los contenidos mínimos a registrar en el formulario de evaluación preanestésica de acuerdo con lo definido en protocolo local:
1. Registra nombre y apellido del paciente
2. Registra Rut, ficha, pasaporte o DAU
3. Registra fecha
4. Registra diagnostico quirúrgico
5. Registra plan anestésico
6. Registra firma anestesista

Porcentaje de cumplimiento reportado: 100%

N° fichas revisadas: 7	N° fichas que cumplen: 7	% cumplimiento: 100%

PQ1 (Obst-Gine)

Metodología de constatación:
- **Período retrospectivo evaluado:** para este primer proceso de reacreditación, aplica un período retrospectivo de 3 años que comprende los meses del 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, como el prestador mide trimestral se selecciona por randomizer: 1° trimestre 2019.
- **Registros revisados:**

- Estadística en Excel del total de cirugías de tipo ginecológicas con anestesia general y regional realizadas en el periodo.
- Protocolo de evaluación preanestésica, que contiene; nombre, RUT, fecha, ayuno (SI-No), diagnostico quirúrgico, alergias (SI-NO), registro de ASA, comentarios/plan anestésico, nombre y firma del anestesista.

- **De la constatación**: Se utiliza Ord. Circular IP/N°5, de 24 noviembre de 2017, "Orientaciones Técnicas para la constatación

en terreno" situación 1, seleccionando una muestra de 30 cirugías del período retrospectivo a evaluar, revisión de los registros de las primeras 7 cirugías, si estos registros satisfacen los criterios de cumplimiento, el EM se dará por cumplido. En caso contrario, bastando que un sólo registro que no cumpla, se completará la revisión del total de la muestra seleccionada.		
Atributos de cumplimiento: Se verifica el cumplimiento de los contenidos mínimos a registrar en el formulario de evaluación preanestésica de acuerdo con lo definido en protocolo local: 1. Registra nombre y apellido del paciente 2. Registra Rut, ficha, pasaporte o DAU 3. Registra fecha 4. Registra diagnostico quirúrgico 5. Registra plan anestésico 6. Registra firma anestesista		
Porcentaje de cumplimiento reportado: 100%		
N° fichas revisadas: 30	N° fichas que cumplen: 26	% cumplimiento: 87%
PQ 2 (CMA)		
Metodología de constatación: • **Período retrospectivo evaluado:** para este primer proceso de reacreditación, aplica un período retrospectivo de 3 años que comprende los meses del 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019. • **Selección de la muestra:** La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, como el prestador mide trimestral se selecciona por randomizer: 1° trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Estadística en Excel del total de cirugías de cirugía mayor ambulatoria con anestesia general y regional realizadas en el periodo. - Protocolo de evaluación preanestésica, que contiene; nombre, RUT, fecha, ayuno (SI-NO), diagnóstico quirúrgico, alergias (SI-NO), registro de ASA, comentarios/plan anestésico, nombre y firma del anestesista. • **De la constatación**: Se utiliza Ord. Circular IP/N°5, de 24 noviembre de 2017, "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" situación 1, seleccionando una muestra de 30 cirugías del período retrospectivo a evaluar, revisión de los registros de las primeras 7 cirugías, si estos registros satisfacen los criterios de cumplimiento, el EM se dará por cumplido. En caso contrario, bastando que un sólo registro que no cumpla, se completará la revisión del total de la muestra seleccionada.		
Atributos de cumplimiento: Se verifica el cumplimiento de los contenidos mínimos a registrar en el formulario de evaluación preanestésica de acuerdo con lo definido en protocolo local: 1. Registra nombre y apellido del paciente 2. Registra Rut, ficha, pasaporte o DAU 3. Registra fecha 4. Registra diagnostico quirúrgico 5. Registra plan anestésico 6. Registra firma anestesista		
Porcentaje de cumplimiento reportado: 100%		
N° fichas revisadas: 7	N° fichas que cumplen: 7	% cumplimiento: 100%
PQ 3 (Cardiovascular)		
Metodología de constatación: • **Período retrospectivo evaluado:** para este primer proceso de reacreditación, aplica un período retrospectivo de 3 años que comprende los meses del 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019. • **Selección de la muestra:** La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, como el prestador mide trimestral se selecciona por randomizer: 1° trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Estadística en Excel del total de cirugías cardiológicas con anestesia general y regional realizadas en el periodo. - Protocolo de evaluación preanestésica, que contiene; nombre, RUT, fecha, ayuno (SI-NO), diagnostico quirúrgico, alergias (SI-NO), registro de ASA, comentarios/plan anestésico, nombre y firma del anestesista. • **De la constatación**: Se utiliza Ord. Circular IP/N°5, de 24 noviembre de 2017, "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" situación 1, seleccionando una muestra de 30 cirugías del período retrospectivo a evaluar, revisión de los registros de las primeras 7 cirugías, si estos registros satisfacen los criterios de cumplimiento, el EM se dará por cumplido. En caso contrario, bastando que un sólo registro que no cumpla, se completará la revisión del total de la muestra seleccionada.		
Atributos de cumplimiento: Se verifica el cumplimiento de los contenidos mínimos a registrar en el formulario de evaluación preanestésica de acuerdo con lo definido en protocolo local: 1. Registra nombre y apellido del paciente 2. Registra Rut, ficha, pasaporte o DAU 3. Registra fecha 4. Registra diagnostico quirúrgico 5. Registra plan anestésico 6. Registra firma anestesista		
Porcentaje de cumplimiento reportado: 100%		
N° fichas revisadas: 7	N° fichas que cumplen: 7	% cumplimiento: 100%

CARACTERÍSTICA GCL 1.1 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1 - 0 - NA)	1° EM:	2° EM:	3° EM:	4° EM:
PQ General	1	1	0	1
PQ Obst-gine	1	1	1	1
Pabellón CMA	1	1	1	1
Umbral de la característica:≥ 75%	Puntaje total: 11/12	Porcentaje obtenido: 92%		**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA GCL 1.2 / HALLAZGOS

GCL 1.2 – Primer elemento medible: Se describen en documento (s) los procedimientos de:

Instalación catéter urinario (1)

Nombre del documento	PROCEDIMIENTO INSTALACIÓN CATÉTER URINARIO		
Fecha elaboración: Marzo 2018	Fecha vigencia: Marzo 2023	Versión: 03	N° páginas: 10
Elaborado por: Ingrid Candía, Rosa Jirón y José Muñoz Unidad de Calidad HRA.	Aprobado por: Jessica Bravo Jefe Unidad Calidad Hospial Regional Antofagasta		
Carácter institucional: NA	Responsable aplicación: SI		

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad.
En página 2, ítem 2, está descrito el alcance: aplica a todas las áreas o unidades asistenciales, con pacientes que requieren instalación de catéter urinario. Página 2, ítem 3, describe responsabilidades:

- Médico tratante: indicar instalación y retiro.
- Enfermera o matrona supervisora: supervisar el procedimiento de instalación y verificar registro de la indicación médica.
- Enfermera o matrona clínica de turno: instalar el catéter urinario con técnica aséptica.
- Técnico paramédico de turno: colaborar con la instalación y realizar el aseo genital.

Página 4,5 y 6, , contiene descripción del procedimiento que considera 3 etapas:
Previo a la instalación, entre ellos

- Verificar indicación médica, explicar al paciente.
- Preparación de unidad y material.

Instalación de CUP, entre ellos:

- Realización de aseo genital según técnica, previo realizar lavado de manos.
- Lavado clínico de manos y colocación de guantes estériles.
- Cubrir zona genital con campo estéril.
- Recepcionar material, probar e inflar el balón de la sonda y lubricar.
- Si es mujer, exponer meato urinario e introducir sonda hasta que se observe salida de orina.
- Si es hombre, exponer uretra.
- Inflar el cuff.
- Fijar sonda cara interior muslo en mujeres y sobre muslo en hombres.

Retiro del Catéter Urinario: se describe en 9 actividades.
Página 9, Anexo Nº1: Aspectos generales de instalación de catéter urinario.

Observaciones:

1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente. Versión 02, fecha aprobación Junio 2015, elaborado por EU Janis Orellana O; EU Alejandra Salazar A; MT Dayanna Hernández, aprobado por EU Gloria Moraga Subdirectora (s) de Enfermería y MT Karime Viralta Subdirectora matronería.

Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Manejo de enfermería de pacientes en ventilación mecánica (2)

Nombre del documento	PROCEDIMIENTO "MANEJO DE ENFERMERÍA DE PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA		
Fecha elaborado: Marzo 2018	Fecha vigencia: 5 años	Versión: 04	N° páginas: 8
Elaborado por: Sra. Ingrid Candía, Sra. Rosa Jirón, sr. José Muñoz, unidad de calidad HRA.	Aprobado por: Jessica Bravo Jefe Unidad Calidad Hospial Regional Antofagasta		
Carácter institucional: NA	Responsable aplicación: SI		

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad de calidad HRA.
En página 2, ítem 2, alcance: aplica a todas las áreas o unidades asistenciales en donde se encuentren hospitalizados que requieren apoyo de ventilación mecánica.
En página 2, ítem 3, responsabilidades:

- Médico: indicar la instalación y retiro de VM, programar y realizar los cambios en la VM.
- Enfermera supervisora: supervisar el manejo de enfermería.
- Enfermera clínica: preparar, valorar el correcto funcionamiento del VM y aplicar cuidados de enfermería.
- Técnico Paramédico: desarmado y posterior envío a esterilización del circuito de VM.
- Kinesiólogo: entregar cuidados respiratorios y neuromusculares con colaboración activa en ventilación mecánica y terapia respiratoria. En adultos es responsable del armado y vigilancia de los parámetros ventilatorios, según indicación.

En páginas 4 a 6, ítem 7, descripción del proceso:
Armado e instalación del ventilador mecánico, descrito en 12 pasos, entre los que destaca:

- Armar circuito paciente según técnica aséptica.
- Realizar autotest corto (ATC).
- Verificar que los parámetros programados son los indicados por el médico.
- Verificar que las alarmas del ventilador mecánico estén correctas
- Conectar paciente a ventilador mecánico previamente programado

Desarmado del circuito del ventilador mecánico, descrito en 5 pasos entre los que destaca:

- Terminado de usar el ventilador, se retira de la unidad del paciente. Personal capacitado procede a desmontar y prepara las partes de éste, para ser sometido al proceso de esterilización.
- Enviar a esterilización según procedimiento.

Cuidados de enfermería en pacientes conectados a VM para prevenir infecciones (neumonía), descrito en 16 pasos entre los que destaca:

- Verificar que el tubo endotraqueal se encuentre permeable.
- Controlar los signos vitales y parámetros de oxigenación iniciales.
- Medir el cuff cada 6 horas en pacientes adultos
- Realizar valoración clínica del paciente (ruidos pulmonares gruesos a la auscultación, presencia de secreciones visibles en el TET, aumento aparente del trabajo respiratorio, simetría en la ventilación) y aspirar según necesidad
- Dejar al paciente en posición semifowler 30-45" (excepto contraindicaciones)

- Fijar y colocar tubuladuras del ventilador más bajas que el tubo endotraqueal (TET).
- Aspirar sonda Nasogástrica cada 4 horas previo alimentación.
- Realizar aseo bucal cada 4 horas, con clorhexidina en adultos (solución al 0,12% para colutorios) y con suero fisiológico en paciente infantil.

Observaciones:

1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Manejo de enfermería de pacientes en ventilación mecánica", versión 03, fecha de emisión junio 2015, elaborado por EU Verónica Contreras T., EU Claudia Jorquera M., MT Roxana Maldonado C., aprobado por EU Gloria Moraga, Subdirección Enfermería, MT Karimé Viralta V., Subdirección Matroneria. Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Manejo de traqueotomía y tubo endotraqueal (3)

Nombre del documento	PROCEDIMIENTO MANEJO DE TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL		
Fecha elaboración: Marzo 2018	Fecha vigencia: 5 años	Versión: 02	N° páginas: 12
Elaborado por: Ingrid Candía, Rosa Jirón y José Muñoz Unidad de Calidad HRA		Aprobado por: Jessica Bravo Jefe Unidad Calidad Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: NA	Responsable aplicación: SI		

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad.
Página 2, ítem 2, describe alcance: a todo paciente con traqueotomía o tubo endotraqueal.
Página 2, ítem 3 describe responsabilidades:
- Médico: indicación de instalación y/o retiro.
- Enfermera o Matrona Supervisora, supervisión.
- Enfermera o Matrona clínica: manejo de la traqueotomía y tubo endotraqueal.
- Técnico Paramédico: cambio de amarra, seguimiento del correcto funcionamiento de la traqueotomía y tubo orotraqueal.
- En Neonatología y Pediatría el técnico paramédico solo realiza funciones de ayudantía en procedimientos.
- Kinesiólogo, es responsable de realizar ejercicios respiratorios según indicación médica y realizar aspiración de secreciones en conjunto con profesional a cargo del paciente.

Páginas 4 a 8, ítem 7, se describen 5 procedimientos relacionados al **manejo de traqueotomía y tubo endotraqueal.**
Fijación del tubo Endotraqueal, entre ellos:
- Marcar el tubo a la salida de los labios o nariz del paciente, a fin de referencia.
- Comprobar presión de cuff con cafómetro (enfermera, matrona o kinesiólogo)
- Fijar tubo según norma del servicio.
- Dejar tubo en eje de tráquea para evitar ulceras.
- Instalar cánula mayo para evitar que paciente muerda el tubo.
- Conectar con técnica aséptica a sistema de ventilación.

Aspiración de secreciones entre ellos:
- Comprobar funcionamiento del aspirador.
- Elevar FIO2 en pacientes sometido a VM (ayudante)
- Colocación de guantes estériles.
- Operador introduce sonda por TET sin aspirar.
- En caso de necesidad se instila TET con suero fisiológico al 0.9%.
- Aspirar rotando la sonda suavemente y retirarla con movimiento continuo sin volver a introducirla.
- Cambiar sonda para aspirar faringe o boca.
- Tras un minuto después de aspirar, ajustar y/o verificar FIO2 al valor inicial

Fijación de tubo traqueotomía entre ellos:
- Limpiar alrededor de la cánula y realizar curación con suero fisiológico si es necesario.
- Fijar con cinta suave alrededor de la cánula colocando apósito alrededor de la cinta para mayor protección y evitar roces.
- Si la primera fijación esta con puntos a la piel, se deben cortar con tijera o bisturí estéril y luego fijar alrededor del cuello.

Aspiración de secreciones (Por traqueotomía) entre ellos
- Retirar cánula interna en pacientes con cánula convencional y luego introducir la sonda a través del tubo de traqueotomía sin aspirar.
- Instilación de traqueotomía con suero fisiológico cuando se necesita.
- Utilizar sonda en relación con diámetro interno del tubo.
- Aspirar rotando suavemente y retirarla con movimiento continuo sin volver a introducirla.
- Cambiar sonda para aspirar boca.

Curación Zona de inserción de Traqueotomía (enfermera o matrona) entre ellos
- Pincelar con suero fisiológico al 0.9% alrededor del estoma en una sola pasada.
- Colocar gasas estériles alrededor de la traqueotomía.
- Fijar con cinta suave alrededor del cuello, colocando apósito alrededor de la cinta, en pacientes pediátricos se fija con collar ajustable.

Observaciones:

1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: Procedimiento Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal. Versión 01, fecha aprobación Mayo 2014, elaborado por EU Verónica Contreras T.; EU Tirsa González A.; aprobado por Dra. Juana Pérez Moraga Director Hospital Regional Antofagasta. Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Instalación y manejo de vía venosa periférica (4)

Nombre del documento	PROCEDIMIENTO INSTALACIÓN Y MANEJO DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS		
Fecha elaboración: Julio 2017	Fecha vigencia: 5 años	Versión: 03	N° páginas: 14
Elaborado por: Ingrid Candía, Rosa Jirón y José Muñoz Unidad de Calidad HRA		Aprobado por: Jessica Bravo, Jefe Unidad Calidad HRA	
Carácter institucional: NA	Responsable aplicación: SI		

Breve descripción del documento: Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad.
Página 2, ítem 2 define alcance del documento: aplica a todo paciente de unidades asistenciales y/o apoyo que posea catéter venoso periférico.
Página 2, ítem 3 define responsables:
- Enfermera, Matrona y Tecnólogo Médico supervisor: supervisar
- Enfermera, Matrona y Tecnólogo Médico clínico: realizar instalación, mantención y retiro y/o supervisar en caso de que la instalación la realice el técnico paramédico.
- Técnico paramédico: colaborar en la instalación, mantención y retiro.

Páginas 4 a 6, ítem 7, describe 8 etapas del procedimiento:
- Elección del sitio de punción.
- Preparación de la piel:
- En paciente neonato, lavar con agua y jabón.
- Pincelar con alcohol 70% y esperar 30 segundos antes de puncionar.
- En recién nacidos o neonatos usar alcohol al 70% o clorhexidina tópica al 2%
- No rasurar. Recortar vello si es muy profuso, esto impide realizar el procedimiento en forma expedita.
- Instalación y fijación de catéter venoso periférico descritos en 18 pasos, entre ellos:
- Elegir sitio para punción.
- Aplicar antiséptico
- Colocarse guantes de procedimiento.
- Con catéter en ángulo 30º y bisel hacia arriba perforar piel con método directo, en dirección al flujo venosos.
- Reducir ángulo e introducir el catéter en la vena, al refluir sangre retirar,
- Retirar ligadura, poner gasa estéril debajo del catéter y retirar completamente el trocar.
- Colocar conector luer-lock, llave de tres pasos o equipo de goteo.
- Fijar catéter, cubrir zona de inserción con gasa estéril.
- Marcar sobre la fijación con la fecha de inserción del catéter e iniciales del responsable.
- Lavado de manos.
- Registro en ficha clínica: fecha de inserción, tipo de catéter, ubicación del catéter, nombre y/o timbre del responsable.
- Mantención del sitio de punción:
- Evaluación diaria del sitio de punción.
- Mantener gasa o apósito fijo, seco y limpio.
- Registro en hoja de enfermería la evaluación.
- Frecuencia de cambio de catéter: cada 72 horas.
- En pacientes adultos con acceso venosos difícil, el cambio puede realizarse cada 96 horas, siempre y cuando la vía se encuentre sin signos de infección o flebitis.
- Pacientes pediátricos y neonatos se deben evaluar en forma diaria y realizar curación al séptimo día.
- Mantención del sistema de perfusión:
- Manejar circuito cerrado.
- Administrar medicamentos en los puntos diseñados para ello.
- Cambio de todo el sistema cada 72 horas.
- Cambios del sistema por infección o flebitis: Cuando hay evidencia de infección, flebitis, celulitis o tromboflebitis se debe
- retirar y cambiar el sistema completo, incluyendo la solución que se está administrando. Elegir una zona alejada para puncionar.
- Cambio de soluciones: Cambiar cada 24 horas, eliminar remanente.
- Página 10 y 11, Anexo Nº 1 consideraciones generales.
- Página 12, ítem 9.1 Anexo Nº2, describe pauta de supervisión de Mantención de vía venosa periférica.
- Páginas 13 y 14, Anexo Nº3, Indicados mantención de Vía Venosa Periférica.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: Procedimiento Instalación y Manejo de Vías Venosas Periféricas. Versión 02, fecha aprobación Junio de 2015, elaborado por EU Jessica Álvarez, EU Alejandra Milies, MT Isabel Alfaro, MT Johana Novoa, MT Rebeca Téllez; EU Gloria Moraga Subdirección (s) de Enfermería y Karime Viralta Subdirección matonería. Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Manejo de vías venosas centrales (5)			
Nombre del documento	PROCEDIMIENTO MANEJO DE VÍAS VENOSAS CENTRALES		
Fecha elaboración: Marzo 2018	Fecha vigencia: Marzo 2023	Versión: 03	N° páginas: 12
Elaborado por: Ingrid Candía, Rosa Jirón y José Muñoz Unidad de Calidad HRA		Aprobado por: Jessica Bravo Jefe Unidad Calidad Hospial Regional Antofagasta	
Carácter institucional: NA	Responsable aplicación: SI		

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad.
Página 2, ítem 2 describe alcance: todo paciente hospitalizado, que posea vía venosa central.
Página 2, ítem 3 describe responsabilidades:
- Médico tratante: indicar la instalación, y el retiro del catéter venosos central.
- Enfermera o Matrona supervisora: supervisar las medidas de manejo y mantención.
- Enfermera o Matrona clínica: realizar el manejo y mantención del catéter venoso central hasta su retiro.
- Técnico paramédico: colaborar con los procedimientos de mantención del catéter venosos central e informar a enfermera o matrona clínica responsable del paciente problemas como sistema de fijación, salida de exudados o secreciones.

Páginas 5 a 9, ítem 7, contiene descripción de las etapas del proceso:
Catéter Venoso Central
1. Curación del catéter central descritos en 14 pasos, entre ellos:
- Colocarse guantes estériles.
- Limpiar zona de inserción del catéter con solución salina, con movimientos circulares de adentro hacia afuera, posteriormente

secar con gasa estéril.
- Aseptice con clorhexidina al 2%. Si hay signos de infección informar a médico.
- Cubrir con apósito transparente, si hay presencia de sangramiento cubrir con gasa estéril y sellar.
- Retirar material y lavarse las manos.
- Si la zona de inserción este cubierto con gasa, la curación se hará cada 48 horas, y si está limpia, sin sangrado ni signos de infección y cubierta con apósito transparente, la curación se realizará cada 7 días.

2. Mantención del sistema de perfusión:
- Las conexiones a NPTC y lípidos deben cambiarse cada 24 horas. En caso de conexiones de BIC, bajadas simples, alargadores, tapas de bioseguridad se cambiarán cada 72 horas.
- Rotular fechas con lápiz indeleble.
- Rotular en los equipos de perfusión la fecha de preparación y los aditivos incorporados a la solución que se está administrando.
- Los equipos de perfusión utilizados en la administración de productos sanguíneos y lípidos deberán eliminarse al término de sus usos.
- Todo el sistema de perfusión deberá mantenerse en circuito cerrado.
- Los aditivos de las soluciones parenterales deben ser retirados de la ampolla o frasco con agujas estériles y agregados a través del gollete del matraz, no puncionar envases del suero.

3. Fijación del catéter venoso central: se debe realizar fijación externa para evitar desplazamiento o tracción del catéter en la zona de unión de éste con las llaves de tres pasos, además de registrar la graduación en que quedo inserto a nivel de la entrada del CVC con la piel.
4. Cambio del catéter venoso central: el catéter solo se cambiará cuando exista sospecha de sepsis por catéter, desplazamiento, obstrucción y/o filtración según indicación médica.
5. Preparación de medicamentos y soluciones que se administran por Catéter Venoso Central: Se deben preparar en el área limpia de la clínica de enfermería.

Catéteres Umbilicales

1. Instalación de catéter umbilical:
- Corresponde a una técnica médica, realizado por profesional capacitado en la técnica y sus complicaciones.
- Procedimiento realizado con técnica aséptica.

2. Mantención de catéter umbilical:
- El catéter deberá mantenerse fijo, además de la sutura, por tela adhesiva con sistema de puente.
- El catéter umbilical venoso debe mantenerse con hidratación endovenosa continua para asegurar su permeabilidad, y el catéter umbilical arterial se deberá permeabilizar cada 24 horas con solución fisiológica heparinizada.
- El muñón umbilical se deberá pincelar mínimo cada 8 horas con solución de Clorhexidina tópica al 2%.

Manejo de Vía Venosa Central con Nutrición Parenteral, entre ellas:
- El catéter es de uso exclusivo para ella.
- Curación según procedimiento realizado a CVC.
- La preparación de la nutrición parenteral se realizará en la central de Mezclas de Farmacia bajo estrictas condiciones de asepsia.
- Las soluciones se cambiarán cada 24 horas, eliminando los remanentes.
- Si el catéter se obstruye hay sospecha de sepsis, debe ser retirado previa indicación médica.
- El manejo del catéter se hará con estricta asepsia (lavado de manos, guantes estériles, campo estéril)
- Se evitará la desconexión del catéter, previniendo embolia aérea y contaminación.

Observaciones:

1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales. Versión 02, fecha aprobación Junio de 2015, elaborado por EU Tirza González; EU Katherine Castillo; U Maribel Donoso; EU Claudia Fuenteseca; MT Dolly Navia , aprobado por EU Viviana Porcille Subdirección de Enfermería y MT Karime Viralta Subdirección matronería.
   Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Administración de medicamentos EV (6)			
Nombre del documento	PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS		
Fecha elaboración: Julio 2017	Fecha vigencia: 5 años	Versión: 04	N° páginas: 16
Elaborado por: Ingrid Candía ,Rosa Jirón y José Muñoz Unidad de Calidad HRA		Aprobado por: Jessica Bravo Jefe Unidad Calidad Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: NA	Responsable aplicación: SI		

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad.
Página 2, ítem 2, describe el alcance del documento. se aplicará en todas las unidades clínicas del establecimiento en que se efectúa administración de medicamentos y/o soluciones por vía parenteral.
Página 2, ítem 3, describe responsabilidades:
- Médico: tratamiento médico y registro claro en terapia.
- Enfermera, Matrona, Tecnólogo supervisor: supervisar.
- Enfermera y Matrona clínica: realizar la técnica de administración del tratamiento endovenosos.
- Tecnólogo Médico, responsable de administrar el medio de contraste en exámenes imagenológicos.

Página 5 y 6 describen 5 etapas del procedimiento:
1. **Preparación de medicamentos:** de acuerdo a procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicación.
2. Administración de Medicamento endovenoso con acceso vascular permanente :
- Higienización de manos según normativa IAAS.
- Llevar en bandeja o apósito estéril el medicamento preparado y rotulado, según procedimiento del error de medicación
- Informar al paciente el procedimiento y el medicamento que será administrado según condición del paciente.
- Aseptice con alcohol 70% los puertos de inyección: tapón de bioseguridad, puntos de bajadas de suero, extensiones de llave

de tres pasos antes de administrar el tratamiento.
- Administre el tratamiento endovenoso considerando efectos adversos.
- Al finalizar inyecte 1 a 2 ml de solución fisiológica para reponer el sello
- Registrar tratamiento según procedimiento.

3. Administración de medicamentos a través de CVC: según procedimiento establecido por IAAS.
4. **Administración de tratamiento endovenosos directo:**

- Higienización de manos.
- Llevar en bandeja o apósito estéril el medicamento preparado y rotulado, según procedimiento del error de medicación.
- Informar al paciente el procedimiento y el medicamento que será administrado según condición del paciente.
- Colocarse guantes de procedimientos.
- Aseptizar con alcohol al 70%
- Canalizar la vena, comprobar permeabilidad aspirando sangre y desligar.
- Administrar tratamiento endovenoso considerando efectos adversos
- Comprimir y cubrir la zona puncionada.
- Lavado clínico de manos
- Registrar tratamiento según procedimiento

5. **Administración si el paciente tiene una perfusión de fleboclisis continua:**

- Con llave de tres pasos cerrar paso de fleboclisis y administrara tratamiento por acceso disponible.
- Siempre posterior al tratamiento, dejar permeabilizada la vía.

Página 12, ítem 9.1, contiene Anexo Nº1: Norma para la Administración Segura de Medicamentos que describe los 7 correctos:
- Administrar el medicamento correcto.
- Administrar el medicamento al paciente correcto
- Administrar la dosis correcta.
- Administrar el medicamento por la vía correcta
- Registro del tratamiento administrado
- Horario correcto
- Fecha de vencimiento.

Página 14, ítem 9.2, contiene Anexo Nº2: Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos Endovenosos
Página 15 y 17, ítem 9.3, contiene Anexo Nº3: Indicador

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenoso, Versión 03, fecha aprobación Enero de 2016, elaborado por EU Stephany Escudero y MT Marjorie Cisternas, aprobado por Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional Antofagasta.

Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Inmunizaciones y cadena de frío (7)			
Nombre del documento	PROCEDIMIENTO INMUNIZACIÓN Y CADENA DE FRIO		
Fecha elaboración: Enero 2018	Fecha vigencia: 5 Años	Versión: 03	N° páginas: 27
Elaborado por: Matrona Ximena Haro, Matrona Supervisora Neonatología		Aprobado por: Jessica Bravo Jefe Unidad Calidad Hospial Regional Antofagasta	
Carácter institucional: NA	Responsables aplicación: SI		

Breve descripción del documento: Se tiene a la vista el documento elaborado por la Unidad de Neonatología.
En la página 2 y 3 contiene los responsables del procedimiento:
- Enfermera o Matrona supervisora: supervisión.
- Matrona de recién nacido fisiológico y Enfermera Supervisora de U. Emergencia: aplicación de las normas técnicas de toda la cadena de frío y de la solicitud y retiro de las vacunas desde la Central de Vacunación.
- Técnico Paramédico: colaborar durante todas las etapas de la cadena de frio.
- Auxiliar de Servicio y/o administrativo: colaborar con el retiro de la dotación de vacunas, realizar aseo.

Página 6 a 9, ítem 7.1 describe procedimiento de cadena de frio, está compuesta por dos partes:
- Equipos de conservación fija, que consiste en:
- Refrigerador exclusivo para vacunas, con sistema de descongelación automático. Se describe la ubicación del refrigerador, condiciones de almacenamiento, el control de temperatura a través de termómetro digital, la periodicidad de las mediciones (2 veces al día y en caso de desperfectos o cortes de luz), el registro en hoja de curva de T°, y la ubicación correcta de las vacunas en el refrigerador.
- Equipos de conservación móvil, se describe el uso de termos exclusivos para vacunas, con ubicación de los termómetros para el control de T°, las unidades refrigerantes, y su mantención.

Página 9, ítem 7.2, describe el plan de emergencia para mantener la cadena de frío, con plan para interrupción para cortes de electricidad menor o mayor a 3 horas.
Páginas 10 a 12, ítem 7.3, describe detalladamente el procedimiento de inmunización:
1. Vía de administración intradérmica: introducción de una cantidad de vacuna de 0,01 a 0,1 ml en ángulo de 15° hasta que la aguja desaparece debajo de la piel, en antebrazo o brazo.
2. Subcutánea: introducción de vacuna en el tejido conjuntivo debajo de la piel en un ángulo de 45°, en zona deltoidea o cara anterolateral del muslo.
3. Intramuscular: Administración de vacuna en la masa muscular de la zona deltoidea o cara anterolateral del muslo, en un ángulo de 90°
4. Los registros necesarios.

En el ítem 7.4, se describe el procedimiento de eliminación de vacunas:
- Condiciones en las cuales se deben eliminar,
- Forma de realizarla y los
- Registros.

En el ítem 8, se describen los documentos asociados al procedimiento:

- Ficha clínica
- Libros de registros
- RNI
- Hojas de vida de los refrigeradores
- Actas de notificación de quiebres de cadena de frío.

Los anexos (Ítem 9) describen:

- Las fichas técnicas de las vacunas: BCG, Antitetánica, Antirrábica, AntiHepatitis B, Antipneumocócica 13 valente, Antipapiloma humano.
- Indicador 1: Porcentaje de días con temperatura de refrigerador de vacuna entre 2° y 8° durante el mes
- Indicador 2: Porcentaje de cumplimiento de las condiciones de traslado de la vacuna en termos de transporte.
- Pauta de Supervisión de transporte de vacunas.

Observaciones:

1. Se tienen a la vista versión anterior del documento: Procedimiento Inmunización y manejo de cadena de frío" Versión 02, de Septiembre 2014, vigencia de 5 años, de 40 páginas, elaborado por Matrona Gloria Reyes, Matrona de Recién Nacido Fisiológico, Matrona Karimé Viralta, Matrona Jefe de Neonatología y EU Ana María Cortés, Enfermera Unidad Salud de Personal, y aprobado por Dra. Juana Pérez, Directora Hospital Regional de Antofagasta. Cumple con la retrospectividad del período de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA

PQ* (1, 4 y 6)	UPC Ad (1, 2, 3, 4, 5, 6)	UPC Ped (1, 2, 3, 4, 5, 6)	UPC Neo (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)	Med(MQ 1,2,3 y 4) (Doc. 1, 3, 4, 5, 6)	Ped. (1, 3, 4, 5, 6)	Neo (4, 5, 6, 7)	Obst-gine (1, 4, 6)	URG (1, 4, 6)	Vacunatorio (7)
SI	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**

GCL 1.2 - Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

PQ 1		
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS ADMINISTRADOS POR ACCESO VASCULAR PERMANENTE QUE CUMPLEN SEGÚN PROCEDIMIENTO. (Julio 2017 en adelante)	
Fórmula matemática	N° de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente que cumplen según pauta en un periodo/N° total de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente evaluados en el mismo periodo x 100	
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral	
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS ADMINISTRADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO.	
Fórmula matemática	N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo x 100	
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral	
PQ 2		
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS ADMINISTRADOS POR ACCESO VASCULAR PERMANENTE QUE CUMPLEN SEGÚN PROCEDIMIENTO. (Julio 2017 en adelante)	
Fórmula matemática	N° de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente que cumplen según pauta en un periodo/N° total de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente evaluados en el mismo periodo x 100	
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral	
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS ADMINISTRADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO	
Fórmula matemática	N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo x 100	
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral	
PQ 3		
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS ADMINISTRADOS POR ACCESO VASCULAR PERMANENTE QUE CUMPLEN SEGÚN PROCEDIMIENTO. (Julio 2017 en adelante)	
Fórmula matemática	N° de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente que cumplen según pauta en un periodo/N° total de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente evaluados en el mismo periodo x 100	
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral	
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS ADMINISTRADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO.	
Fórmula matemática	N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo x 100	
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral	
UPC Ad 1		
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS ADMINISTRADOS POR ACCESO VASCULAR PERMANENTE QUE CUMPLEN SEGÚN PROCEDIMIENTO. (Julio 2017 en adelante)	
Fórmula matemática	N° de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente que cumplen según pauta en un periodo/N° total de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente evaluados en el mismo periodo x 100	
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral	
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS ADMINISTRADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO.	

Fórmula matemática	N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad 2	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS ADMINISTRADOS POR ACCESO VASCULAR PERMANENTE QUE CUMPLEN SEGÚN PROCEDIMIENTO. (Julio 2017 en adelante)
Fórmula matemática	N° de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente que cumplen según pauta en un periodo/N° total de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente evaluados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS ADMINISTRADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO.
Fórmula matemática	N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad 3	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS ADMINISTRADOS POR ACCESO VASCULAR PERMANENTE QUE CUMPLEN SEGÚN PROCEDIMIENTO. (Julio 2017 en adelante)
Fórmula matemática	N° de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente que cumplen según pauta en un periodo/N° total de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente evaluados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS ADMINISTRADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO.
Fórmula matemática	N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ped	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS ADMINISTRADOS POR ACCESO VASCULAR PERMANENTE QUE CUMPLEN SEGÚN PROCEDIMIENTO. (Julio 2017 en adelante)
Fórmula matemática	N° de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente que cumplen según pauta en un periodo/N° total de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente evaluados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS ADMINISTRADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO.
Fórmula matemática	N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UCI NEO	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS ADMINISTRADOS POR ACCESO VASCULAR PERMANENTE QUE CUMPLEN SEGÚN PROCEDIMIENTO.(Julio 2017 en adelante)
Fórmula matemática	N° de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente que cumplen según pauta en un periodo/N° total de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente evaluados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS ADMINISTRADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO.
Fórmula matemática	N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UTI NEO	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS ADMINISTRADOS POR ACCESO VASCULAR PERMANENTE QUE CUMPLEN SEGÚN PROCEDIMIENTO.(Julio 2017 en adelante)
Fórmula matemática	N° de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente que cumplen según pauta en un periodo/N° total de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente evaluados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS ADMINISTRADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO.
Fórmula matemática	N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQs1	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS ADMINISTRADOS POR ACCESO VASCULAR PERMANENTE QUE CUMPLEN SEGÚN PROCEDIMIENTO.(Julio 2017 en adelante)
Fórmula matemática	N° de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente que cumplen según pauta en un periodo/N° total de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente evaluados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS ADMINISTRADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO.
Fórmula matemática	N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQs2	

Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS ADMINISTRADOS POR ACCESO VASCULAR PERMANENTE QUE CUMPLEN SEGÚN PROCEDIMIENTO.(Julio 2017 en adelante)
Fórmula matemática	N° de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente que cumplen según pauta en un periodo/N° total de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente evaluados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS ADMINISTRADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO.
Fórmula matemática	N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQs3	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS ADMINISTRADOS POR ACCESO VASCULAR PERMANENTE QUE CUMPLEN SEGÚN PROCEDIMIENTO.(Julio 2017 en adelante)
Fórmula matemática	N° de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente que cumplen según pauta en un periodo/N° total de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente evaluados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS ADMINISTRADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO.
Fórmula matemática	N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQs4	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS ADMINISTRADOS POR ACCESO VASCULAR PERMANENTE QUE CUMPLEN SEGÚN PROCEDIMIENTO.(febrero 2019 en adelante)
Fórmula matemática	N° de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente que cumplen según pauta en un periodo/N° total de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente evaluados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQs5	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS ADMINISTRADOS POR ACCESO VASCULAR PERMANENTE QUE CUMPLEN SEGÚN PROCEDIMIENTO.
Fórmula matemática	N° de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente que cumplen según pauta en un periodo/N° total de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente evaluados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS EV ADMINISTRADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO 2° trimestre 2016 al 2° trimestre 2017
Fórmula matemática	N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQs6	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS ADMINISTRADOS POR ACCESO VASCULAR PERMANENTE QUE CUMPLEN SEGÚN PROCEDIMIENTO.(febrero 2018 en adelante)
Fórmula matemática	N° de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente que cumplen según pauta en un periodo/N° total de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente evaluados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Ped	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS QUE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE MANTENCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO.
Fórmula matemática	(Total de vías venosas periféricas que cumplen con el procedimiento de mantención según pauta en un periodo/ Total de vías venosas periféricas evaluadas en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 85% Periodicidad de la evaluación: trimestral	
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS QUE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE MANTENCIÓN DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS SEGÚN PROCEDIMIENTO.
Fórmula matemática	(Total de vías venosas periféricas que cumplen con el procedimiento de mantención en un periodo/Total de vías venosas periféricas evaluadas en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 85% Periodicidad de la evaluación: trimestral	
Neo	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS ADMINISTRADOS POR ACCESO VASCULAR PERMANENTE QUE CUMPLEN SEGÚN PROCEDIMIENTO.
Fórmula matemática	(Nº de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente que cumplen según pauta en un periodo/ Nº total de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 90% Periodicidad de la evaluación: trimestral	

Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS ADMINISTRADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO
Fórmula matemática	(Nº de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/Nº total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo X 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: trimestral
Obst-gine	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS QUE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE MANTENCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO.
Fórmula matemática	(Total de vías venosas periféricas que cumplen con el procedimiento de mantención según pauta en un periodo/ Total de vías venosas periféricas evaluadas en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS QUE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE MANTENCIÓN DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS SEGÚN PROCEDIMIENTO.
Fórmula matemática	(Total de vías venosas periféricas que cumplen con el procedimiento de mantención en un periodo/Total de vías venosas periféricas evaluadas en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: trimestral
URG	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS ADMINISTRADOS POR ACCESO VASCULAR PERMANENTE QUE CUMPLEN SEGÚN PROCEDIMIENTO. Vigente
Fórmula matemática	Nº de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente que cumplen según pauta en un periodo/Nº total de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente evaluados en el mismo periodo X 100.
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS ADMINISTRADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO (no vigente)
Fórmula matemática	Nº de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/Nº total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo X 100.
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Vacunatorio 1	
Nombre del indicador (1) vigente	PORCENTAJE DE DÍAS CON TEMPERATURA DE REFRIGERADOR DE VACUNA ENTRE 2ºC Y 8º DURANTE EL MES.
Fórmula matemática	Nº días del mes en que la temperatura de refrigerador de vacunas del servicio (x) estuvo entre 2º C y 8ºC / Nº total de días del mes del servicio (x) X 100.
Umbral de cumplimiento: 100%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral
Vacunatorio 2	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE DÍAS CON TEMPERATURA DE REFRIGERADOR DE VACUNA ENTRE 2ºC Y 8º DURANTE EL MES. Vigente
Fórmula matemática	Nº días del mes en que la temperatura de refrigerador de vacunas del servicio (x) estuvo entre 2º C y 8ºC / Nº total de días del mes del servicio (x) X 100.
Umbral de cumplimiento: 100%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE TRASLADO DE LA VACUNA EN TERMOS DE TRANSPORTES
Fórmula matemática	N° de traslados de vacunas en termo que cumplen con las condiciones de transporte según pauta / N° total de traslados de vacunas en termo X 100
Umbral de cumplimiento: 100%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral
Vacunatorio 3	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE DÍAS CON TEMPERATURA DE REFRIGERADOR DE VACUNA ENTRE 2ºC Y 8º DURANTE EL MES. Vigente
Fórmula matemática	Nº días del mes en que la temperatura de refrigerador de vacunas del servicio (x) estuvo entre 2º C y 8ºC / Nº total de días del mes del servicio (x) X 100.
Umbral de cumplimiento: 100%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE TRASLADO DE LA VACUNA EN TERMOS DE TRANSPORTES
Fórmula matemática	N° de traslados de vacunas en termo que cumplen con las condiciones de transporte según pauta / N° total de traslados de vacunas en termo X 100
Umbral de cumplimiento: 100%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral
Vacunatorio 4	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE DIAS CON TEMPERATURA DE REFRIGERADOR DE VACUNA ENTRE 2ºC Y 8º DURANTE EL MES. Vigente
Fórmula matemática	Nº días del mes en que la temperatura de refrigerador de vacunas del servicio (x) estuvo entre 2º C y 8ºC/ Nº total de días del mes del servicio (x) X 100.
Umbral de cumplimiento: 100%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE MANEJO CADENA DE FRÍO. no vigente
Fórmula matemática	Procedimiento de almacenamiento de vacunas que cumplen con las condiciones para mantener la temperatura entre 2º C y 8ºC/ Nº total de procedimientos de almacenamiento de vacunas X 100.
Umbral de cumplimiento: 95%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral

GCL 1.2 - Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

PQ 1	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera encargada de calidad

<table>
<tr><td>Fuente primaria</td><td>Pauta de supervisión administración de medicamento por vía intravenosa con acceso vascular permanente.</td></tr>
<tr><td>Fuente secundaria</td><td>Informe de evaluación periódica del indicador</td></tr>
<tr><td>Periodo evaluado</td><td>01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019</td></tr>
<tr><td>Metodología de medición del prestador</td><td>• Metodología del cálculo de la muestra: a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtiene el "n" de pautas de supervisión que serán aplicadas en el mes.
• Metodología de muestreo: Para la aplicación de pautas de supervisión, se randomizan 10 días y se aplican 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales.
Mecanismos de sustitución: En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente.
En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada, se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida.
• Criterios de cumplimiento: La pauta de supervisión consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nombre del funcionario, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios:
1. Realiza lavado de manos previo a administración de tratamiento.
2. Llevar en bandeja el medicamento preparado y rotulado.
3. Informa al paciente medicamento a administrar
4. Aseptiza los puertos de inyección.
5. Permeabiliza la vía posterior al tratamiento.
6. Registra procedimiento.
Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado)</td></tr>
<tr><td>Metodología de constatación</td><td>• Periodo evaluado: dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.
• Selección de la muestra: la constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres: 3°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019.
• Registros revisados:
- Informe de cumplimiento del indicador del periodo retrospectivo evaluado.
- Pauta de supervisión administración de medicamentos por vía intravenosa con acceso vascular permanente de la muestra seleccionada. (3°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019)
- Rol de turnos del personal (para constatar asistencia del funcionario evaluado el día evaluado)
• De la constatación: (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019)
1. Pauta de supervisión administración de medicamento por vía intravenosa con acceso vascular permanente", contiene 6 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento.
3. Se verifica en la muestra seleccionada que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019.
4. Luego, se constatan fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, para comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se solicita la rotación de turnos o marcaje del personal, que han sido evaluados en dichas pautas. Se verifica la asistencia del funcionario, para la identificación de éste, la pauta de supervisión consigna el nombre y apellido de funcionario.

<table>
<tr><td colspan="4">3º Trimestre 2018</td></tr>
<tr><td>Randomizer</td><td>FECHA</td><td>NOMBRE FUNCIONARIO</td><td>Confirma Asistencia SI/NO</td></tr>
<tr><td>5</td><td>07-09-2018</td><td>IV</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>23</td><td>03-08-2018</td><td>JMG</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>38</td><td>24-08-2019</td><td>PC</td><td>NO</td></tr>
<tr><td>52</td><td>20-07-2019</td><td>PC</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>53</td><td>23-07-2019</td><td>JMH</td><td>SI</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="4">1º Trimestre 2019</td></tr>
<tr><td>Randomizer</td><td>FECHA</td><td>NOMBRE FUNCIONARIO</td><td>Confirma Asistencia SI/NO</td></tr>
<tr><td>5</td><td>08-01-2019</td><td>JMH</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>7</td><td>10-01-2019</td><td>Nora</td><td>NO</td></tr>
<tr><td>25</td><td>07-02-2019</td><td>Jessica</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>38</td><td>26-02-2019</td><td>Valery</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>50</td><td>14-03-2019</td><td>Luis</td><td>SI</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

Período evaluado	**Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento

2° Trimestre 2016	80	90	89%			
3° Trimestre 2016	111	120	93%			
4° Trimestre 2016	97	121	80%			
1° Trimestre 2017	101	118	86%			
2° Trimestre 2017	94	120	78%			
3° Trimestre 2017	49	60	82%			
4° Trimestre 2017	53	60	88%			
1° Trimestre 2018	56	60	93%			
2° Trimestre 2018	49	60	81%			
3° Trimestre 2018	**50**	**60**	**83%**	**50**	**60**	**83%**
4° Trimestre 2018	55	60	91%			
1° Trimestre 2019	**52**	**60**	**87%**	**52**	**60**	**87%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. De los 6 atributos de cumplimiento contenidos en la pauta de supervisión, no es posible constatar el criterio N°6 dado que no se consigna identificación del paciente y el medicamento que se administró en la pauta.
3. Para comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se solicitó la rotación de turnos o marcaje del personal, que ha sido evaluado en dichas pautas.
4. Lo reportado no es concordante con lo constatado, para el periodo 3º trimestre 2018 no se puede constatar asistencia del funcionario PC en turno, para el 1º trimestre 2019 no se puede constatar asistencia del funcionario "Nora", no se encuentran en la rotativa de turnos.

Por lo anterior expuesto en el punto 4, no se valida del elemento medible en el PV, Pabellón General/Recuperación.

PQ 2

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR.
Responsable medición	Enfermera supervisora
Fuente primaria	Pauta de supervisión directa
Fuente secundaria	Informe del indicador
Periodo evaluado	01 de octubre 2018 al 30 mayo 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. • **Metodología de muestreo:** la muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. Para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará 1 diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nombre del funcionario, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Realiza lavado de manos previo a administración de tratamiento. 2. Llevar en bandeja el medicamento preparado y rotulado. 3. Informa al paciente medicamento a administrar 4. Aseptiza los puertos de inyección. 5. Permeabiliza la vía posterior al tratamiento. 6. Registra procedimiento. Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado)
Metodología de constatación	• **Período retrospectivo a evaluar:** dado que el PQ de CMA comienza sus actividades el 09 de octubre del año 2018, correspondiendo su evaluación desde esa fecha hasta el mes de mayo del año 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza de los dos trimestres a evaluar: 4° Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión administración de medicamentos por vía intravenosa con acceso vascular permanente. - Informe de evaluación del indicador. - Rotaciones de turno del personal (observador y observado) • **De la constatación:** 1. La pauta de supervisión que contiene los 6 criterios descritos en el protocolo local. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de la Ficha del indicador "Porcentaje de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente que cumplen según procedimiento", la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 6 meses a evaluar. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra del total de evaluaciones. 4. Se constatan fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar, según Ord. Circular IP N°5, a través de la aplicación de un Randomizer, según se describe a continuación: - 4° Trimestre 2018: pauta de supervisión administración de medicamentos por vía intravenosa con acceso vascular permanente, números 5, 14, 28, 36,53. - 1° Trimestre 2019: pauta de supervisión administración de medicamentos por vía intravenosa con acceso vascular permanente, números 9, 26, 40, 50, 60.

5. Para comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se solicita la rotación de turnos o marcaje del personal, que han sido evaluados en dichas pautas. Se verifica la asistencia del funcionario, para la identificación de éste, la pauta de supervisión consigna el nombre y apellido de funcionario.

4º trimestre 2018					
N° de registro	Fecha	Evaluado	Evaluador	En turno	Confirma Asistencia SI/NO
5	05/10/2018	CV	ST	SI	SI
14	18/10/2018	VM	ST	SI	SI
28	13/11/2018	NH	ST	SI	SI
36	23/11/2018	YR	NV	SI	SI
53	19/12/2018	CV	NV	SI	SI

1º trimestre 2019					
N° de registro	Fecha	Evaluado	Evaluador	En turno	Confirma Asistencia SI/NO
9	14/01/2019	VM	NV	SI	SI
26	08/02/2019	CS	ST	SI	SI
40	28/02/2019	AC	ST	SI	SI
50	14/03/2019.	CV	NV	SI	SI
60	28/03/2019.	CS	ST	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
4° Trimestre 2018	50	60	83,3%	50	60	83,3%
1° Trimestre 2019	50	60	83,3%	50	60	83,3%

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. De los 6 atributos de cumplimiento contenidos en la pauta de supervisión, el criterio N°5 no es posible constatar el paciente y el medicamento administrado, dado que no se consigna identificación del paciente y el medicamento que se administró en la pauta.
3. Para comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se solicitó la rotación de turnos o marcaje del personal, que ha sido evaluado en dichas pautas, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se da por cumplido el elemento medible.

PQ 3	
Nombre documento	INFORME DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermero supervisor
Fuente primaria	Supervisión directa
Fuente secundaria	Informe del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. • **Metodología de muestreo:** la muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. - Desde el 2° trimestre del año 2016 se establece desde la unidad de calidad, el aplicar 30 pautas mensuales, posteriormente 40 pautas mensuales o el mayor número de pautas que se puedan aplicar por oportunidad hasta llegar al n de 120 pautas trimestralmente. - Desde el 3° trimestre del año 2017, para la aplicación de las pautas de supervisión, se evalúa 1 pauta diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • **Criterios de cumplimiento:** - La pauta de supervisión consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nombre del funcionario, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Realiza lavado de manos previo a administración de tratamiento. 2. Llevar en bandeja el medicamento preparado y rotulado. 3. Informa al paciente medicamento a administrar 4. Aseptiza los puertos de inyección. 5. Permeabiliza la vía posterior al tratamiento. 6. Registra procedimiento. Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado)
Metodología de constatación	• **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación el periodo de retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director

técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3° trimestre del 2018 y 1° trimestre del 2019.

- **Registros revisados:**
- Pauta de supervisión administración de medicamentos por vía intravenosa con acceso vascular permanente.
- Informe de evaluación del indicador.
- Rotaciones de turno del personal (Observador y observado)
- **De la constatación:**

1. La pauta de supervisión que contiene los 6 criterios descritos en el protocolo local.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de la Ficha del indicador "Porcentaje de medicamentos intravenosos administrados por acceso vascular permanente que cumplen según procedimiento", la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 6 meses a evaluar.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra del total de evaluaciones.
4. Se constatan fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar, según Ord. Circular IP N°5, a través de la aplicación de un Randomizer, según se describe a continuación:

- 3° Trimestre 2018: pauta de supervisión administración de medicamentos por vía intravenosa con acceso vascular permanente, números 9, 25,42,45,46
- 1° Trimestre 2019: pauta de supervisión administración de medicamentos por vía intravenosa con acceso vascular permanente, números 20, 26, 33, 43, 53.

5. Para comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se solicita la rotación de turnos o marcaje del personal, que han sido evaluados en dichas pautas. Se verifica la asistencia del funcionario, para la identificación de éste, la pauta de supervisión consigna el nombre y apellido de funcionario.

3º trimestre 2018					
N° de registro	Fecha	Evaluado	Evaluador	En turno	Confirma Asistencia SI/NO
9	12-07-2018	AN	RC	SI	SI
25	07-08-2018	KF	RC	SI	SI
42	04-09-2018	AN	RC	SI	SI
45	07-09- 2018	AN	RC	SI	SI
46	08-09-2018	AN	RC	SI	SI

1º trimestre 2019					
N° de registro	Fecha	Evaluado	Evaluador	En turno	Confirma Asistencia SI/NO
20	30-01-2019	AN	RC	SI	SI*
26	08-02-2019	AN	RC	SI	SI
33	19-02-2019	AN	RC	SI	SI*
43	05-03-2019	AN	RC	SI	SI
52	18-03-2019	AN	RC	SI	SI

*El enfermero RC no marca registro de asistencia, ya que en día sábado es parte del equipo quirúrgico de operativos cardiovasculares. Se valida su asistencia con el registro en el protocolo operatorio correspondiente a la fecha de la pauta de cotejo.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	90	90	100%			
3° Trimestre 2016	120	120	100%			
4° Trimestre 2016	120	120	100%			
1° Trimestre 2017	120	120	100%			
2° Trimestre 2017	111	111	100%			
3° Trimestre 2017	60	60	100%			
4° Trimestre 2017	60	60	100%			
1° Trimestre 2018	55	55	100%			
2° Trimestre 2018	60	60	100%			
3° Trimestre 2018	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
4° Trimestre 2018	60	60	100%			
1° Trimestre 2019	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. De los 6 atributos de cumplimiento contenidos en la pauta de supervisión, el criterio N°6 no es posible constatar el paciente y el medicamento administrado, dado que no se consigna identificación del paciente y el medicamento que se administró en la pauta.
3. Para efectos de esta acreditación y comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se solicitó la rotación se solicitó la rotación de turnos o marcaje del personal, que ha sido evaluado en dichas pautas, lo reportado es concordante

con lo constatado.

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ad 1	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera encargada de calidad
Fuente primaria	Pauta de supervisión administración de medicamento por vía intravenosa con acceso vascular permanente
Fuente secundaria	Informe de evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Cálculo muestral**: a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtiene el "n" de pautas de supervisión que serán aplicadas en el mes. • **Metodología de muestreo**: para la aplicación de pautas de supervisión, se randomizan 10 días y se aplican 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. Luego se randomiza la cama donde se aplicar la observación. Mecanismos de sustitución: En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nombre del funcionario, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Realiza lavado de manos previo a administración de tratamiento. 2. Llevar en bandeja el medicamento preparado y rotulado. 3. Informa al paciente medicamento a administrar 4. Aseptiza los puertos de inyección. 5. Permeabiliza la vía posterior al tratamiento. 6. Registra procedimiento. Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado)
Metodología de constatación	• **Periodo evaluado:** dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: la constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando 2 trimestres: 3°Trimestre 2018 y 4° Trimestre 2018. • **Registros revisados:** - Informe de cumplimiento del indicador del periodo retrospectivo evaluado. - Pauta de supervisión administración de medicamentos por vía intravenosa con acceso vascular permanente de la muestra seleccionada. (3°Trimestre 2018 y 4° Trimestre 2018) - Rol de turnos del personal (para constatar asistencia del funcionario evaluado el día evaluado). • **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) 1. Pauta de supervisión administración de medicamento por vía intravenosa con acceso vascular permanente", contiene 6 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador, con la revisión del informe de cumplimiento que registra denominador, numerador y % de cumplimiento para los 12 trimestres evaluados.

Período evaluado	**Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	58	60	96,67%			
3° Trimestre 2016	90	90	100%			
4° Trimestre 2016	88	90	97,78%			
1° Trimestre 2017	90	90	100%			
2° Trimestre 2017	90	90	100%			
3° Trimestre 2017	60	60	100%			
4° Trimestre 2017	58	60	96,67%			
1° Trimestre 2018	59	60	98,33%			
2° Trimestre 2018	60	60	100%			
3° Trimestre 2018	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
4° Trimestre 2018	**59**	**60**	**98,33%**	**59**	**60**	**98,33%**
1° Trimestre 2019	60	60	100%			

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ad 2	
Nombre documento	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR

Responsable medición	Enfermera supervisora
Fuente primaria	Pauta de supervisión administración de medicamento por vía intravenosa con acceso vascular permanente
Fuente secundaria	Informe de evaluación del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la Muestra** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 de pautas que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. - En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** - El prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nombre del funcionario, identificación del evaluador, Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado) y evalúa los siguientes criterios: 1. Realiza lavado de manos previo a administración de tratamiento. 2. Llevar en bandeja el medicamento preparado y rotulado. 3. Informa al paciente medicamento a administrar 4. Aseptiza los puertos de inyección. 5. Permeabiliza la vía posterior al tratamiento. 6. Registra procedimiento.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión administración de medicamentos por vía intravenosa con acceso vascular permanente. - Informe de evaluación del indicador. - Rotaciones de turno del personal. • **De la constatación:** 1. Pauta de supervisión "Administración de medicamento por vía intravenosa", contiene 6 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord). circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019. 4. Se constatan fuentes primarias (5) de 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, resultado de la constatación de la fuente primaria 5. Para comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se solicitó la rotación de turnos o marcaje del personal, que han sido evaluados en dichas pautas. Se verifica la asistencia del funcionario, para la identificación de éste, la pauta de supervisión consigna el nombre y apellido de funcionario.

3° trimestre 2018

Randomizer	Funcionario	Fecha evaluación	En turno	Confirma Asistencia SI/NO
14	P. R	04-07-2018	SI	SI
20	P. A	13-07-2018	SI	SI
24	L. L	03-08-2018	SI	SI
30	K. L	09-08-2018	SI	SI
48	S. M	11-09-2018	SI	SI

1° trimestre 2019

Randomizer	Funcionario	Fecha evaluación	En turno	Confirma Asistencia SI/NO
14	P. C	25-03-2019	SI	SI
20	V. F	29-03-2019	SI	SI
24	F. G	05-02-2019	SI	SI
30	K. L	19-02-2019	NO	NO
48	V. L	10-01-2019	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**	**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**

Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2 trimestre 2016	53	60	88,8 %			
3 trimestre 2016	89	90	98,8 %			
4 trimestre 2016	89	90	98,8 %			
1 trimestre 2017	85	88	96,5 %			
2 trimestre 2017	89	90	98,8 %			
3 trimestre 2017	56	60	93,3 %			
4 trimestre 2017	54	60	90 %			
1 trimestre 2018	57	60	95 %			
2 trimestre 2018	58	60	96,6 %			
3 trimestre 2018	**57**	**60**	**95 %**	**57**	**60**	**95 %**
4 trimestre 2018	55	60	91,6 %			
1 trimestre 2019	**55**	**60**	**91,6 %**	**55**	**60**	**91,6 %**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. De los 6 atributos de cumplimiento contenidos en la pauta de supervisión, el criterio N°6 no es posible constatar el paciente y el medicamento administrado, dado que no se consigna identificación del paciente y el medicamento que se administró en la pauta.
3. Para efectos de esta acreditación y comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se solicitó la rotación se solicitó la rotación de turnos o marcaje del personal, que ha sido evaluado en dichas pautas.
4. Con respecto al funcionario KL, no se encontraba en rotación de turno el día evaluado, referente señala que "probablemente fue un cambio turno." Lo reportado no es concordante con lo constatado por la entidad.

Por lo descrito en el punto 4, no se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ad 3

Nombre documento	Informe cumplimiento indicador
Responsable medición	Enfermera encargada de calidad
Fuente primaria	Pauta de supervisión administración de medicamento por vía intravenosa con acceso vascular permanente.
Fuente secundaria	Informe de cumplimiento del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Cálculo muestral**: a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtiene el "n" de pautas de supervisión que serán aplicadas en el mes. • **Metodología de muestreo**: para la aplicación de pautas de supervisión, se randomizan 10 días y se aplican 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. Luego se randomiza la cama donde se aplicar la observación. Mecanismos de sustitución: en caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • **Criterios de cumplimiento:** la pauta de supervisión consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nombre del funcionario, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Realiza lavado de manos previo a administración de tratamiento. 2. Llevar en bandeja el medicamento preparado y rotulado. 3. Informa al paciente medicamento a administrar 4. Aseptiza los puertos de inyección. 5. Permeabiliza la vía posterior al tratamiento. 6. Registra procedimiento. Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado)
Metodología de constatación	• **Periodo evaluado**: dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando 2 trimestres: 3°Trimestre 2018 y 4° Trimestre 2018. • **Registros revisados:** - Informe de cumplimiento del indicador del periodo retrospectivo evaluado. - Pauta de supervisión administración de medicamentos por vía intravenosa con acceso vascular permanente de la muestra seleccionada. (3°Trimestre 2018 y 4° Trimestre 2018) • **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) 1. Pauta de supervisión "Administración de medicamento por vía intravenosa", contiene 6 criterios que no se encuentran contenidos explícitamente en el protocolo, si e la "Pauta de supervisión" anexada a este. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar.

Período evaluado	Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado			Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	60	60	100%			
3° Trimestre 2016	89	90	98,89%			
4° Trimestre 2016	90	90	100%			
1° Trimestre 2017	88	90	97,78%			
2° Trimestre 2017	88	90	97,78%			
3° Trimestre 2017	59	60	98,33%			
4° Trimestre 2017	56	60	93,33%			
1° Trimestre 2018	48	50	96%			
2° Trimestre 2018	60	60	100%			
3° Trimestre 2018	**54**	**60**	**90%**	**54**	**60**	**90%**
4° Trimestre 2018	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
1° Trimestre 2019	60	60	100%			

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ped

Nombre documento	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora y encargada de calidad
Fuente primaria	Pauta de supervisión administración de medicamento por vía intravenosa con acceso vascular permanente.
Fuente secundaria	Informe de cumplimiento del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra**: a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtiene el Nº de pautas de supervisión que serán aplicadas en el mes. • **Metodología de muestreo**: para la aplicación de pautas de supervisión, se randomizan 10 días y se aplican 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada, se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento: l**a pauta de supervisión consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nombre del funcionario, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Realiza lavado clínico de manos previo a administración de tratamiento. 2. Llevar en bandeja el medicamento preparado y rotulado. 3. Informa al paciente medicamento a administrar. 4. Aseptiza los puertos de inyección. 5. Permeabiliza la vía posterior al tratamiento. 6. Registra procedimiento. Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado)
Metodología de constatación	• **Período a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019. • **Registros revisados** - Informe de evaluación periódica del indicador - Pauta de supervisión administración de medicamentos por vía intravenosa con acceso vascular permanente. - Rotación de turnos: julio, agosto, septiembre 2018 y enero, febrero, marzo 2019. • **De la constatación:** (Según Ord. IP N° 5 del 17 de mayo de 2019) 1. Pauta de supervisión "Administración de medicamento por vía intravenosa con acceso vascular permanente", contiene 6 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019. 4. Se constatan fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5. 5. Para comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se solicita la rotación de turnos o marcaje del personal, que han sido evaluados en dichas pautas. Se verifica la asistencia del funcionario, para la identificación de éste, la pauta de supervisión consigna el nombre y

apellido de funcionario.

3º trimestre 2018				
Randomizer	Funcionario	Fecha de Evaluación	En turno	Confirma Asistencia SI/NO
6	J. G	09-07-2018	SI	SI
7	D. B	10-07-2018	SI	SI
29	G. A	09-08-2018	SI	SI
56	D. B	24-09-2018	SI	SI
58	Y. R	27-09-2018	SI	SI

1º trimestre 2019				
Randomizer	Funcionario	Fecha de Evaluación	En turno	Confirma Asistencia SI/NO
6	C. V	04-01-2019	SI	SI
7	I. G	10-01-2019	SI	SI
29	K. M	11-02-2019	SI	SI
56	S. Á	26-03-2019	SI	SI
58	P. G	28-03-2019	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	60	60	100%			
3º trimestre 2016	90	90	100%			
4º trimestre 2016	90	90	100%			
1º trimestre 2017	90	90	100%			
2º trimestre 2017	90	90	100%			
3º trimestre 2017	60	60	100%			
4º trimestre 2017	60	60	100%			
1º trimestre 2018	60	60	100%			
2º trimestre 2018	60	60	100%			
3º trimestre 2018	**59**	**60**	**98%**	**59**	**60**	**98%**
4º trimestre 2018	60	60	100%			
1º trimestre 2019	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
2º trimestre 2019	40	40	100%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. De los 6 atributos de cumplimiento contenidos en la pauta de supervisión, el criterio N°6 no es posible constatar el paciente y el medicamento administrado, dado que no se consigna identificación del paciente y el medicamento que se administró en la pauta.
3. Para efectos de esta acreditación y comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se solicitó la rotación de turnos o marcaje del personal, que ha sido evaluado en dichas pautas. Lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Neo 1	
Nombre documento	INFORME DE LA EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Matrona supervisora
Fuente primaria	Pauta de supervisión administración de medicamento por vía intravenosa con acceso vascular permanente.
Fuente secundaria	Informe de cumplimiento del indicador
Periodo evaluado	01 de abril 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra**: a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtiene el Nº de pautas de supervisión que serán aplicadas en el mes. • **Metodología de muestreo**: para la aplicación de pautas de supervisión, se randomizan 10 días y se aplican 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada, se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nombre del funcionario, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Realiza lavado clínico de manos previo a administración de tratamiento.

2. Llevar en bandeja el medicamento preparado y rotulado.
3. Informa al paciente medicamento a administrar.
4. Aseptiza los puertos de inyección.
5. Permeabiliza la vía posterior al tratamiento.
6. Registra procedimiento.

Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado)

Metodología de constatación

- **Período a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.
- **Selección de la muestra**: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019.
- **Registros revisados:**

- Informe de evaluación periódica del indicador
- Pauta de supervisión administración de medicamentos por vía intravenosa con acceso vascular permanente.
- Libro de entrega de turno.

- **De la constatación:** (Según Ord. IP N° 5 del 17 de mayo de 2019)

1. Pauta de supervisión "Administración de medicamento por vía intravenosa con acceso vascular permanente", contiene 6 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019.
4. Se constatan fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5.
5. Para comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se solicitó la rotación de turnos o marcaje del personal, que han sido evaluados en dichas pautas. Se verifica la asistencia del funcionario, para la identificación de éste, la pauta de supervisión consigna el nombre y apellido de funcionario.

3º trimestre 2018

Randomizer	Funcionario	Fecha de Evaluación	En turno	Confirma Asistencia SI/NO
3	JN	06-07-2018	SI	SI
24	MF	03-08-2018	SI	SI
27	CC	07-08-2018	SI	SI
50	MS	13-09-2018	SI	SI
60	MF	28-09-2018	SI	SI

1º trimestre 2019

Randomizer	Funcionario	Fecha de Evaluación	En turno	Confirma Asistencia SI/NO
3	LO	03-01-2019	SI	SI
24	VB	05-02-2019	SI	SI
27	RG	08-02-2019	SI	SI
50	IG	15-03-2019	SI	SI
60	FB	29-03-2019	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	60	60	100%			
3º trimestre 2016	90	89	98,8%			
4º trimestre 2016	90	90	100%			
1º trimestre 2017	90	90	100%			
2º trimestre 2017	90	90	100%			
3º trimestre 2017	60	60	100%			
4º trimestre 2017	60	60	100%			
1º trimestre 2018	60	60	100%			
2º trimestre 2018	60	60	100%			
3º trimestre 2018	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
4º trimestre 2018	60	60	100%			
1º trimestre 2019	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
2º trimestre 2019	40	40	100%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. De los 6 atributos de cumplimiento contenidos en la pauta de supervisión, el criterio N°6 no es posible constatar el paciente y el medicamento administrado, dado que no se consigna identificación del paciente y el medicamento que se administró en la pauta.

3. Para efectos de esta acreditación y comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se solicitó la rotación de turnos o marcaje del personal, que ha sido evaluado en dichas pautas.
4. Supervisora no cuenta con rotación de turnos, se verifica por medio de libro de entrega de turnos. Lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Neo 2	
Nombre documento	INFORME DE LA EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Matrona supervisora
Fuente primaria	Pauta de supervisión administración de medicamento por vía intravenosa con acceso vascular permanente.
Fuente secundaria	Informe de cuplimiento del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra**: a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtiene el Nº de pautas de supervisión que serán aplicadas en el mes. • **Metodología de muestreo**: para la aplicación de pautas de supervisión, se randomizan 10 días y se aplican 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada, se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** la pauta de supervisión consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nombre del funcionario, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Realiza lavado clínico de manos previo a administración de tratamiento. 2. Llevar en bandeja el medicamento preparado y rotulado. 3. Informa al paciente medicamento a administrar. 4. Aseptiza los puertos de inyección. 5. Permeabiliza la vía posterior al tratamiento. 6. Registra procedimiento. Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado)
Metodología de constatación	• **Período a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Informe de evaluación periódica del indicador - Pauta de supervisión administración de medicamentos por vía intravenosa con acceso vascular permanente. - Libro de entrega de turno. - Marcación de asistencia. • **De la constatación:** (Según Ord. IP N° 5 del 17 de mayo de 2019) 1. Pauta de supervisión "Administración de medicamento por vía intravenosa con acceso vascular permanente", contiene 6 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019. 4. Se constatan fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5. 5. Para comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se solicitó la rotación de turnos o marcaje del personal, que han sido evaluados en dichas pautas. Se verifica la asistencia del funcionario, para la identificación de éste, la pauta de supervisión consigna el nombre y apellido de funcionario.

3º trimestre 2018

Randomizer	Funcionario	Fecha de Evaluación	En turno	Confirma Asistencia SI/NO
3	DQ	06-07-2018	NO	NO
24	DQ	03-08-2018	SI	SI
27	Franchesca	07-08-2018	SI	SI
50	DQ	13-09-2018	SI	SI
60	Laura	28-09-2018	NO	NO

	1º trimestre 2019					
	Randomizer	Funcionario	Fecha de Evaluación	En turno	Confirma Asistencia SI/NO	
	3	NG	03-01-2019	SI	SI	
	24	MM	05-02-2019	SI	SI	
	27	JG	08-02-2019	SI	SI	
	50	DI	15-03-2019	SI	SI	
	60	CA	29-03-2019	SI	SI	

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	58	60	96,6			
3º trimestre 2016	90	90	100%			
4º trimestre 2016	90	90	100%			
1º trimestre 2017	90	90	100%			
2º trimestre 2017	90	90	100%			
3º trimestre 2017	60	60	100%			
4º trimestre 2017	60	60	100%			
1º trimestre 2018	60	60	100%			
2º trimestre 2018	60	60	100%			
3º trimestre 2018	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
4º trimestre 2018	60	60	100%			
1º trimestre 2019	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
2º trimestre 2019	39	39	100%			

Descripción de los hallazgos

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. De los 6 atributos de cumplimiento contenidos en la pauta de supervisión, el criterio N°6 no es posible constatar el paciente y el medicamento administrado, dado que no se consigna identificación del paciente y el medicamento que se administró en la pauta.
3. Para efectos de esta acreditación y comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, de se solicitó la rotación se solicitó la rotación se solicitó la rotación de turnos o marcaje del personal, que ha sido evaluado en dichas pautas.
4. Supervisora no cuenta con rotación de turnos, se verifica los funcionarios presentes por medio de libro de entrega de turnos, En pauta de julio de 2018, según lo randomizado en terreno, no es posible verificar la presencia de funcionaria de pauta Nº 3, correspondiente al 06-07-2018. Se coteja con marcación de funcionaria, la cual registra ingreso a las 21:00 hrs. Las pautas son aplicadas en turno diurno. En pauta de septiembre de 2018, según lo randomizado en terreno, no es posible verificar la presencia de funcionario de pauta Nº60, correspondiente al 28/09/2018. No se puede verificar con marcación.

Por lo señalado en el punto 4, no se da por cumplido el elemento medible

MQs1	
Nombre documento	INFORME PAUTA DE SUPERVISIÓN INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora del servicio; Enfermera diurna.
Fuente primaria	Pauta de supervisión "Administración de medicamento por vía intravenosa"
Fuente secundaria	Informe de cumplimiento del Indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%, el umbral de cumplimiento del indicador definido por el prestador es 90%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtiene el "n" de pautas de supervisión que serán aplicadas en el mes. • **Metodología de muestreo:** para la aplicación de pautas de supervisión, se randomizan 10 días y se aplican 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. • En el servicio, enfermera supervisora, realiza la aleatorización de las camas en las que se evaluará el procedimiento con Randomizer. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada, se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida • **Criterios de cumplimiento:** la pauta de supervisión consigna: el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, nombre del funcionario, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: • Realiza lavado de manos previo a administración de tratamiento. 1. Llevar en bandeja el medicamento preparado y rotulado. 2. Informa al paciente medicamento a administrar 3. Aseptiza los puertos de inyección. 4. Permeabiliza la vía posterior al tratamiento. 5. Registra procedimiento. Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado)
Metodología de constatación	• **Periodo evaluado:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación el período retrospectivo es de 36 meses, comprendido entre el 01 de abril de 2016 al 30 de abril de 2019 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.

- **Selección de la muestra**: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3° y 4º Trimestre 2018.
- **Registros revisados**:
- Informe de cumplimiento del indicador del periodo retrospectivo evaluado.
- Pautas de supervisión, "Administración de medicamentos por vía intravenosa", de la muestra seleccionada (3° y 4º Trimestre 2018)
- Rotativa de turnos del personal (para constatar asistencia del funcionario evaluado el día evaluado)
- **De la constatación:** (Según Ord. IP N° 5)

1. Pauta de supervisión "Administración de medicamento por vía intravenosa con acceso vascular permanente", contiene 6 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar.
3. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° y 4º Trimestre de 2018.
4. Se constatan fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, se aleatorizan 5 días en que se aplicó pauta de evaluación.
5. Para comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se solicitó la rotación de turnos o marcaje del personal, que han sido evaluados en dichas pautas. Se verifica la asistencia del funcionario, para la identificación de éste, la pauta de supervisión consigna el nombre y apellido de funcionario.

3° Trimestre 2018				
Randomizer	Funcionario	Fecha evaluación	En turno	Confirma Asistencia SI/NO
28	MA	27-08-2018	SI	SI
31	CC	01-08-2019	SI	SI
32	RC	13-08-2019	SI	SI
33	SL	16-08-2018	SI	SI
45	JB	11-09-2018	SI	SI

4º Trimestre 2018				
Randomizer	Funcionario	Fecha evaluación	En turno	Confirma Asistencia SI/NO
4	SC	26-10-2018	SI	SI
8	NS	20-11-2018	SI	SI
14	CM	13-12-2018	SI	SI
36	SR	13-12-2018	SI	SI
49	JM	27-12-2018	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º Trimestre 2016	52	60	86,67 %			
3º Trimestre 2016	71	90	78,89 %			
4º Trimestre 2016	82	90	91,11 %			
1º Trimestre 2017	85	90	94,44 %			
2º Trimestre 2017	79	90	87,78 %			
3º Trimestre 2017	60	60	100 %			
4º Trimestre 2017	57	60	95 %			
1º Trimestre 2018	54	60	90 %			
2º Trimestre 2018	47	60	78,3			
3º Trimestre 2018	**48**	**60**	**80 %**	**48**	**60**	**80 %**
4º Trimestre 2018	**56**	**60**	**93,3 %**	**56**	**60**	**93,3 %**
1º Trimestre 2019	55	60	92,6 %			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. De los 5 atributos de cumplimiento contenidos en la pauta de supervisión, el criterio N°5 no es posible constatar el paciente y el medicamento administrado, dado que no se consigna identificación del paciente y el medicamento que se administró en la pauta.
3. Para efectos de esta acreditación y comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se solicitó la rotación de turnos o marcaje del personal, que ha sido evaluado en dichas pautas. Lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible

MQs2	
Nombre documento	Informe pauta de Supervisión Indicador
Responsable medición	Enfermera supervisora del servicio; Enfermera diurna.
Fuente primaria	Pauta de supervisión "Administración de medicamento por vía intravenosa"

Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra**: a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%, el umbral de cumplimiento del indicador definido por el prestador es 90 % La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtiene el "n" de pautas de supervisión que serán aplicadas en el mes. • **Metodología de muestreo**: para la aplicación de pautas de supervisión, se Randomizer 10 días y se aplican 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. • En el servicio, enfermera supervisora, realiza la aleatorización de las camas en las que se evaluara el procedimiento con Randomizer. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada, se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios evaluados:** la pauta de supervisión consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nombre del funcionario, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Realiza lavado de manos previo a administración de tratamiento. 2. Llevar en bandeja el medicamento preparado y rotulado. 3. Informa al paciente medicamento a administrar 4. Aseptiza los puertos de inyección. 5. Permeabiliza la vía posterior al tratamiento. 6. Registra procedimiento. Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado)
Metodología de constatación	• **Periodo evaluado:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación el período retrospectivo es de 36 meses, comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3° y 4º Trimestre 2018. • **Registros revisados**: - Informe de cumplimiento del indicador del periodo retrospectivo evaluado. - Pautas de supervisión, "Administración de medicamentos por vía intravenosa", de la muestra seleccionada (3° y 4º Trimestre 2018) - Rotativa de turnos del personal (para constatar asistencia del funcionario evaluado el día evaluado) • **De la constatación:** (Según Ord. IP N° 5) 1. La Pauta de supervisión "Administración de medicamento por vía intravenosa con acceso vascular permanente", contiene 6 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º Trimestre 2016	60	60	100 %			
3º Trimestre 2016	90	90	100 %			
4º Trimestre 2016	88	90	97,78 %			
1º Trimestre 2017	88	90	97,78 %			
2º Trimestre 2017	88	90	97,8 %			
3º Trimestre 2017	56	60	93,33 %			
4º Trimestre 2017	60	60	100 %			
1º Trimestre 2018	53	60	88,33 %			
2º Trimestre 2018	54	60	90 %			
3º Trimestre 2018	**56**	**60**	**93,33 %**	**56**	**60**	**93,33**
4º Trimestre 2018	**59**	**60**	**98,33 %**	**59**	**60**	**98,33**
1º Trimestre 2019	60	60	100 %			

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto al número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQs3	
Nombre documento	Informe pauta de Supervisión Indicador
Responsable medición	Enfermera supervisora del servicio; Enfermera diurna.
Fuente primaria	Pauta de supervisión "Administración de medicamento por vía intravenosa"
Fuente secundaria	Informe de cumplimiento del indicador
Periodo evaluado	01 de Mayo 2016 a 30 Abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Cálculo muestral**: a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%, el umbral de cumplimiento del indicador definido por el prestador es 90 % La muestra

	obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtiene el "n" de pautas de supervisión que serán aplicadas en el mes. • **Metodología de aplicación de pautas**: Para la aplicación de pautas de supervisión, se randomizan 10 días y se aplican 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. • En el servicio, enfermera supervisora, realiza la aleatorización de las camas en las que se evaluara el procedimiento con randomizer caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada, se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **La pauta de supervisión** consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nombre del funcionario, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Realiza lavado de manos previo a administración de tratamiento. 2. Llevar en bandeja el medicamento preparado y rotulado. 3. Informa al paciente medicamento a administrar 4. Aseptiza los puertos de inyección. 5. Permeabiliza la vía posterior al tratamiento. 6. Registra procedimiento. Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado)
Metodología de constatación	• **Periodo evaluado:** Dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período retrospectivo es de 36 meses, comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar : 3° y 4º Trimestre 2018 • **Registros revisados**: - Informe de cumplimiento del indicador del periodo retrospectivo evaluado. - Pauta de supervisión "Administración de medicamentos por vía intravenosa", de la muestra seleccionada (3° y 4º Trimestre 2018) - Rotativa de turnos del personal (para constatar asistencia del funcionario evaluado el día evaluado) • **De la constatación:** (Según Ord. IP N° 5) 1. La Pauta de supervisión "Administración de medicamento por vía intravenosa con acceso vascular permanente", contiene 6 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º Trimestre 2016	52	60	86,67 %			
3º Trimestre 2016	87	90	96,67 %			
4º Trimestre 2016	81	85	95,29 %			
1º Trimestre 2017	90	90	100 %			
2º Trimestre 2017	89	90	98 %			
3º Trimestre 2017	55	60	91,67 %			
4º Trimestre 2017	60	60	100 %			
1º Trimestre 2018	55	60	91,67 %			
2º Trimestre 2018	57	60	95 %			
3º Trimestre 2018	**57**	**60**	**95 %**	**57**	**60**	**100 %**
4º Trimestre 2018	**60**	**60**	**100 %**	**60**	**60**	**100 %**
1º Trimestre	60	60	100 %			

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto al número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible

MQs4	
Nombre documento	Informe pauta de Supervisión Indicador
Responsable medición	Enfermera supervisora del servicio; Enfermera diurna.
Fuente primaria	Pauta de supervisión "Administración de medicamento por vía intravenosa"
Fuente secundaria	Informe de cumplimiento del indicador
Periodo evaluado	24 de Enero de 2019 al 30 Abril 2019 (Unidad inicia funcionamiento 24 enero 2019)
	• **Metodología del Cálculo muestral**: a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%, el umbral de cumplimiento del indicador definido por el prestador es 90 % La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtiene el "n" de pautas de supervisión que serán aplicadas en el mes. • **Metodología de aplicación de pautas**: para la aplicación de pautas de supervisión, se randomizan 10 días y se aplican 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales.

<table>
<tr><td></td><td>En el servicio, enfermera supervisora, realiza la aleatorización de las camas en las que se evaluara el procedimiento con Randomizer. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente.
En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada, se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida.
• Criterios evaluados: la pauta de supervisión consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nombre del funcionario, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios:
1. Realiza lavado de manos previo a administración de tratamiento.
2. Llevar en bandeja el medicamento preparado y rotulado. Informa al paciente medicamento a administrar
3. Aseptiza los puertos de inyección.
4. Permeabiliza la vía posterior al tratamiento.
5. Registra procedimiento.
Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado)</td></tr>
<tr><td>Metodología de constatación</td><td>• Periodo evaluado: para este proceso de reacreditación aplica un periodo retrospectivo de 3 años, pero en este servicio que inició su funcionamiento el 24 de Enero de 2019 se constará el primer trimestre de 2019, único periodo con evaluaciones realizadas por el prestador.
• Selección de la muestra: la constatación se realiza en el único periodo que el prestador a evaluado periódicamente y que corresponde al período en que la unidad ha estado en funcionamiento, 1º Trimestre de 2019.
• Registros revisados:
- Informe de cumplimiento del indicador del periodo retrospectivo evaluado.
- Pauta de supervisión “Administración de medicamentos por vía intravenosa”, de la muestra seleccionada. (3° y 4º Trimestre 2018)
- Rotativa de turnos del personal (para constatar asistencia del funcionario evaluado el día evaluado)
• De la constatación: (Según Ord. IP N° 5)
1. La Pauta de supervisión “Administración de medicamento por vía intravenosa con acceso vascular permanente”, contiene 6 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar.</td></tr>
</table>

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
1º Trimestre 2019	43	46	93,48%	43	46	93,48%

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto al número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQs5	
Nombre documento	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora
Fuente primaria	Pauta de supervisión administración de medicamento por vía intravenosa con acceso vascular permanente
Fuente secundaria	Informe de evaluación del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la Muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SISpara indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 de pautas que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. - En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. - En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** el prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nombre del funcionario, identificación del evaluador, Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado) y evalúa los siguientes criterios: 1. Realiza lavado de manos previo a administración de tratamiento. 2. Llevar en bandeja el medicamento preparado y rotulado. 3. Informa al paciente medicamento a administrar 4. Aseptiza los puertos de inyección. 5. Permeabiliza la vía posterior al tratamiento. 6. Registra procedimiento.
	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de reacreditación aplica un periodo

Metodología de constatación	retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de abril de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3° Trimestre 2018 y 4° Trimestre 2018. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión administración de medicamentos por vía intravenosa con acceso vascular permanente. - Informe de evaluación del indicador. - Rotaciones de turno del personal. • **De la constatación:** 1. Pauta de supervisión "Administración de medicamento por vía intravenosa", contiene 6 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord). circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico 3° Trimestre de 2018 y 4° Trimestre de 2018.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2 trimestre 2016	55	60	91,67%			
3 trimestre 2016	72	89	80,90%			
4 trimestre 2016	78	83	93,98%			
1 trimestre 2017	82	90	91,11%			
2 trimestre 2017	82	90	91,11%			
3 trimestre 2017	51	60	85%			
4 trimestre 2017	58	60	96,67%			
1 trimestre 2018	60	60	100%			
2 trimestre 2018	60	60	100%			
3 trimestre 2018	**36**	**60**	**60%**	**36**	**60**	**60 %**
4 trimestre 2018	**57**	**60**	**95%**	**57**	**60**	**95 %**
1 trimestre 2019	58	60	96,67%			

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto al número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQs6	
Nombre documento	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora
Fuente primaria	Pauta de supervisión administración de medicamento por vía intravenosa con acceso vascular permanente
Fuente secundaria	Informe de evaluación del indicador
Periodo evaluado	01 de febrero de 2018 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la Muestra:** la muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 de pautas que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. - En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. - En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** el prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nombre del funcionario, identificación del evaluador, Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado) y evalúa los siguientes criterios: 1. Realiza lavado de manos previo a administración de tratamiento. 2. Llevar en bandeja el medicamento preparado y rotulado. 3. Informa al paciente medicamento a administrar 4. Aseptiza los puertos de inyección. 5. Permeabiliza la vía posterior al tratamiento. 6. Registra procedimiento.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo desde febrero 2018 al 30 de abril 2019, fecha de inicio de funcionamiento de la

unidad.

- **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3°Trimestre 2018 y 4° Trimestre 2018.
- **Registros revisados:**

- Pauta de supervisión administración de medicamentos por vía intravenosa con acceso vascular permanente.
- Informe de evaluación del indicador.
- Rotaciones de turno del personal.

- **De la constatación:**

1. Pauta de supervisión "Administración de medicamento por vía intravenosa", contiene 6 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento del periodo a evaluar.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord). circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico 3° Trimestre de 2018 y 4° Trimestre de 2018.
4. Se constatan fuentes primarias (5) de 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5.
5. Para comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se solicitó la rotación de turnos o marcaje del personal, que han sido evaluados en dichas pautas. Se verifica la asistencia del funcionario, para la identificación de éste la pauta de supervisión consigna el nombre y apellido de funcionario.

3° trimestre 2018				
Randomizer	Funcionario	Fecha evaluación	En turno	Confirma Asistencia SI/NO
14	G. O	17-07-2018	SI	SI
20	G. O	30-07-2018	SI	SI
24	B. C	03-08-2018	SI	SI
30	K. Y	09-08-2018	SI	SI
48	D. O	11-09-2018	SI	SI

4° trimestre 2018				
Randomizer	Funcionario	Fecha evaluación	En turno	Confirma Asistencia SI/NO
14	B.G.	23-10-2018	SI	SI
20	C.O.	29-10-2018	SI	SI
24	J.G.	12-11-2018	SI	SI
30	K. B.	19-11-2018	SI	SI
48	P.P.	13-12-2018	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
1 trimestre 2018	23	32	71,88 %			
2 trimestre 2018	57	60	95 %			
3 trimestre 2018	**54**	**60**	**90 %**	**54**	**60**	**90 %**
4 trimestre 2018	**54**	**60**	**90 %**	**54**	**60**	**90 %**
1 trimestre 2019	57	60	95 %			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto al número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. De los 6 atributos de cumplimiento contenidos en la pauta de supervisión, el criterio N°6 no es posible constatar el paciente y el medicamento administrado, dado que la pauta de evaluación no consigna identificación del paciente y el medicamento que se administró.
3. Para efectos de esta reacreditación y comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se solicitó la rotación de turno o marcaje del personal, que ha sido evaluado en dichas pautas. Lo reportado es concordante con lo constado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

Ped.	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora de la unidad
Fuente primaria	Pautas de supervisión mantención de vía venosa periférica
Fuente secundaria	Informe de cumplimiento del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición	• **Metodología del cálculo de la muestra**:

<table>
<tr><td>del prestador</td><td>La muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtiene el Nº de pautas de supervisión que serán aplicadas en el mes.
• Metodología de muestreo:
Para la aplicación de pautas de supervisión, se randomizan 10 días y se aplican 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales.
En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente.
En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada, se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida.
En la unidad se randomizan salas y camas por sistema Randomizer
• Criterios de cumplimiento: La pauta de supervisión consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Número de ficha del paciente, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios:
1. Gasa o apósito transparente limpio, seco y fijo.
2. Cambio de VP según procedimiento.
3. Manejar circuito cerrado.
Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado / NA: no aplica)</td></tr>
<tr><td>Metodología de constatación</td><td>• Período a evaluar: Dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio 2016 a 30 de abril de 2019.
• Selección de la muestra:
La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3° Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019.
• Registros revisados:
- Informe de evaluación periódica del indicador
- Pauta de supervisión mantención de vía venosa periférica.
- Ficha digitalizada del paciente.
• De la constatación: (Según Ord. IP N° 5 del 17 de mayo de 2019)
1. Pauta de supervisión "Mantención de vía venosa periférica", contiene 3 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo.
2. Se constata la medición periódica del indicador en el Informe de la evaluación periódica, con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019.
4. Se constatan fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, evaluando el registro de la vía venosa periférica.
5. Para comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se constata que el paciente consignado en la pauta esté hospitalizado el día de la evaluación.

<table>
<tr><th colspan="5">3º trimestre 2018</th></tr>
<tr><td>Randomizer</td><td>Nº ficha de paciente</td><td>Fecha de Evaluación</td><td>Con VVP</td><td>Cumplimiento</td></tr>
<tr><td>26</td><td>73092x</td><td>06-08-2018</td><td>SI</td><td>Cumple</td></tr>
<tr><td>27</td><td>73092x</td><td>07-08-2018</td><td>SI</td><td>Cumple</td></tr>
<tr><td>47</td><td>74846x</td><td>11-09-2018</td><td>SI</td><td>Cumple</td></tr>
<tr><td>58</td><td>68490x</td><td>27-09-2018</td><td>SI</td><td>Cumple</td></tr>
<tr><td>59</td><td>74995x</td><td>28-09-2018</td><td>SI</td><td>Cumple</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="5">1º trimestre 2019</th></tr>
<tr><td>Randomizer</td><td>Nº ficha de paciente</td><td>Fecha de Evaluación</td><td>Con VVP</td><td>Cumplimiento</td></tr>
<tr><td>26</td><td>64009x</td><td>07-02-2019</td><td>SI</td><td>Cumple</td></tr>
<tr><td>27</td><td>75120x</td><td>08-02-2019</td><td>SI</td><td>Cumple</td></tr>
<tr><td>47</td><td>73496x</td><td>12-03-2019</td><td>SI</td><td>Cumple</td></tr>
<tr><td>58</td><td>73617x</td><td>26-03-2019</td><td>SI</td><td>Cumple</td></tr>
<tr><td>59</td><td>74331x</td><td>28-03-2019</td><td>SI</td><td>Cumple</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	56	60	93,33%			
3º trimestre 2016	86	90	95,56%			
4º trimestre 2016	85	90	94,44%			
1º trimestre 2017	85	90	94,44%			
2º trimestre 2017	83	90	92,22%			

3º trimestre 2017	54	60	90%			
4º trimestre 2017	56	60	93,33%			
1º trimestre 2018	53	60	88,3%			
2º trimestre 2018	53	60	88,33%			
3º trimestre 2018	**54**	**60**	**90%**	**54**	**60**	**90%**
4º trimestre 2018	55	60	91,67%			
1º trimestre 2019	**54**	**60**	**90%**	**54**	**60**	**90%**
2º trimestre 2019	34	40	85%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto al número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Dado que el prestador refiere que su fuente primaria es la pauta de observación, para revisar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se constata que el paciente consignado en la pauta esté hospitalizado el día de la evaluación. Lo reportado es concordante con lo constado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

Neo.	
Nombre documento	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Matrona supervisora
Fuente primaria	Pauta de supervisión administración de medicamentos por vía intravenosa con acceso vascular permanente.
Fuente secundaria	Informe de cumplimiento del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra**: la muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtiene el nº de pautas de supervisión que serán aplicadas en el mes. • **Metodología de muestreo**: para la aplicación de pautas de supervisión, se randomizan 10 días y se aplican 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada, se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** la pauta de supervisión consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nombre del funcionario, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Realiza lavado clínico de manos previo a administración de tratamiento. 2. Llevar en bandeja el medicamento preparado y rotulado. 3. Informa al paciente medicamento a administrar. 4. Aseptiza los puertos de inyección. 5. Permeabiliza la vía posterior al tratamiento. 6. Registra procedimiento. Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado)
Metodología de constatación	• **Período a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3° Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Informe de evaluación periódica del indicador - Pauta de supervisión administración de medicamentos por vía intravenosa con acceso vascular permanente. - Libro de entrega de turno. - Marcación de asistencia. • **De la constatación:** (Según Ord. IP N° 5 del 17 de mayo de 2019) 1. Pauta de supervisión "Administración de medicamento por vía intravenosa con acceso vascular permanente", contiene 6 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador en el Informe de la evaluación periódica, con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019. 4. Se constatan fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5. 5. Para comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se solicitó la rotación de turnos o marcaje del personal, que han sido evaluados en dichas pautas. Se verifica la asistencia del funcionario, para la identificación de éste, la pauta de supervisión consigna el nombre y apellido de funcionario.

3º trimestre 2018				
Randomizer	Funcionario	Fecha de Evaluación	En turno	Confirma Asistencia SI/NO
3	DI	05-07-2018	SI	SI
24	DI	06-08-2018	SI	SI
27	IS	13-08-2018	SI	SI
50	AA	13-09-2018	SI	SI
60	DI	28-09-2018	SI	SI

1º trimestre 2019				
Randomizer	Funcionario	Fecha de Evaluación	En turno	Confirma Asistencia SI/NO
3	DI	04-01-2019	SI	SI
24	IS	05-02-2019	SI	SI
29*	VY	11-02-2019	SI	SI
50	VY	15-03-2019	SI	SI
60	DQ	29-03-2019	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	69	70	98,5%			
3º trimestre 2016	47	47	100%			
4º trimestre 2016	20	20	100%			
1º trimestre 2017	45	45	100%			
2º trimestre 2017	65	65	100%			
3º trimestre 2017	50	50	100%			
4º trimestre 2017	56	56	100%			
1º trimestre 2018	60	60	100%			
2º trimestre 2018	54	54	100%			
3º trimestre 2018	**56**	**56**	**100%**	**56**	**56**	**100%**
4º trimestre 2018	52	52	100%			
1º trimestre 2019	**51**	**51**	**100%**	**51**	**51**	**100%**
2º trimestre 2019	38	38	100%			

Descripción de los hallazgos:

1.En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

2. De los 6 atributos de cumplimiento contenidos en la pauta de supervisión, el criterio N°6 no es posible constatar el paciente y el medicamento administrado, dado que no se consigna identificación del paciente y el medicamento que se administró en la pauta.

3. Para efectos de esta acreditación y comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se solicitó la rotación de turnos o marcaje del personal, que ha sido evaluado en dichas pautas. Lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

Obst.gine	
Nombre documento	PROCEDIMIENTO INSTALACIÓN Y MANEJO DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS – INDICADOR DE MANTENCIÓN DE VÍA VENOSA PERIFÉRICA
Responsable medición	Matrona Supervisora por Unidad
Fuente primaria	Pauta de supervisión mantención de vía venosa periférica
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** para el cálculo del tamaño muestral utiliza calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento 80% y margen de error del 5%. Descrito lo anterior el prestador aplica al menos 20 pautas mensuales. • **Metodología de muestreo:** Se seleccionan los días (10 días) y las camas a evaluar, usando el randomizer. Se aplican mensualmente 2 pautas por día randomizado. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplican las pautas al día hábil siguiente, de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada, se sustituye por la cama consecutiva. • **Criterios de cumplimiento:** la pauta de supervisión de mantención de vía venosa periférica consigna fecha de evaluación, Nº de ficha del paciente, evaluador; y los siguientes criterios de cumplimiento: 1. Gasa o apósito transparente limpio, seco y fijo. 2. Cambio de VVP según procedimiento. 3. Manejar circuito cerrado.

Metodología de constatación	• **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el período de retrospectividad es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer entregado por el Director Técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3º Trimestre 2018 y 1º trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Informe evaluación periódica del indicador. - Reporte de días y camas randomizadas por el prestador. - Pauta de supervisión mantención de vía venosa periférica. - Ficha clínica de pacientes: carátula con identificación, formato entrega de registros clínicos a GRD. • **De la constatación:** 1. La pauta de supervisión "Mantención de vía venosa periférica" contiene 3 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del informe de evaluación del indicador, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de las evaluaciones realizadas en el período randomizado: 3º Trimestre 2018 y 1º trimestre 2019. 4. Se constatan 5 fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar seleccionadas usando el randomizer, según Ord. Circular IP Nº 5, resultado de la constatación de fuente primaria 5. Para para comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se constata que el paciente consignado en la pauta esté hospitalizado el día de la evaluación.

Nº Ficha / RUT	Iniciales del Paciente	Fecha de Evaluación	Paciente hospitalizado día de evaluación
3º Trimestre 2018			
1. 605XXX	MCB	20-07-2018	SI
2. 545XXX	CBL	01-08-2018	SI
3. 1969XXX	VGF	07-08-2018	SI
4. 734XXX	CMM	27-08-2018	SI
5. 683XXX	EGD	10-09-2018	SI
Nº Ficha / RUT	Iniciales del Paciente	Fecha de Evaluación	Paciente hospitalizado día de evaluación
1º trimestre 2019			
6. 747XXX	AGA	24-01-2019	SI
7. 378XXX	INA	04-02-2019	SI
8. 544XXX	AAI	08-02-2019	SI
9. 641XXX	YMM	25-02-2019	SI
10. 755XXX	MMQ	12-03-2019	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	39	39	100%			
3º trimestre 2016	78	78	100%			
4º trimestre 2016	61	62	98,3%			
1º trimestre 2017	64	64	100%			
2º trimestre 2017	83	83	100%			
3º trimestre 2017	60	60	100%			
4º trimestre 2017	60	60	100%			
1º trimestre 2018	60	60	100%			
2º trimestre 2018	60	60	100%			
3º trimestre 2018	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
4º trimestre 2018	60	60	100%			
1º trimestre 2019	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**

Descripción de los hallazgos:

1. Para período anterior al 3° trimestre de 2017 entrevistada, refiere como metodología medición según oportunidad aplicando en lo posible una pauta diaria de lunes a viernes.
2. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto al número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

3. Dado que el prestador refiere que su fuente primaria es la pauta de observación, para comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se constata que el paciente consignado en la pauta esté hospitalizado el día de la evaluación. Lo reportado es concordante con lo constado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

URG	
Nombre documento	PAUTA DE SUPERVISIÓN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA INTRAVENOSA CON ACCESO VASCULAR PERMANENTE.
Responsable medición	Enfermera supervisora por unidad.
Fuente primaria	Pauta de supervisión.
Fuente secundaria	Informe de resultados del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo del muestreo:** La muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el total de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. En caso de que el día programado coincida con feriado, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • **Metodología de muestreo**: Para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará una diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. • **Criterio evaluado:** El prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna, el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, nombre del funcionario, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Realizar lavado clínico de manos previo a administración de tratamiento. 2. Llevar en bandeja el medicamento preparado y rotulado. 3. Informa al paciente el medicamento a administrar. 4. Aseptiza los puntos de inyección. 5. Permeabiliza vía posterior al tratamiento. 6. Registra procedimiento.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo evaluado:** Dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende los meses de 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019 • **Selección de la muestra:** La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa el III trimestre 2018 y I trimestre 2019. • **Registros Revisados:** - Informe evaluación periódica, III trimestre 2018 y I trimestre 2019. - Pauta de supervisión, III trimestre 2018 y I trimestre 2019. - Turnos del personal, III trimestre 2018 y I trimestre 2019. • **De la constatación:** 1. Se constata la medición periódica del indicador en informe evaluación periódica, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. 2. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019, para ello se revisan el total de evaluaciones (según ord). Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019). 3. Se verifican 5 fuentes primarias, del 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019, verificando: - La pauta de supervisión administración de medicamentos endovenosos, contiene los 6 criterios descritos en metodología de medición del prestador y están contenidos en el protocolo local. - Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado. 4. Para la evaluación se constata: - Que las pautas de supervisión contengan los 6 criterios a evaluar. - Las pautas de supervisión no contienen, datos del paciente al que se le administro el medicamento, ni el medicamento que se administró, por lo que, el atributo de la pauta de supervisión denominado "registra procedimiento" no es posible constatarlo. - De lo anterior, se valida como fuente primaria, las rotativas de turno del personal, con la asistencia del funcionario supervisado, el día de la aplicación de la pauta de supervisión. Para comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se solicitó la rotación de turnos o marcaje del personal, que han sido evaluados en dichas pautas. Se verifica la asistencia del funcionario, para la identificación de éste, la pauta de supervisión consigna el nombre y apellido de funcionario.

3º trimestre 2018		
Fecha constatada	Iníciales de funcionario	Asistencia del funcionario supervisado, el día de la aplicación de la pauta de supervisión
12-07-2018	B. V.	SI
13-07-2018	M. F.	SI
31-07-2018	N. A.	SI
28-08-2018	E. D.	SI
03-09-2018	I. D.	SI

1º trimestre 2019		
Fecha constatada	Iníciales de funcionario	Asistencia del funcionario supervisado, el día de la aplicación de la pauta de supervisión
10-01-2019	C. C.	SI
13-01-2019	C. M.	SI
07-02-2019	A. V.	SI
22-02-2019	S. L.	SI
06-03-2019	P. M.	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	54	60	90%			
3º trimestre 2016	81	90	90%			
4º trimestre 2016	82	90	91.1%			
1º trimestre 2017	83	90	92.2%			
2º trimestre 2017	83	90	92.2%			
3º trimestre 2017	59	60	98.3%			
4º trimestre 2017	53	60	88.3%			
1º trimestre 2018	44	60	73.3%			
2º trimestre 2018	56	60	93.3%			
3º trimestre 2018	**60**	**59**	**98.3%**	**60**	**59**	**98.3%**
4º trimestre 2018	58	60	96.6%			
1º trimestre 2019	**60**	**52**	**86.6%**	**60**	**52**	**86.6%**

Descripción de los hallazgos:
1.En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. De los 6 atributos de cumplimiento contenidos en la pauta de supervisión, el criterio N°6 no es posible constatar el paciente y el medicamento administrado, dado que no se consigna identificación del paciente y el medicamento que se administró en la pauta.
3. Para efectos de esta acreditación y comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos, se solicitó la rotación de turnos o marcaje del personal, que ha sido evaluado en dichas pautas. Lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad

Se da por cumplido el elemento medible.

Vacunatorio 1 CDT	
Nombre documento	PORCENTAJE DE DÍAS CON TEMPERATURA DE REFRIGERADOR DE VACUNA ENTRE 2° Y 8° DURANTE EL MES
Responsable medición	Enfermera/Matrona
Fuente primaria	Hoja de control de temperatura
Fuente secundaria	No aplica
Periodo evaluado	01 de enero 2018 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra**: Para la medición del cumplimiento del indicador se controlará diariamente la temperatura del refrigerador de vacunas, la que se registrará en la hoja de control de temperatura. Una vez al mes se contabilizarán los días en que la temperatura estuvo dentro de los rangos solicitados (2° a 8°). • **Metodología de muestreo:** No aplica • **Criterios de cumplimiento:** cumplimiento de los rangos solicitados de temperatura: medición diaria en rangos solicitados (2° a 8°).
Metodología de constatación	• **Período retrospectivo evaluado:** para este primer proceso de re acreditación, aplica un período retrospectivo que comprende del 01 enero de 2018 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando 2 cuatrimestres a evaluar: 3er cuatrimestre 2018 – 1er cuatrimestre 2019. • **Registros revisados:** - Planillas de control de temperatura de refrigerador de vacunas: Gráfico que indica en el eje X los días del mes, mañana y tarde, y eje Y que indica el rango de t° entre -10° y 25°. Se señala con un punto la medición de t°. - Informe evaluación periódica vacunatorio CDT 2018 y 2019. • **De la constatación**: 1. Se tiene a la vista planillas de control diario de T° del refrigerador de vacunas de los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre 2018, y enero, febrero, marzo y abril 2019. En todas las planillas se observa el rango de T° dentro del rango límite (todos los valores corresponden a 5°). Cada planilla tiene el nombre del responsable de la medición, sin firma. Los informes cuatrimestrales son concordantes con la fuente primaria. 2. Se constata medición de temperatura para cada día del mes evaluado, y las mediciones están dentro del rango solicitado (2° a 8°) 3. Se tiene a la vista Informe Evaluación periódica Vacunatorio CDT 3er cuatrimestre 2018 e Informe Evaluación periódica Vacunatorio CDT 1er cuatrimestre 2019. Los rangos de t° del informe de cada mes evaluado están dentro de los rangos límites aceptados. Los Informes cuatrimestrales no están

	firmados por el personal responsable.					
Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
1°cuatrimestre 2018	84	84	100%			
2° cuatrimestre 2018	84	84	100%			
3° cuatrimestre 2018	**79**	**79**	**100%**	**79**	**79**	**100**
1°cuatrimestre 2019	**84**	**84**	**100%**	**84**	**84**	**100**

Descripción de los hallazgos:
1. Este vacunatorio inicia su funcionamiento en el año 2018.
2. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto al número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

Se da por cumplido el elemento medible para vacunatorio UNACESS.

Vacunatorio 2 Salud del personal	
Nombre documento	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE TRASLADO DE LA VACUNA EN TERMOS DE TRANSPORTES
Responsable medición	Enfermera/Matrona
Fuente primaria	Pauta de supervisión
Fuente secundaria	No aplica
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra**: para la medición del cumplimiento del indicador se controlará diariamente la temperatura del refrigerador de vacunas, la que se registrará en la hoja de control de temperatura. Una vez al mes se contabilizarán los días en que la temperatura estuvo dentro de los rangos solicitados (2° a 8°). • **Metodología de muestreo:** No aplica • **Criterios de cumplimiento:** cumplimiento de los rangos solicitados de temperatura: medición diaria en rangos solicitados (2° a 8°) 2018 y 2019: Para la medición del cumplimiento del indicador se medirá la temperatura cada vez que se presente un traslado de vacunas • **Criterios de cumplimiento:** cumplimiento de las condiciones de traslado de la vacuna en termos de transporte.
Metodología de constatación	• **Período retrospectivo evaluado:** para este primer proceso de re acreditación, aplica un período retrospectivo de 3 años que comprende del 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019. • **Selección de la muestra:** La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando 2 cuatrimestres a evaluar: 3° cuatrimestre 2018 – 1°cuatrimestre 2019. • **Registros revisados:** - Pautas de supervisión de transporte vacunas aplicadas en Salud del Personal: Planilla que evalúa los siguientes parámetros: 1. Uso exclusivo del termo 2. Termo cerrado 3. Termo limpio y seco 4. Termo con termómetro 5. T° entre 2 y 8° 6. Termo con Unidades refrigerantes 7. Vacunas sin contacto directo con las Unidades refrigerantes - Certificado de Jefe Depto. Calidad Roxana Ibacache Pontigo, donde se explica que no se ha producido traslado de vacunas desde junio a diciembre 2018 en este punto de verficación. - Informe Evaluación periódica vacunatorio del punto de verificación 2018 – 2019 • **De la constatación**: Se tiene a la vista los siguientes documentos: 1. Certificado de Jefe Depto. de Calidad: Indica que no se ha realizado transporte de vacunas de junio a diciembre 2018 en la Unidad. 2. Se tiene a la vista pautas de supervisión diaria del termo de transporte de vacunas enero, febrero, marzo y abril 2019. Enero y febrero 2019 no registran traslados de vacuna. Marzo y abril 2019 registran 14 y 20 traslados, con cumplimiento de pauta de 100% en cada mes. Se constata que pauta de supervisión es la correspondiente al documento local evaluado en el 1er elemento medible en página 27. 3. Se tiene a la vista Informe Evaluación periódica Vacunatorio Salud del Personal 3er cuatrimestre 2018 y el Informe Evaluación periódica Vacunatorio Salud del Personal 1er cuatrimestre 2019. El cumplimiento de las pautas de supervisión de marzo y abril del 2019 es de 100%. Los informes cuatrimestrales son concordantes con la fuente primaria.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° cuatrimestre 2016	85	85	100%			
3° cuatrimestre 2016	82	82	100%			
1° cuatrimestre 2017	84	84	100%			
2° cuatrimestre 2017	86	86	100%			
3° cuatrimestre 2017	79	79	100%			

1°cuatrimestre 2018	22	22	100%			
2° cuatrimestre 2018	3	3	0			
3° cuatrimestre 2018	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
1°cuatrimestre 2019	**34**	**34**	**100%**	**34**	**34**	**100%**

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto al número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

Se da por cumplido el elemento medible para Vacunatorio Salud del Personal.

Vacunatorio 3 UNACESS

Nombre documento	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE TRASLADO DE LA VACUNA EN TERMOS DE TRANSPORTES
Responsable medición	Enfermera/Matrona
Fuente primaria	Pauta de supervisión
Fuente secundaria	Informe de resultados del indicador
Periodo evaluado	01 de enero 2018 al 31 de mayo 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra**: para la medición del cumplimiento del indicador se controlará diariamente la temperatura del refrigerador de vacunas, la que se registrará en la hoja de control de temperatura. Una vez al mes se contabilizarán los días en que la temperatura estuvo dentro de los rangos solicitados (2° a 8°) • **Metodología de muestreo:** No aplica • **Criterios de cumplimiento:** cumplimiento de los rangos solicitados de temperatura: medición diaria en rangos solicitados (2° a 8°) 2018 y 2019: Para la medición del cumplimiento del indicador se medirá la temperatura cada vez que se presente un traslado de vacunas. • **Criterios de cumplimiento:** cumplimiento de las condiciones de traslado de la vacuna en termos de transporte.
Metodología de constatación	• **Período retrospectivo evaluado:** para este primer proceso de re acreditación, aplica un período retrospectivo de 3 años que comprende del 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019. • **Selección de la muestra:** La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando 2 cuatrimestres a evaluar: 3er cuatrimestre 2018 – 1er cuatrimestre 2019. • **Registros revisados:** - Pautas de supervisión de transporte vacunas aplicadas en Salud del Personal: Planilla que evalúa los siguientes parámetros: 1. Uso exclusivo del termo 2. Termo cerrado 3. Termo limpio y seco 4. Termo con termómetro 5. T° entre 2 y 8° 6. Termo con Unidades refrigerantes 7. Vacunas sin contacto directo con las Unidades refrigerantes - Informe Evaluación periódica vacunatorio CDT 2018 – 2019 • **De la constatación**: Se tiene a la vista los siguientes documentos: 1. Pautas de supervisión diaria del termo de transporte de vacunas septiembre, octubre, noviembre y diciembre 2018, y enero, febrero, marzo y abril 2019, con cumplimiento de pauta de 100% en cada mes. Se constata que pauta de supervisión es la correspondiente al documento local evaluado en el 1er elemento medible en página 27. 2. Se tiene a la vista Informe Evaluación periódica Vacunatorio UNACESS 3er cuatrimestre 2018 y el Informe Evaluación periódica Vacunatorio UNACESS 1er cuatrimestre 2019. Los informes cuatrimestrales son concordantes con la fuente primaria. 3. Los Informes cuatrimestrales no están firmados por el personal responsable.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
1°cuatrimestre 2018	9	9	100%			
2° cuatrimestre 2018	14	14	100%			
3° cuatrimestre 2018	**14**	**14**	**100%**	**14**	**14**	**100%**
1°cuatrimestre 2019	**7**	**7**	**100%**	**7**	**7**	**100%**

Descripción de los hallazgos:
1. Este vacunatorio inicia su funcionamiento en el año 2018.
2. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto al número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

Se da por cumplido el elemento medible para Vacunatorio UNACESS.

Vacunatorio 4 Urgencia

Nombre documento	GRÁFICO CONTROL TEMPERATURA DEL REFRIGERADOR UNIDAD DE EMERGENCIA.
Responsable medición	Enfermeras clínicas.
Fuente primaria	Grafica control de temperatura

Fuente secundaria	Informe de resultados del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo del muestreo:** para la medición del cumplimiento del indicador, se controlará diariamente la temperatura del refrigerador de vacunas, la que se registrará en hoja de control de temperatura. Una vez al mes se contabilizarán los días en que la temperatura estuvo dentro de los rangos solicitados (2°C y 8°C). • **Metodología de muestreo**: no aplica para este indicador. • **Criterio evaluado:** el prestador utiliza hoja de curva de temperatura, en la cual consigna, funcionario responsable, establecimiento, mes año, día y evalúa: Registro diario de control de temperatura en hoja de curva.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo evaluado:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende los meses 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, seleccionando un año móvil y los dos trimestres a evaluar son: III cuatrimestre 2018 y I cuatrimestre 2019. • **Registros Revisados:** - Informe evaluación periódica, III cuatrimestre 2018 y I cuatrimestre 2019. - Grafica control temperatura del refrigerador unidad de emergencia, III cuatrimestre 2018 y I cuatrimestre 2019. • **De la constatación:** 1. Se constata la medición periódica del indicador en informe evaluación periódica, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. 2. Se verifica que la cantidad de registros de temperatura realizados por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° cuatrimestre 2018 y 1° cuatrimestre 2019, para ello se revisan el total de evaluaciones (según ord). Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019). 3. Se verifica la totalidad de registros de temperatura por cada turno, realizados durante el III cuatrimestre 2018 y I cuatrimestre 2019, verificando: - Registros de temperatura según protocolo local. - El registro reportado por el prestador corresponde a lo realizado.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° cuatrimestre 2016	123	123	100%			
3° cuatrimestre 2016	122	122	100%			
1° cuatrimestre 2017	120	120	100%			
2° cuatrimestre 2017	123	123	100%			
3° cuatrimestre 2017	122	122	100%			
1°cuatrimestre 2018	120	120	100%			
2° cuatrimestre 2018	123	123	100%			
3° cuatrimestre 2018	**122**	**122**	**100%**	**122**	**122**	**100%**
1°cuatrimestre 2019	**119**	**120**	**99.1%**	**118**	**120**	**98.3%**

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto al número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador, observándose una disminución del 1% en el porcentaje constatado, en el I cuatrimestre del 2019, al constatar, existe una diferencia en un registro menos de control de temperatura, en la revisión del III cuatrimestre 2018, lo constatado es concordante.
2. Los registros dan cuenta del control de temperatura, lo reportado por el prestador,es concordante con lo constatado.

Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA GCL 1.2 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	PQ	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med	Ped.	Neo	Obst-gine	URG	Vacunatorio
Primer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Segundo elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tercer elemento medible	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica:≥ 75%	Puntaje total: 27/30				Porcentaje obtenido: 90%				**Cumple: SI**	

CARACTERÍSTICA GCL 1.3 / HALLAZGOS

GCL 1.3 – Primer Elemento medible: Se describe en un documento el procedimiento de evaluación y manejo del dolor agudo y se ha definido los responsables de su aplicación.

PQ 1 PQ 2 PQ 3/ Recuperación			
Nombre del documento: PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN PACIENTES POST OPERADOS			
Fecha elaboración: Abril 2016	Fecha vigencia: 5 años	Versión: 01	N° páginas: 12
Elaborado por: Equipo Unidad de Calidad y Seguridad del paciente	Aprobado por: Dra. Gladys Villarroel. Médico Coordinador de Anestesia		
Responsable aplicación: SI			

Breve descripción del contenido del documento: En el documento tenido a la vista, destacan los siguientes contenidos:
En página 2, ítem 2, alcance, procedimiento aplica a pacientes post operatorios de la Unidades de Recuperación de Pabellones quirúrgicos, Unidades médico-quirúrgicas y unidad de obstetricia y ginecología.
Ítem 3, responsabilidad, señala entre otros, lo siguiente:
- Médico anestesiólogo: indicaciones que regularan el manejo post operatorio inmediato.
- Enfermera o matrona de recuperación anestesia: evaluación del dolor, considerando como un quinto signo vital, además de la administración de la anestesia indicada por médico anestesista.
- Enfermeras o matrona de unidades clínicas: de continuar la evaluación del dolor de acuerdo a horarios establecidos en cada unidad asistencial y de administrar medicamentos según prescripción de médico tratante.
- Médico tratante de las unidades clínicas; de la indicación de analgesia en el postoperatorio mediato, según escala de evaluación del dolor del paciente.

En página 3, ítem 4, definiciones, entre otros define los siguientes conceptos:
- Escala de visual análogo (EVA).
- Escala de expresión facial.

En página 4, ítem 7, descripción del proceso, destacan los siguientes elementos:
- Evaluación y manejo de dolor agudo postoperatorio en recuperación de anestesia:
- Médico anestesista deja registro de las indicaciones de analgesia inmediata de primera línea y médico tratante deja registro de indicación de analgesia mediata de primera línea.
- Al ingreso del paciente a la unidad de recuperación anestésica, se debe evaluar el dolor utilizando la escala numérica para paciente adulto, en paciente pediátrico que puede verbalizar, se utiliza la escala de caritas y en aquel que no verbaliza la escala de CRIES.
- La evaluación se realiza junto al control de signos vitales y se registra en hoja de post anestesia cada 30 minutos.
- Paciente con EVA $\leq$ 3 es dado de alta de sala de recuperación y se traslada a su unidad asistencial.

Evaluación y manejo del dolor agudo postoperatorio en unidades asistenciales:
- En sala, se realiza evaluación del dolor al ingreso del paciente y se continua con la analgesia indicada para las primeras 24 hora, por el médico. Posteriormente se debe mantener un control del EVA según control de signos vitales establecidos en la unidad.
- De acuerdo con la intensidad del dolor se administrará la analgesia de rescate indicada por médico.

- En página 6, Ítem 7.3 se describe en una tabla la terapia de segunda línea o rescate, destacando lo siguiente:

Valor	Intensidad	Analgesia
EVA 0	Ausencia de dolor	Metamizol sódico: 30 mg en infusión 10 min. Dosis máxima diaria: 90 mg/kg en niños o 6 g/24 hora en adultos.
EVA $\leq$3	Dolor leve	Clonixinato de lisina: 100 mg en infusión lenta. Dosis máxima diaria: 500 mg.
EVA 4-6	Dolor moderado	Se administran AINES.
EVA > 6	Dolor severo	AINES, más opioide, este último debe ser administrado bajo régimen de titulación.

- En página 8 a las 13 se describe los anexos del documento:
- Anexo 1: Escalas de valoración de la intensidad del dolor (Escala visual analógica, Escala de caritas y Escala CRIES)
- Anexo 2: Indicador.

Observaciones:
1. El documento presentado cumple con la retrospectividad.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQs 1,2,3,4,5,6

Nombre del documento: PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN PACIENTES POST OPERADOS			
Fecha elaboración: Abril 2016	Fecha vigencia: 5 años	Versión: 01	N° páginas: 12
Elaborado por: Equipo Unidad de Calidad y Seguridad del paciente		Aprobado por: Dra. Gladys Villarroel. Médico Coordinador de Anestesia	
Responsable aplicación: SI			

Breve descripción del contenido del documento: En el documento tenido a la vista, destacan los siguientes contenidos:
En página 2, ítem 2, alcance, procedimiento aplica a pacientes post operatorios de la Unidades de Recuperación de Pabellones quirúrgicos, Unidades médico-quirúrgicas y unidad de obstetricia y ginecología.
Ítem 3, responsabilidad, señala entre otros, lo siguiente:
- Médico anestesiólogo: indicaciones que regularan el manejo post operatorio inmediato.
- Enfermera o matrona de recuperación anestesia: evaluación del dolor, considerando como un quinto signo vital, además de la administración de la anestesia indicada por médico anestesista.
- Enfermeras o matrona de unidades clínicas: de continuar la evaluación del dolor de acuerdo a horarios establecidos en cada unidad asistencial y de administrar medicamentos según prescripción de médico tratante.
- Médico tratante de las unidades clínicas; de la indicación de analgesia en el postoperatorio mediato, según escala de evaluación del dolor del paciente.

En página 3, ítem 4, definiciones, entre otros define los siguientes conceptos:
- Escala de visual análogo (EVA).
- Escala de expresión facial.

En página 4, ítem 7, descripción del proceso, destacan los siguientes elementos:
- Evaluación y manejo de dolor agudo postoperatorio en recuperación de anestesia:
- Médico anestesista deja registro de las indicaciones de analgesia inmediata de primera línea y médico tratante deja registro de indicación de analgesia mediata de primera línea.
- Al ingreso del paciente a la unidad de recuperación anestésica, se debe evaluar el dolor utilizando la escala numérica para

paciente adulto, en paciente pediátrico que puede verbalizar, se utiliza la escala de caritas y en aquel que no verbaliza la escala de CRIES.
- La evaluación se realiza junto al control de signos vitales y se registra en hoja de post anestesia cada 30 minutos.
- Paciente con EVA ≤ 3 es dado de alta de sala de recuperación y se traslada a su unidad asistencial.

Evaluación y manejo del dolor agudo postoperatorio en unidades asistenciales:
- En sala, se realiza evaluación del dolor al ingreso del paciente y se continua con la analgesia indicada para las primeras 24 hora, por el médico. Posteriormente se debe mantener un control del EVA según control de signos vitales establecidos en la unidad.
- De acuerdo con la intensidad del dolor se administrará la analgesia de rescate indicada por médico.

• En página 6, Ítem 7.3 se describe en una tabla la terapia de segunda línea o rescate, destacando lo siguiente:

Valor	Intensidad	Analgesia
EVA 0	Ausencia de dolor	Metamizol sódico: 30 mg en infusión 10 min. Dosis máxima diaria: 90 mg/kg en niños o 6 g/24 hora en adultos.
EVA ≤3	Dolor leve	Clonixinato de lisina: 100 mg en infusión lenta. Dosis máxima diaria: 500 mg.
EVA 4-6	Dolor moderado	Se administran AINES.
EVA > 6	Dolor severo	AINES, más opioide, este último debe ser administrado bajo régimen de titulación.

• En página 8 a las 13 se describe los anexos del documento:
- Anexo 1: Escalas de valoración de la intensidad del dolor (Escala visual analógica, Escala de caritas y Escala CRIES)
- Anexo 2: Indicador.

Observaciones:
1. El documento presentado cumple con la retrospectividad.

Se da por cumplido el elemento medible.

Obst-gine

Nombre del documento: PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN PACIENTES POST OPERADOS			
Fecha elaboración: Abril 2016	Fecha vigencia: 5 años	Versión: 01	N° páginas: 12
Elaborado por: Equipo Unidad de Calidad y Seguridad del paciente	Aprobado por: Dra. Gladys Villarroel. Médico Coordinador de Anestesia		
Responsable aplicación: SI			

Breve descripción del contenido del documento: En el documento tenido a la vista, destacan los siguientes contenidos:
En página 2, ítem 2, alcance, procedimiento aplica a pacientes post operatorios de la Unidades de Recuperación de Pabellones quirúrgicos, Unidades médico-quirúrgicas y unidad de obstetricia y ginecología.
Ítem 3, responsabilidad, señala entre otros, lo siguiente:
- Médico anestesiólogo: indicaciones que regularan el manejo post operatorio inmediato.
- Enfermera o matrona de recuperación anestesia: evaluación del dolor, considerando como un quinto signo vital, además de la administración de la anestesia indicada por médico anestesista.
- Enfermeras o matrona de unidades clínicas: de continuar la evaluación del dolor de acuerdo a horarios establecidos en cada unidad asistencial y de administrar medicamentos según prescripción de médico tratante.
- Médico tratante de las unidades clínicas; de la indicación de analgesia en el postoperatorio mediato, según escala de evaluación del dolor del paciente.

En página 3, ítem 4, definiciones, entre otros define los siguientes conceptos:
- Escala de visual análogo (EVA).
- Escala de expresión facial.

En página 4, ítem 7, descripción del proceso, destacan los siguientes elementos:
- Evaluación y manejo de dolor agudo postoperatorio en recuperación de anestesia:
- Médico anestesista deja registro de las indicaciones de analgesia inmediata de primera línea y médico tratante deja registro de indicación de analgesia mediata de primera línea.
- Al ingreso del paciente a la unidad de recuperación anestésica, se debe evaluar el dolor utilizando la escala numérica para paciente adulto, en paciente pediátrico que puede verbalizar, se utiliza la escala de caritas y en aquel que no verbaliza la escala de CRIES.
- La evaluación se realiza junto al control de signos vitales y se registra en hoja de post anestesia cada 30 minutos.
- Paciente con EVA ≤ 3 es dado de alta de sala de recuperación y se traslada a su unidad asistencial.

Evaluación y manejo del dolor agudo postoperatorio en unidades asistenciales:
- En sala, se realiza evaluación del dolor al ingreso del paciente y se continua con la analgesia indicada para las primeras 24 hora, por el médico. Posteriormente se debe mantener un control del EVA según control de signos vitales establecidos en la unidad.
- De acuerdo con la intensidad del dolor se administrará la analgesia de rescate indicada por médico.

• En página 6, Ítem 7.3 se describe en una tabla la terapia de segunda línea o rescate, destacando lo siguiente:

Valor	Intensidad	Analgesia
EVA 0	Ausencia de dolor	Metamizol sódico: 30 mg en infusión 10 min. Dosis máxima diaria: 90 mg/kg en niños o 6 g/24 hora en adultos.
EVA ≤3	Dolor leve	Clonixinato de lisina: 100 mg en infusión lenta. Dosis máxima diaria: 500 mg.
EVA 4-6	Dolor moderado	Se administran AINES.
EVA > 6	Dolor severo	AINES, más opioide, este último debe ser administrado bajo régimen de titulación.

• En página 8 a las 13 se describe los anexos del documento:
- Anexo 1: Escalas de valoración de la intensidad del dolor (Escala visual analógica, Escala de caritas y Escala CRIES)

- Anexo 2: Indicador.

Observaciones:
1. El documento presentado cumple con la retrospectividad.

Se da por cumplido el elemento medible.

GCL 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

PQ 1	
Nombre del indicador	% DE PACIENTES POST OPERADOS CON EVALUACIÓN DEL DOLOR AGUDO
Fórmula matemática	N° de pacientes post operados con evaluación del dolor agudo/N° total de pacientes post operados x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ 2	
Nombre del indicador	% DE PACIENTES POST OPERADOS CON EVALUACIÓN DEL DOLOR AGUDO
Fórmula matemática	N° de pacientes post operados con evaluación del dolor agudo/N° total de pacientes post operados x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ 3	
Nombre del indicador	% DE PACIENTES POST OPERADOS CON EVALUACIÓN DEL DOLOR AGUDO
Fórmula matemática	N° de pacientes post operados con evaluación del dolor agudo/N° total de pacientes post operados x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 1	
Nombre del indicador	% DE PACIENTES POST OPERADOS CON EVALUACIÓN DEL DOLOR AGUDO
Fórmula matemática	(N° de pacientes post operados con evaluación del dolor agudo/N° total de pacientes post operados) x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 2	
Nombre del indicador	% DE PACIENTES POST OPERADOS CON EVALUACIÓN DEL DOLOR AGUDO
Fórmula matemática	N° de pacientes post operados con evaluación del dolor agudo/N° total de pacientes post operados x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 3	
Nombre del indicador	% DE PACIENTES POST OPERADOS CON EVALUACIÓN DEL DOLOR AGUDO
Fórmula matemática	N° de pacientes post operados con evaluación del dolor agudo/N° total de pacientes post operados x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 4	
Nombre del indicador	% DE PACIENTES POST OPERADOS CON EVALUACIÓN DEL DOLOR AGUDO
Fórmula matemática	N° de pacientes post operados con evaluación del dolor agudo/N° total de pacientes post operados x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 5	
Nombre del indicador	% DE PACIENTES POST OPERADOS CON EVALUACIÓN DEL DOLOR AGUDO
Fórmula matemática	N° de pacientes post operados con evaluación del dolor agudo/N° total de pacientes post operados x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 6	
Nombre del indicador	% DE PACIENTES POST OPERADOS CON EVALUACIÓN DEL DOLOR AGUDO
Fórmula matemática	N° de pacientes post operados con evaluación del dolor agudo/N° total de pacientes post operados x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Traumatología	
Nombre del indicador	% DE PACIENTES POST OPERADOS CON EVALUACIÓN DEL DOLOR AGUDO
Fórmula matemática	N° de pacientes post operados con evaluación del dolor agudo/N° total de pacientes post operados x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Obst.gine	
Nombre del indicador	% DE PACIENTES POST OPERADOS CON EVALUACIÓN DEL DOLOR AGUDO
Fórmula matemática	N° de pacientes post operados con evaluación del dolor agudo/N° total de pacientes post operados x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 1.3 – Tercer elemento medible: Se verifica constancia de la evaluación periódica.

PQ General / Recuperación						
Nombre documento	**No se realiza medición del indicador**					
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición del prestador						
Metodología de constatación						
Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento

Descripción de los hallazgos: Dado la no medición para el periodo, se levanta acta junto con el prestador, respaldando lo constatado en terreno.

No se constata evaluación periódica del indicador.

PQ2	
Nombre documento	INFORME DEL INDICADOR
Responsable medición	Encargada de calidad UCMA
Fuente primaria	Ficha Clínica (Hoja de recuperación de anestesia)
Fuente secundaria	Pauta de supervisión "Evaluación del dolor agudo en paciente post operatorio".
Periodo evaluado	01 de octubre 2018 al 30 abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. • **Metodología de muestreo:** la muestra obtenida se divide por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. Para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará 1 diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • **Criterios de cumplimiento:** Se aplicará "Evaluación del dolor agudo en paciente post operatorio", que contiene 1 criterio (evaluación de resultado de la existencia del registro de evaluación del dolor agudo). La pauta de supervisión consigna: 1. ID del paciente 2. N° de ficha 3. Paciente operado con registro de evaluación del dolor agudo post operatorio. 4. Cumple
Metodología de constatación	• **Período retrospectivo a evaluar:** dado que el PQ de CMA comienza sus actividades el 09 de octubre del año 2018, se evalúa desde esa fecha hasta el mes de abril del año 2019. • **Selección de la muestra:** La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza de los dos trimestres a evaluar: 4° Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión evaluación del dolor agudo en paciente post operatorio. - Fichas clínicas de las fuentes primarias constatadas • **De la constatación:** 1. La pauta de supervisión que contiene el criterio a evaluar, descritos en el protocolo local. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de la Ficha del indicador "% de pacientes post operados con evaluación del dolor agudo", la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 6 meses a evaluar. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra del total de evaluaciones. 4. Se constatan fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar, según Ord. Circular IP N°5, a través de la aplicación de un Randomizer, según se describe a continuación: - 4° Trimestre 2018: Formulario de EVA en ficha clínica electrónica, números 5, 14,28,36,53. - 1° Trimestre 2019: Formulario de EVA en ficha clínica electrónica, números 9, 26, 40, 50, 60.

N° de registro	**Fecha**	**N° de ficha**	**Cumplimiento reportado**
5	05/10/2018	744028.	No Cumple
14	22/10/2018	478461	Cumple
28	13/11/2018	358807	Cumple
36	23/11/2018	599388	Cumple
53	11/12/2018	255888.	Cumple

N° de registro	**Fecha**	**N° de ficha**	**Cumplimiento**
9	16/01/2019	725270	Cumple
26	08/02/2019	435610	Cumple
40	28/02/2019	636755	Cumple
50	14/03/2019	49311	Cumple
60	28/03/2019	240854	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Período evaluado**		
Mes/año	Cumplidas	Mes/año	Cumplidas	Mes/año	Cumplidas	Mes/año
4° Trimestre 2018	48	60	80%	48	60	80%
1° Trimestre 2019	59	60	98,3%	59	60	98,3%

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado, de la fuente primaria tenida a la vista.

Lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad, se da por cumplido el elemento medible.

PQ 3

Nombre documento	**No se realiza medición del indicador**
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición del prestador	
Metodología de constatación	

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento

Descripción de los hallazgos:
No se constata la evaluación periódica del indicador, referente señala que no se ha medido para el período señalado. Dado la no medición para el periodo, se levanta acta junto con el prestador, respaldando lo constatado en terreno.

Por lo anteriormente expuesto no se cumple el elemento medible.

MQ 1

Nombre documento	**No se realiza medición del indicador**
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición del prestador	
Metodología de constatación	

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento

Descripción de los hallazgos:
No se constata la evaluación periódica del indicador, referente señala que no se ha medido para el período señalado.
Dado la no medición para el periodo, se levanta acta junto con el prestador, respaldando lo constatado en terreno.

Por lo anteriormente expuesto no se cumple el elemento medible.

MQ 2

Nombre documento	**No se realiza medición del indicador**
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición del prestador	
Metodología de constatación	

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento

Descripción de los hallazgos:
No se constata la evaluación periódica del indicador, referente señala que no se ha medido para el período señalado.
Dado la no medición para el periodo, se levanta acta junto con el prestador, respaldando lo constatado en terreno.

Por lo anteriormente expuesto no se cumple el elemento medible.

MQ 3

Nombre documento	**No se realiza medición del indicador**
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición del prestador	
Metodología de constatación	

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador**	**Constatación realizada por la EA, de**

	para el periodo evaluado			acuerdo a los resultados entregados		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento

Descripción de los hallazgos:
No se constata la evaluación periódica del indicador, referente señala que no se ha medido para el período señalado.
Dado la no medición para el periodo, se levanta acta junto con el prestador, respaldando lo constatado en terreno.

Por lo anteriormente expuesto no se cumple el elemento medible.

MQ 4

Nombre documento	**No se realiza medición del indicador**
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición del prestador	
Metodología de constatación	

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento

Descripción de los hallazgos:
No se constata la evaluación periódica del indicador, referente señala que no se ha medido para el período señalado.
Dado la no medición para el periodo, se levanta acta junto con el prestador, respaldando lo constatado en terreno.

Por lo anteriormente expuesto no se cumple el elemento medible.

MQ 5

Nombre documento	**No se realiza medición del indicador**
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición del prestador	
Metodología de constatación	

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento

Descripción de los hallazgos:
No se constata la evaluación periódica del indicador, referente señala que no se ha medido para el período señalado.
Dado la no medición para el periodo, se levanta acta junto con el prestador, respaldando lo constatado en terreno.

Por lo anteriormente expuesto no se cumple el elemento medible.

MQ 6

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera encargada de calidad de la unidad
Fuente primaria	Ficha clínica.
Fuente secundaria	Pauta de supervisión , Informe del indicador
Periodo evaluado	01 febrero 2018 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la Muestra:** la muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 de pautas que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. - En las unidades con pacientes quirúrgicos poco frecuente, deberán evaluar a la totalidad de estos. - En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. - En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** el prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, identificación del evaluador y evalúa el siguiente criterio: - Criterios de cumplimiento: paciente operado con registro de evaluación del dolor agudo post operatorio (Si/No)

	- Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado)
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación a la unidad de cardio-neuro le aplica el periodo retrospectivo desde febrero de 2018, mes en que inició su funcionamiento, a abril 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando randomizer, entregado por director técnico de la entidad acreditadora resultando seleccionados: 3° y 4° Trimestre 2018. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión de manejo evaluación del dolor agudo en pacientes post operados. - Informe de evaluación del indicador. • **De la constatación:** 1. Pauta de supervisión "Manejo evaluación del dolor agudo en pacientes post operados", contiene 1 criterio de evaluación. 2. No se constata la medición periódica del indicador, con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los meses a evaluar, se verifica evaluación periódica inicia el 1° trimestre de 2019.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2 trimestre 2018	S/E					
3 trimestre 2018	S/E					
4 trimestre 2018	S/E					
1 trimestre 2019	**10**	**20**	**50%**	**10**	**20**	**50%**

Descripción de los hallazgos:
1. El periodo retrospectivo a evaluar en servicio cardio neuro corresponde desde febrero 2018 a abril 2019, fecha en que inicia su funcionamiento la unidad y se tiene a la vista medición del indicador desde enero 2019.
2. No se puede constatar en el periodo randomizado ya que no existe medición para ese periodo, se constata lo que el prestador posee de sus mediciones.
3. El criterio de las pautas de supervisión "Paciente operado con registro de evaluación del dolor post operatorio" no explicita si se evalúa el registro de evaluación de EVA al ingreso a la unidad o con cada control de signos vitales por 24 horas según protocolo.

Por lo anteriormente expuesto en los puntos N°1, 2 y 3 no se da por cumplido el elemento medible.

PQ Obst – Gine	
Nombre documento	PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN PACIENTES POST-OPERADOS INDICADOR
Responsable medición	Matrona encargada de Calidad
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	01 de mayo 2017 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** para el cálculo del tamaño muestral utiliza calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido. Umbral de cumplimiento 80% y margen de error del 5%. Descrito lo anterior el prestador aplica al menos 20 pautas mensuales. • **Metodología de muestreo:** se seleccionan los días (10 días) y las camas a evaluar, usando el randomizer. Se aplican mensualmente 2 pautas por día randomizado. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplican las pautas al día hábil siguiente. De no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada, se sustituye por la cama consecutiva. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión de evaluación del dolor agudo en paciente post operado consigna: 1. Fecha de evaluación 2. Nº de ficha del paciente 3. Evaluador Criterio de cumplimiento "Paciente operado con registro de evaluación del dolor agudo postoperatorio" con respuesta dicotómica "SI" o "NO".
Metodología de constatación	• **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación y de acuerdo a lo instruido en el Compendio de Circulares IP Versión 4 respecto la retrospectividad de las características no cumplidas en el primer proceso de acreditación del prestador HRA, el período de retrospectividad es de 24 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. El prestador declara inicio de evaluación de este indicador desde el I Trimestre del año 2019, por lo que se revisa el período evaluado por el prestador • **Registros revisados:** - Informe evaluación periódica del indicador. - Reporte de días y camas randomizadas por el prestador. - Pauta de supervisión de evaluación del dolor agudo en pacientes post operados. - Ficha clínica de pacientes: evolución de enfermería, antecedentes personales del paciente, registro de signos vitales adulto, listado de chequeo de enfermería de pabellón.

- **De la constatación:**

1. La pauta de supervisión "Evaluación del dolor agudo en pacientes post operados" contiene 1 criterio dicotómico descrito en metodología de medición del prestador y que está contenido en el protocolo local.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del informe de evaluación del indicador, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento a partir del 29-01-2019.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de las evaluaciones realizadas en el período medido por el prestador: 1º trimestre 2019.
4. Se constatan 5 fuentes primarias del trimestre a evaluar seleccionadas usando el randomizer, según Ord. Circular IP Nº 5, resultado de la constatación de fuente primaria:

Nº Ficha / RUT	Iniciales del Paciente	Fecha de Evaluación	Paciente con registro EVA	Cumplimiento reportado por prestador	Cumplimiento reportado por EA
745XXX	MGB	29-01-2019	SI	Cumple	Cumple
0940XX	AVM	19-02-2019	SI	Cumple	Cumple
578XXX	AVT	25-02-2019	SI	Cumple	Cumple
645XXX	RDP	14-03-2019	SI	Cumple	Cumple
612XXX	YRB	26-03-2019	SI	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
3°Trimestre 2017	S/E	S/E	S/E			
4° Trimestre 2017	S/E	S/E	S/E			
1° Trimestre 2018	S/E	S/E	S/E			
2° Trimestre 2018	S/E	S/E	S/E			
3° Trimestre 2018	S/E	S/E	S/E			
4° Trimestre 2018	S/E	S/E	S/E			
1°Trimestre 2019	**42**	**42**	**100%**	**42**	**42**	**100%**

Descripción de los hallazgos:

1. Referentes señalan que el inicio de evaluación de este indicador es a partir de enero 2019, constatándose pautas de supervisión en el punto de verificación.
2. No se puede constatar la evaluación periódica del indicador definida por el prestador durante los 24 meses retrospectivos, ya que no existe medición de todo el periodo.

Por lo referido en el punto 2, no se da por cumplido el elemento medible.

GCL 1.3 – Cuarto elemento medible: Se constata: evaluación y manejo del dolor agudo en pacientes post-operados de acuerdo al procedimiento local.

PQ / Recuperación

Metodología de constatación:

Período retrospectivo evaluado: dado que corresponde a un proceso de reacreditación y de acuerdo a lo instruido en el Compendio de Circulares IP Versión 4 respecto la retrospectividad de las características no cumplidas en el primer proceso de acreditación del prestador HRA, el período de retrospectividad es de 24 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019.

Selección de la muestra: La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando un periodo a evaluar, como el prestador mide trimestral se selecciona por randomizer: 1° trimestre 2019

Registros revisados:

- Estadística del total de cirugías realizadas en el período.
- Registro de atención de paciente que contiene: registro de signos vitales adulto, prescripción y tratamiento (medicamento, dosis y horario de administración).

- **De la constatación**: Se utiliza Ord. Circular IP/N°5, de 24 noviembre de 2017, "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" situación Nº1, seleccionando una muestra de 30 cirugías del período retrospectivo a evaluar, revisión de los registros de las primeras 7 cirugías, si estos registros satisfacen los criterios de cumplimiento, el EM se dará por cumplido. En caso contrario, bastando que un sólo registro que no cumpla, se completará la revisión del total de la muestra seleccionada.

Atributos de cumplimiento: Se verifica el cumplimiento de los contenidos mínimos a registrar de acuerdo con lo definido en protocolo local:

1. Anestesista registra analgesia inmediata
2. Registra EVA cada 30 minutos en recuperación
3. Se registra administración analgesia de rescate indicada por anestesista
4. Se traslada al servicio con EVA menor o igual a 3

N° fichas revisadas	30	N° fichas que cumplen	18	% cumplimiento	60%

CIR Ad

Metodología de constatación:

Período retrospectivo evaluado: dado que corresponde a un proceso de reacreditación y de acuerdo a lo instruido en el Compendio de Circulares IP Versión 4 respecto la retrospectividad de las características no cumplidas en el primer proceso de

acreditación del prestador HRA, el período de retrospectividad es de 24 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019.
Selección de la muestra: La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando un periodo a evaluar, como el prestador mide trimestral se selecciona por randomizer: 1° trimestre 2019.
Registros revisados:
Estadística del total de cirugías adulto realizadas en el período.
Ficha clínica, registro de atención de paciente (no consigan nombre) que registra: registro de signos vitales adulto, prescripción y tratamiento (medicamento, dosis y horario de administración).
- **De la constatación**: Se utiliza Ord. Circular IP/N° 5, de 24 noviembre de 2017, "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" situación 1, seleccionando una muestra de 30 cirugías adulto del período retrospectivo a evaluar, se constatan los 7 primeros registros y si cumplen se procederá a dar por cumplido el elemento medible.

Atributos de cumplimiento: Se verifica el cumplimiento de los contenidos mínimos a registrar de acuerdo con lo definido en protocolo local:
1. Médico registra analgesia mediata
2. Registra EVA en cada control de signos vitales durante las primeras 24 horas
3. Registra analgesia de rescate indicada por médico.

N° fichas revisadas	30	N° fichas que cumplen	3	% cumplimiento	10%

Traumatología

Describir metodología de constatación:
Período retrospectivo evaluado: dado que corresponde a un proceso de reacreditación y de acuerdo a lo instruido en el Compendio de Circulares IP Versión 4 respecto la retrospectividad de las características no cumplidas en el primer proceso de acreditación del prestador HRA, el período de retrospectividad es de 24 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019.
Selección de la muestra: La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando un periodo a evaluar, como el prestador mide trimestral se selecciona por randomizer: 1° trimestre 2019.
Registros revisados:
- Estadística del total de cirugías de traumatología realizados en el período.
- Ficha clínica, registro de atención de paciente (no consigan nombre) que registra: registro de signos vitales adulto, prescripción y tratamiento (medicamento, dosis y horario de administración).

De la constatación: Se utiliza Ord. Circular IP/N° 5, de 24 noviembre de 2017, "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" situación 1, seleccionando una muestra de 30 procedimientos del total de cirugías de traumatología del período retrospectivo a evaluar, se constatan los 7 primeros registros y si cumplen se procederá a dar por cumplido el elemento medible.

Atributos de cumplimiento: Se verifica el cumplimiento de los contenidos mínimos a registrar de acuerdo con lo definido en protocolo local:
1. Médico registra analgesia mediata
2. Registra EVA en cada control de signos vitales durante las primeras 24 horas

Registra analgesia de rescate indicada por médico.

N° fichas revisadas	30	N° fichas que cumplen	16	% cumplimiento	53%

PQ Obst – Gine

Describir metodología de constatación:
- **Período retrospectivo evaluado:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación y de acuerdo a lo instruido en el Compendio de Circulares IP Versión 4 respecto la retrospectividad de las características no cumplidas en el primer proceso de acreditación del prestador HRA, el período de retrospectividad es de 24 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019.
- **Selección de la muestra:** La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando un periodo a evaluar, como el prestador mide trimestral se selecciona por randomizer: 1° trimestre 2019.
- **Registros revisados:**

- Estadística del total de cirugías ginecológicas realizadas en el período
- Ficha clínica, registro de atención de paciente (no consigan nombre) que registra: registro de signos vitales adulto, prescripción y tratamiento (medicamento, dosis y horario de administración).

- **De la constatación**: Se utiliza Ord. Circular IP/N° 5, de 24 noviembre de 2017, "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" situación 1, seleccionando una muestra de 30 procedimientos del total de cirugías ginecológicas del período retrospectivo a evaluar, se constatan los 7 primeros registros si cumplen se procederá a dar por cumplido el elemento medible.

Atributos de cumplimiento: Se verifica el cumplimiento de los contenidos mínimos a registrar de acuerdo con lo definido en protocolo local:
1. Médico registra analgesia mediata
2. Registra EVA en cada control de signos vitales durante las primeras 24 horas

Registra analgesia de rescate indicada por médico.

N° fichas revisadas	30	N° fichas que cumplen	3	% cumplimiento	10 %

CARACTERÍSTICA GCL 1.3 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1 - 0 - NA)	1° EM:	2° EM:	3° EM:	4° EM:
PQ General	1	1	0	0
CIR Ad	1	1	0	0
Traumatología	1	1	0	0
PQ Obst-gine	1	1	0	0

Umbral de la característica:≥ 50%	Puntaje total: 8/16	Porcentaje obtenido: 50%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA GCL 1.4 / HALLAZGOS

GCL 1.4 – Primer elemento medible: Se describe en documentos el protocolo de reanimación cardiopulmonar avanzada y se han definido los responsables de su aplicación.

Nombre del documento: PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA Y AVANZADA DEL ADULTO				
Código: PO-UC-01	Versión: 02	Fecha: Noviembre 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 19
Elaborado por: Dr. Anthony Cataldo, médico jefe UCI coronaria		Elaborado por: Dr. Anthony Cataldo, médico jefe UCI coronaria		
Responsable de la aplicación: SI				

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento.
En página 2, ítem 2 alcance: Debe ser aplicada por todo profesional médico y no médico.
En página 3, ítem 3, responsables:
- Jefes de unidades: dar cumplimiento y difundir protocolo al personal médico de sus respectivas unidades.
- Enfermera supervisora: colaborar en la difusión del protocolo médico y supervisar su correcta aplicación en su personal.
- Enfermeras clínicas: conocer el protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada además de colaborar en su implementación.

En páginas 7, ítem 6.3, reanimación cardiopulmonar avanzada donde destaca:
Evaluación secundaria del ABCD en la RCP-A:
- Vía aérea: El reanimador del soporte vital avanzado evaluará si es necesario realizar intubación del paciente.
- Buena respiración: Luego de la IOT se evaluará la posición del tubo endotraqueal, comprobándose que el cuff esté insuflado y que en cada ventilación con bolsa AMBU y 02 al 100%, se vea la expansión torácica bilateral y se ausculte murmullo alveolar bilateral.
- Circulación: Se deberá: Obtener un acceso intravenoso, conectarlas derivaciones del ECG al monitor, identificar el "ritmo de PCR", administrar sueros y medicación según el algoritmo De "Ritmo de PCR".

En páginas 8 a 10, ítem 6.4, diagnósticos de ritmos de PCR, donde describe:
- Fibrilación ventricular
- Taquicardia ventricular sin pulso
- Asistolia
- Actividad eléctrica sin pulso

En páginas 10 y 11, ítem 6.5, fármacos de la RCP-A, donde desarrolla indicaciones y dosis de los siguientes medicamentos:
- Adrenalina, lidocaína, sulfato de magnesio, cloruro de Ca, bicarbonato de sodio 2/3 molar.

En páginas 13 a 16, ítem 8.1.5 team de PCR donde destaca:
- El soporte vital básico será provisto por la primera persona que tome contacto con la víctima del PCR (técnicos paramédicos de la institución, así como kinesiólogos, enfermeros y médicos).
- El soporte vital avanzado será realizado por médicos y personal de enfermería entrenado, donde se incluyen los kinesiólogos y los paramédicos.

Roles a cumplir en team de PCR:
- Médico: se encuentran descritas las funciones entre ellas:
  - El médico 1 es el que lidera y regula funcionamiento óptimo del equipo en la RCP.
  - El médico 2 realiza los procedimientos requeridos, pudiendo realizar ambos roles en una urgencia en la cual asiste un solo médico.
- Enfermeros, matrona u otro profesional capacitado, describe sus funciones entre ellas:
  - Un profesional capacitado asiste en procedimientos relacionados a la vía aérea.
  - La segunda enfermera realiza la instalación de la vía venosa y la administración de medicamentos y sueros
  - Evalúa y solicita información al paciente
- Técnico Paramédico 1 y 2, describe sus funciones entre ellas
  - Colaboran con procedimientos médicos y de enfermería
  - Controlan y registran signos vitales
  - Instalan monitor cardíaco
- Auxiliar de Servicio, describe sus funciones entre ellas:
  - Colabora con el equipo de RCP
  - Acerca monitores , drogas y sueros
  - Efectúa llamadas telefónicas para diferentes solicitudes.

Observaciones:
El documento tenido a la vista cumple con la retrospectividad requerida para este proceso de reacreditación.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA

PQ	PRO Hemodinamia	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med	Ped	URG	APD
SI	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**

CARACTERÍSTICA GCL 1.4 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	PQ	PRO Hemodinamia	UPC Ad	UPC Ped.	UPC Neo.	Med.	Ped.	URG.	APD
1° elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%		Puntaje total: 9/9		Porcentaje obtenido: 100%				**Cumple: SI**	

CARACTERÍSTICA GCL 1.5 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

GCL 1.5– Primer elemento medible: Se describen en un documento de carácter institucional los criterios clínicos de ingreso y egreso a cada Unidad de Paciente Crítico y se ha definido los responsables de su aplicación.

Dirección Médica y/o Gerencia del Prestador					
Nombre del documento (1): PROTOCOLO CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES A UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS CORONARIA					
N° Resolución: Memorándum N°33 19-07-2017	Versión:01		Fecha: Julio 2017		
Elaborado por: Dr. Anthony Cataldo Barille Jefe UPC Coronaria		Aprobado por: Francisco Bueno Natusch Director Hospital Regional Antofagasta			
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años		N° páginas: 8		
Incluye (SI/NO)	1. Criterios de ingreso a UPC	SI	2. Criterios de egreso de UPC	SI	
Responsable de la aplicación: SI					
Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento de carácter institucional. En Página 2, se describe entre otros el alcance y responsabilidades, registrando que el médico residente de turno en UPC Coronaria es el responsable de realizar la evaluación médica del paciente, cuyo ingreso sea solicitado, considerando entre otros el objetivo de su admisión, análisis de la condición vital, grado de recuperabilidad, disponibilidad de camas, modelos de prioridades y diagnósticos. En página 5 y 6, ítem 6 , descripción del proceso, se definen los criterios de ingreso y egreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI), considerando lo siguiente: • Criterios de ingreso "modelo por diagnóstico": Este se basa en un listado de condiciones o enfermedades específicas que determinan admisión apropiada a UCI Coronaria. (Se enumeran un total de 30 condiciones y/o diagnósticos clínicos). • Rechazo de ingreso: El rechazo de ingreso a UCO Coronaria debe quedar consignado en la ficha clínica el paciente con firma y nombre del médico y causas de rechazo de ingreso. • **Criterios de egreso Unidad de Cuidados Intensivos (UCI):** - Pacientes que no requieren soporte terapéutico avanzado - Pacientes con limitación de esfuerzo terapéutico - Pacientes que aún con terapia de soporte terapéutico avanzado su evolución clínica es desfavorable y no tiene posibilidad de recuperación. - Paciente con indicación de tratamiento en otro centro de salud de mayor complejidad. - En caso de reubicación de pacientes según necesidad de reconversión de camas críticas - Fallecimiento. En página 7, se establecen los **criterios de ingreso y egreso a la unidad de cuidados intermedio (UTI):** • Criterios de ingreso "modelo por diagnóstico": El cual se basa en un listado de condiciones o enfermedades específicas que determinan admisión apropiada a UTI Coronaria, se señala en el listado un total de 11 condiciones o enfermedades. • Criterios egreso unidad de cuidados intermedios (UTI) - Pacientes estables que no requieren soporte de mediana complejidad - Pacientes que en su evolución requieren de soporte vital avanzado. - Paciente con evolución clínica desfavorable y que no cumple con criterios de ingreso a UCI. - Pacientes con indicación de tratamiento en otro centro de salid de mayor complejidad. - En caso de reubicación de pacientes, según necesidad de reconversión de camas críticas. - Fallecimiento. **Observaciones:** 1. Con la información tenida a la vista, se cumple con la retrospectividad que considera el periodo comprendido entre el 01 de septiembre de 2017 en adelante, según instrucción de la Superintendencia de Salud y con lo solicitado en elemento medible.					
Nombre del documento (2): PROTOCOLO CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES A UPC ADULTO HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA					
N° Resolución: 9802 07-08-2017	Versión: 03		Fecha: Junio 2017		
Elaborado por: Dr. Franklin Cobeña Pisco, Médico Internista UPCA.		Aprobado por: Francisco Bueno Natusch Director Hospital Regional Antofagasta Dra. Celeste Burgos Subdirector Médico HRA.			
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años		N° páginas: 15		
Incluye (SI/NO)	1. Criterios de ingreso a UPC	SI	2. Criterios de egreso de UPC	SI	
Responsable de la aplicación: SI					
Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional. En Página 5, ítem 3, señala el alcance, indicando que el protocolo está dirigido a los profesionales médicos que se desempeñan en UCIA y UTIMQA del Hospital Regional de Antofagasta. En ítem 4, responsabilidad, señala, entre otros, lo siguiente: - Médico tratante: Emitir la interconsulta desde un establecimiento de la red de salud, una unidad asistencial, unidad de emergencia y pabellones quirúrgicos del hospital, mediante la cual solicita la evaluación del paciente, en el momento en que su condición se estima crítica para un eventual traslado del paciente a UCIA y UTIMQA. - Médicos de continuidad: Responsables de la evaluación y tratamiento de los pacientes que se encuentran a su cargo, en jornada diurna en las unidades de UCIA y/o UTIMQA. - Médico de turno: Evalúa, ingresa y egresa los pacientes, bajo los criterios descritos, durante las jornadas de turnos en las unidades. • En página 6, ítem 5, definiciones, indica entre otros, lo siguiente: - Prioridad 1: Incluye pacientes recuperables en riesgo vital, con autovalencia física y mental normal o bien con déficit leves y que no le impiden un desarrollo social en su vida cotidiana. Son pacientes, que pueden o no tener enfermedades crónicas. Son pacientes que requieren de terapia intensiva inmediata, del tipo soporte terapéutico avanzado. Pacientes con indicación de					

ingresar a UCIA.
- Prioridad 2: Incluye pacientes recuperables que en el momento de la evaluación se encuentran en riesgo potencial de agravamiento y que pueden necesitar en el transcurso de las próximas horas manejo de mediana complejidad. Pacientes con indicación de ingresar a UTIMQA.
- Prioridad 3: Pacientes con enfermedades crónicas en etapas tardías que cursan una enfermedad aguda intercurrente y cuya capacidad de recuperación es incierta y/o su calidad de sobrevida sea probablemente pobre. Si requieren de ventilación mecánica invasiva, tienen indicación de ingreso a UCIA. Si requieren de manejo de mediana complejidad, tienen indicación de ingresar a UTIMQA.
- Prioridad 4: Incluye paciente sin indicación de ingreso a la unidad de UCIA o UTIMQA, correspondiendo pacientes que no requieren de un soporte terapéutico avanzado no de mediana complejidad, que cursan con un evento agudo y/o complicaciones propias de enfermedades crónicas que se encuentran en etapa terminal o con inminencia de muerte y aquellos que se encuentran en muerte cerebral.

En página 9, ítem, **criterios de ingreso y egreso a UCIA y UTIMQA**
- Criterios de ingreso a UCIA: según prioridad los pacientes que ingresan son la prioridad 1, prioridad 3 con soporte terapéutico avanzado y prioridad 4 como potencial donante.
- Criterios de egreso de UCIA:
- Pacientes que no requieren soporte terapéutico avanzado.
- Pacientes que aun con terapia de soporte terapéutico avanzado su evolución clínica es desfavorable y no tienen posibilidad de recuperación
- Paciente con indicación de tratamiento en otros centros de salud de mayor complejidad. En caso de reubicación de pacientes según necesidad de reconversión de camas críticas.
- Fallecimiento.
- Criterios de ingreso a UTIMQA: según prioridad los pacientes que ingresan son os prioridad 2 y prioridad 3, sin soporte terapéutico avanzado.
- Criterios de egreso de UTIMQA:
- Pacientes que no requieren soporte de mediana complejidad.
- Pacientes que en su evolución requieren de soporte vital avanzado.
- Pacientes con indicación de tratamiento en otro centro de salud de mayor complejidad.
- En caso de reubicación de pacientes según necesidad de reconversión de camas críticas.
- Fallecimiento.

Observaciones:
1. Con la información tenida a la vista, se cumple con la retrospectividad que considera el periodo comprendido entre el 01 de septiembre de 2017 en adelante, según instrucción de la Superintendencia de Salud y con lo solicitado en elemento medible.

Nombre del documento: INSTRUCTIVO CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO UNIDAD DE PACIENTE CRITICO PEDIÁTRICO					
Resolución: Memorándum 000012 16 enero 2017	Versión: 2	Fecha: Enero 2017			
Elaborado por: Dr. Pietro Pietroboni F Jefe UPCP	Aprobado por: Edgardo Álvarez N Director Hospital Regional de Antofagasta				
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 19			
Incluye (SI/NO)	1. Criterios de ingreso a UPC	SI	2. Criterios de egreso de UPC	SI	
Responsable de la aplicación: SI					

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento vigente, de carácter institucional de 19 páginas que
En página 2, describe Alcance y Responsabilidades:
- Alcance: aplica a todo paciente cuya condición amerite monitorización continua o manejo de apoyo intensivo.
- Responsables:
- Médico tratante de la unidad de origen: responsable de coordinar traslado a UPCP y hasta que el paciente sea recibido. También es responsable de la recepción de los pacientes egresados desde la UPCP.
- Médico de continuidad UPCP o residente: responsable de la asignación de cupos, recepción de los pacientes trasladados a UPCP. Decide el egreso de la unidad y coordina el traslado a sala.
- Enfermera unidad clínica de origen: ejecuta el traslado desde y hacia la UPCP, corrobora la presencia de los documentos requeridos para su ingreso.
- Enfermera clínica de UPCP: recibir al paciente que ingresa a su unidad. Coordinar el egreso del paciente.

En páginas 7 a 12 describe los criterios de ingreso a UCI, diferenciando los diagnósticos por Sistemas, con patologías graves, inestables o con riesgo vital. Entre los que se encuentran:
- Sistema Respiratorio: Pacientes intubados, con necesidad de intubación y/0 requerimiento de ventilación mecánica.
- Sistema Cardiovascular: Pacientes sometidos a RCP, insuficiencia cardiaca con necesidad de drogas, edema pulmonar agudo de origen cardiogénico.
- Sistema Neurológico: Estado epiléptico, deterioro neurológico impredecible.
- Pacientes Quirúrgicos: Politraumatizado grave, Neuroquirúrgicos, Gran quemado, entre otras.

En páginas 13 a 17 describe los criterios de ingreso a UTI, diferenciando igualmente los diagnósticos por sistemas, con patologías de moderadas a graves. Entre los diagnósticos que son considerados como ingreso a UTI encontramos:
- Instalación reciente de traqueostomía sin necesidad de ventilación mecánica.
- Pacientes que requieren de monitorización hemodinámica, esto incluye las líneas arteriales y accesos venosos centrales.
- Paciente post octal de estado epiléptico (sin requerimiento de ventilación mecánica)
- TEC moderado con fractura de cráneo, sin hemorragia.
- Hiperkalemia, hipokalemia, hiperglicemia, hiper o hiponatremia que requieran monitorización.
- Pancreatitis grave.

En páginas 18 y 19, describe los criterios de egreso de UCI y UTI respectivamente, los que se basan en que la condición del paciente no amerite un manejo complejo multidisciplinario y monitorización propia de cada unidad.

Observaciones:

1. En la página 5, por medio de un flujograma**,** se describe el proceso para el ingreso a UPCP, que da cuenta de los responsables, la actividad que se debe realizar y los registros involucrados en cada una de las etapas del proceso.
2. En la página 3 ítem 4.3, una de las responsabilidades de la enfermera de la unidad clínica de origen, es verificar que el paciente cuente con todos los documentos requeridos para ser ingresado a la UPCP, pero no se hace referencia a que documentos son los necesarios.
3. Con la información tenida a la vista, se cumple con la retrospectividad que considera el periodo comprendido entre el 01 de septiembre de 2017 en adelante, según instrucción de la Superintendencia de Salud y con lo solicitado en elemento medible.

Se da por cumplido el elemento medible

Nombre del documento: INSTRUCTIVO CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO UNIDAD PACIENTE CRÍTICO NEONATAL					
Memorándum: 000036 24 julio 2017	Versión: 03	Fecha: Julio 2017			
Elaborado por: Dr. Michael Fritz Médico jefe UCI Neonatología		Aprobado por: Francisco Bueno Natusch Director Hospital Regional Antofagasta			
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 8			
Incluye (SI/NO)	1. Criterios de ingreso a UPC	SI	2. Criterios de egreso de UPC	SI	
Responsable de la aplicación: SI					

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento institucional.

En página 2, ítem 2, describe el alcance:

- Cada Vez que se solicite la admisión e ingreso de un recién nacido (RN) en la Unidad de Pacientes Crítico (UPC) del Servicio de Neonatología.

En página 3, ítem 3, define las responsabilidades:

- Médico Residente: responsable de la indicación de hospitalización en la unidad, así como el ingreso y egreso de los RN desde la UPC Neonatal. Además, autoriza ingresos de otros establecimientos de la red asistencial y del extrasistema, en ausencia del jefe de Servicio y del jefe de UPC Neonatal.
- Médico jefe de UPC Neonatal: Es responsable de autorizar ingresos y supervisar el cumplimiento de los criterios de ingreso y egreso en UPC Neonatal.
- Médico jefe de Servicio de Neonatología: responsable de autorizar los ingresos a UPC neonatal desde otros establecimientos públicos o privados y supervisar la labor del jefe de UPC Neonatal, médicos tratantes y residentes.
- Médico tratante: responsable de la atención de los pacientes durante su estadía en UPC neonatal y hasta su egreso de UPC. Realizará epicrisis digital según norma.
- Matrona o Enfermera clínica: es la encargada de recibir al paciente en la unidad preparada para tal efecto, en conjunto con el médico y cumplir oportunamente indicaciones médicas referentes a su atención y tratamiento. Entregar al paciente al sector de derivación correspondiente.
- Técnico Paramédico: preparar la unidad del paciente para su ingreso, cumple indicaciones médicas y de enfermería. AL egreso es el encargado de trasladar al paciente a la unidad correspondiente.

En página 4, ítem 7, se explica la descripción del proceso por medio de un diagrama de flujo, el que contiene la etapa del proceso, el responsable, la actividad a realizar y el registro asociado. El cuerpo del documento no describe si los ingresos serán por diagnósticos, por sistemas, por prioridad.

En página 7, anexo 1, se enumeran los criterios de ingreso y egreso de UCI Neonatal:

- **Criterios de Ingreso:** Deben ser atendidos en este nivel de cuidado los pacientes que necesiten cualquiera de los siguientes manejos:

1. FIO_2 mayor o igual a 0,35 o inestable en ascenso.
2. Que requiera cualquier tipo de apoyo ventilatorio: CPAP, ventilación mecánica convencional, ventilación nasal no invasiva o VAF.
3. Inestabilidad cardiocirculatoria y/o uso de drogas vasoactivas.
4. Síndrome convulsivo en etapa aguda.
5. Clínica de sepsis y/o meningitis bacteriana.
6. Post operatorio inmediato.
7. Paciente quirúrgico inestable.
8. Apneas severas y repetidas de cualquier origen.
9. Riesgo vital de cualquier etiología.
10. Peso de nacimiento menor o igual a 1000 grs. independiente de su patología.
11. Prematuro <1200 grs. hasta estabilización, definida como más de 5 días sin eventos de desestabilización.
12. RN que requiere procedimiento invasivo.

- **Criterios de Egreso:**

1. Encefalopatía hipóxica – isquémica superada sin convulsiones
2. Infección controlada, hemodinamicamente estable, sin drogas vasoactivas.
3. Dificultad respiratoria en regresión, FIO2 <0.35.
4. RN sin apneas por más de 48 hrs.
5. RN sin riesgo vital.

En página 8, anexo 2, se enumeran los criterios de ingreso y egreso de TIM Neonatal:

- **Criterios de Ingreso:** Pacientes provenientes de UCI de acuerdo a criterios de egreso y/o pacientes provenientes de cualquier otra sección que necesiten de los siguientes manejos:

1. Oxigenoterapia con FIO2 <0.35.

2. Necesidad de monitorización cardiaca, respiratoria y/o saturación.
3. Requerimiento de incubadora o cuna calefaccionada.
4. Fleboclisis.
5. Alimentación por bomba a través de sonda enteral o gástrica.
6. Nutrición parenteral.
7. Paciente inestable no crítico.
8. Presencia de cualquier tipo de catéter.
9. Requerimientos especiales de enfermería.

- **Criterios de Egreso:**

1. Recién nacido con patología resuelta o parcialmente resuelta en tratamiento, estable, sin requerimientos de oxígeno adicional.
2. Recién nacido prematuro < 32 semanas y/o 1500 gr con patología resuelta o en tratamiento, con requerimientos de oxígeno que cumpla criterios de alta según protocolos de pacientes con displasia broncopulmonar.

Observaciones:

1.- Con la información tenida a la vista, se cumple con la retrospectividad que considera el periodo comprendido entre el 01 de septiembre de 2017 en adelante, según instrucción de la Superintendencia de Salud y con lo solicitado en elemento medible.

Se da por cumplido el elemento medible

CARACTERÍSTICA GCL 1.5 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección	PQ	UPC Ad	UPC Ped.	UPC Neo.	Med.	Ped.	URG.
1° elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%		Puntaje total: 8/8			Porcentaje obtenido: 100%			**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA GCL 1.6 /HALLAZGOS

GCL 1.6 – Primer elemento medible: Se describen en un documento de carácter institucional los criterios de indicación de cesárea y se han definido los responsables de su aplicación.

Obstetricia-Ginecología					
Nombre del documento: PROCEDIMIENTO CRITERIOS DE INDICACIÓN MÉDICA DE CESÁREA					
N° Resolución: 000013 31-01-2019	Versión: 04		Fecha: Enero 2019		
Elaborado por: Dra. Carolina Bastías Pérez; Médico Coordinador Alto Riesgo Obstétrico Mat. Marly Maizares del Pino; Matrona Supervisora Servicio de Obstetricia y Ginecología			Aprobado por: Francisco Bueno Natusch Director Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años		N° páginas: 12		
Define (SI/NO)	1. Criterios de indicación de cesárea	SI	2. Responsable de la aplicación		SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento institucional.
En página 2, ítem 2, se consigna el alcance:

- Será aplicado a todas las pacientes embarazadas que cumplan el protocolo de indicación de operación cesárea, en el Hospital Regional de Antofagasta.

En página 2, ítem 3, se definen las responsabilidades:

- Médico Jefe de la Unidad Asistencial: es responsable de supervisar y evaluar el cumplimiento de los criterios establecidos en el procedimiento, para la indicación de cesárea.
- Médico Obstetra: es responsable de cumplir lo establecido en el procedimiento, justificando la realización de una operación cesárea, según criterios de indicación, elaborados en base a evidencia científica y normativas ministeriales vigentes.

En páginas 3 a 6, ítem 7, se consigna la descripción del proceso:

- La indicación para realizar una operación cesárea **según causa fetal, ovular o materna**:

Causa fetal:

- Presentación de tronco.
- Presentación podálica.
- Sufrimiento fetal agudo con condiciones desfavorables para parto vaginal.
- Feto con estimación de peso >4300 grs., y > 4000 grs. En pacientes diabéticas.

Causa Ovular:

- Placenta Previa
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Procidencia de cordón.
- Embarazo múltiple.

Causa Materna:

- Paciente con antecedente de dos o más cesáreas.
- Cesárea anterior con condiciones obstétricas desfavorables.
- Antecedentes de cirugía vaginal previa.
- Riesgo de transmisión vertical de infecciones maternas.

- Indicación de cesárea **de acuerdo a la situación clínica obstétrica-perinatal** de cada caso clínico:

- Preeclampsia – Eclampsia, según condiciones obstétricas.

- Algunas malformaciones fetales (ej.: macrocefalea)
- Sufrimiento fetal agudo con condiciones desfavorables para parto vaginal.
- Falta de progreso en el trabajo de parto en su fase activa (dilatación estacionaria).
- Macrosomía fetal.

- Indicaciones estandarizadas de cesárea:
  Cesárea de Urgencia:
- Grupo 1: riesgo de pérdida del bienestar fetal (ritmo sinusoidal, bradicardia mantenida).
- Grupo 2: fracaso de inducción.
- Grupo 3: detención en la progresión del trabajo de parto.
- Grupo 4: desproporción céfalo pélvica y cuando exista imposibilidad de extraer al feto por vía vaginal tras una prueba de parto fallida.
- Grupo 5: miscelánea; presentaciones distócicas, prolapso de cordón, patología placentaria, eclampsia, otros.
  Cesárea programada:
  - Presentación de tronco.
  - Presentación podálica.
  - Placenta previa oclusiva total o parcial.
  - Placenta con borde de inserción menor a 2 cm. del OCI.
  - Embarazadas portadoras de VIH con carga viral desconocida, o detectable o sin TARV.
  - Embarazadas portadoras de condilomas acuminados que afecten extensivamente el canal blando del parto.
  - Embarazadas con dos o más cesáreas anteriores.
  - Embarazadas con infección genital activa por Herpes en las últimas seis semanas.
  - Embarazadas sometidas a cirugía uterina previa.
  - Gestaciones gemelares en a que los fetos no están en presentación cefálica.
  - Compromiso fetal demostrado y contraindicación de inducción del parto.
  - Peso fetal estimado >4300 grs. O >4000 en pacientes diabéticas.
  - Tiempo transcurrido entre cesárea anterior y la actual menor a 18 meses.
  - Antecedente de cicatriz de cesárea corporal (menor de 32 semanas).

- Se considerarán urgencias obstétricas:
  - Hemorragia severa.
  - Procidencia de cordón.
  - Ruptura Uterina.
  - Cualquier complicación de la gestación en la que se considere que el tiempo requerido para contar con una segunda opinión pondría en riesgo a la madre o al producto.

En páginas 8 a 12, se describen los anexos:
- Criterios de Robson: describe 10 categorías de clasificación de gestantes, utilizada como base para desarrollar un sistema de clasificación de cesáreas.
- Cuadro resumen cesáreas programadas y edad gestacional de interrupción.
- Indicador.
- Pauta de supervisión criterios de indicación de cesárea.

Observaciones:
Se tienen a la vista los siguientes documentos anteriores:
- "Procedimiento Criterios de indicación Médica de Cesárea", versión 03, fecha de aprobación mayo de 2018; elaborado por Marly Maizares del Pino - Matrona Supervisora y Dayanna Hernández G. – Matrona Supervisora (S), Aprobado por Dr. Francisco Bueno N.- Director (S) Hospital Regional Antofagasta.
- "Procedimiento Criterios de indicación Médica de Cesárea", versión 02, fecha de aprobación mayo de 2015; elaborado por Isabel Alfaro Bacovich - Matrona Supervisora(S) y Dayanna Hernández G. – Matrona Supervisora, Aprobado por Dr. Francisco Bueno N.- Director(S) Hospital Regional Antofagasta.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

GCL 1.6 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Obstetricia-Ginecología	
Nombre del indicador	% DE PACIENTES OPERADAS DE CESÁREA EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA QUE CUMPLEN CON EL CRITERIO DE INDICACIÓN DE CESÁREA SEGÚN PROCEDIMIENTO DEFINIDO
Fórmula matemática	Nº de pacientes operadas de cesárea que cumplen criterios de indicación según pauta / Nº total de pacientes operadas de cesárea
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 1.6 – Tercer elemento medible: Se verifica constancia de evaluación periódica.

Obstetricia-Ginecología	
Nombre documento	PROCEDIMIENTO CRITERIOS DE INDICACIÓN MÉDICA DE CESÁREA - INDICADOR
Responsable medición	Jefe de la Unidad Asistencial de Obstetricia
Fuente primaria	Ficha clínica
Fuente secundaria	Pauta de supervisión
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** el prestador define por conveniencia y oportunidad una muestra de 5 pautas semanales. • **Metodología de muestre:** Se seleccionan los días (10 días), usando el randomizer. Se aplican

	mensualmente 2 pautas por día randomizado. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana o no hallan casos, se aplican las pautas al día hábil siguiente. • **Criterios de cumplimiento:** - La pauta de supervisión criterios de indicación de cesárea consigna fecha de evaluación, Nº de ficha del paciente, evaluador y los siguientes criterios de cumplimiento: <u>Causa fetal</u> - Presentación de tronco - Presentación podálica - Sufrimiento fetal agudo con condiciones desfavorables para parto vaginal - Macrosomía fetal <u>Causa Ovular</u> - Placenta previa - Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta - Procidencia de cordón - Embarazo múltiple <u>Causa Materna</u> - Paciente con antecedente de dos o más cesáreas - Cesárea anterior con COD y/o patología materna de significación asociada - Antecedentes de cirugía vaginal previa - Transmisión vertical de infecciones maternas <u>Otros</u>
Metodología de constatación	• **Período retrospectivo a evaluar:** Dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período de retrospectividad es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando randomizer entregado por el Director Técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3º Trimestre 2018 y 1º trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Informe evaluación periódica del indicador. - Pauta de supervisión Criterios de Indicación de Cesárea. - Ficha clínica de pacientes. • **De la constatación:** 1. La pauta de supervisión "Criterios de Indicación de Cesárea" contiene 12 criterios de cumplimiento clasificados en causa fetal, ovular y materna; más un 3º criterio denominado "Otros", descritos en metodología de medición del prestador y que está contenido en el protocolo local. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del informe de evaluación del indicador, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de las evaluaciones realizadas en el período randomizado: 3º Trimestre 2018 y 1º trimestre 2019. 4. Se constatan 5 fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar seleccionadas usando el randomizer, según Ord. Circular IP Nº 5, resultado de la constatación de fuente primaria:

Nº Ficha	Iniciales del Paciente	Fecha de Evaluación	Diagnóstico / Criterio consignado en pauta de supervisión	Cumplimiento reportado por el prestador	Cumplimiento reportado por la entidad
1.734XXX	OCC	04-07-2018	Pre-eclampsia / otros	Cumple	Cumple
2.575XXX	YCB	10-07-2018	Dilatación Estacionaria / otros	Cumple	Cumple
3. 688XXX	CCA	03-08-2018	2 CCA; DG / 2 o + CCA	Cumple	Cumple
4.741XXX	LCL	07-08-2018	1 CCA; Pelvis Estrecha / otros	Cumple	Cumple
5. 2441XXX	JJC	17-08-2018	Fracaso de inducción / otros	Cumple	Cumple
6.					
7. 634XXX	FZA	05-01-2019	Distocia de presentación / otro	Cumple	Cumple
8. 468XXX	MOV	12-02-2019	Macrosomía Fetal / Macrosomía	Cumple	Cumple
9. 334XXX	SPC	19-02-2019	CCA; DG; Feto p>90 / CCA con COD; Patología materna	Cumple	Cumple
10.756XXX	IMD	21-03-2019	1 CCA; Macrosomía / 2 o + CCA	Cumple	Cumple
11. 755XXX	UGL	29-03-2019	1 CCA; RH (-) sensibilizado / CCA con COD; Patología materna	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	60	60	100%			
3º trimestre 2016	90	90	100%			
4º trimestre 2016	90	90	100%			
1º trimestre 2017	88	88	100%			
2º trimestre 2017	90	90	100%			
3º trimestre 2017	60	60	100%			
4º trimestre 2017	60	60	100%			
1º trimestre 2018	60	60	100%			
2º trimestre 2018	60	60	100%			
3º trimestre 2018	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
4º trimestre 2018	60	60	100%			
1º trimestre 2019	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**

Descripción de los hallazgos: Antes se aplicaba una pauta diaria

- En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
- En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado, de la fuente primaria tenida a la vista.
- Para período anterior al III trimestre de 2017 entrevistada, Matrona Supervisora, refiere como metodología medición según oportunidad aplicando "en lo posible" una pauta diaria de lunes a viernes.
- Lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad

Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA GCL 1.6 /FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Obstetricia Ginecología	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica:≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA 1.7 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

Nombre del documento: PROCEDIMIENTO INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN		
N° Resolución: Memorándum Nº: 000031. 08 -04-2019	Versión: 03	Fecha: Abril 2019
Elaborado por: Jorge Barra Flores.	Aprobado por: Ricardo Salazar Cabrera	

Tecnólogo Médico				Director Hospital Regional de Antofagasta			
Carácter institucional: SI		Fecha vigencia: 5 años		N° páginas: 33			
Considera (SI/NO)	1. Criterios de indicación médica	SI	2. Tipo de hemocomponentes	SI	3. N° de unidades	SI	

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista el documento de carácter institucional, que describe:
En página 2, define
Alcance: médicos que soliciten alguna transfusión de hemocomponentes.
Responsables:
- Médico tratante: realizar la solicitud de hemocomponentes.
- Enfermera o matrona: encargadas de enviar la solicitud de hemocomponentes y consentimiento informado a la UMT.
- Tecnólogo médico UMT: recepción de solicitudes, determinar el hemocomponente y cantidad más adecuada a transfundir, según lo solicitado por el médico.

En página 6, ítem 7, se describe el procedimiento de solicitud de transfusión:
1. Este proceso, se inicia, con el envió de una solicitud de transfusión realizada por el médico, a la unidad de medicina transfusional, a través de un formulario en el que se debe registrar lo siguiente: datos del paciente, tipo de hemocomponente, número de unidades solicitadas, grado de urgencia de transfusión y criterios de indicación.
2. Dicho formulario debe ir acompañado del consentimiento informado, el cual debe estar firmado por el paciente o quien esté a cargo, y muestra de sangre para las pruebas de compatibilidad.
3. En casos de emergencia, se podrá realizar la solicitud por vía telefónica bajo la responsabilidad del médico tratante, y al momento de ir a dejar la unidad, se regularizará la entrega de la solicitud en papel.
4. En estos casos la unidad que se entregará será O (-) o O+ según disponibilidad de Stock.

En la página 13 del documento, se describen los **criterios de indicación médica** y **número de unidades**, por **tipo de hemocomponente,** de la siguiente forma:

Tipo de hemocomponente: Glóbulos Rojos.

1. Criterios de indicación médica:

a. Criterios para pacientes adultos:
- Anemia en paciente previamente sano y pacientes embarazadas, con Hb<7 gr/dl
- Anemia en paciente con hemorragia activa no controlada o paciente con dificultad de adaptarse a la anemia crónica, con Hb<8 gr/dl
- Anemia en pacientes con antecedentes de insuficiencia cardiaca, cardiopatía coronaria o sepsis severa, con HB<9gr/dl
- Anemia pre o post operatoria en pacientes sin descompensación pulmonar, con Hb<7 gr/dl
- Anemia pre o post operatoria en pacientes con antecedentes cardiopulmonares, con Hb<8 gr/dl
- Anemia pre o post operatoria en pacientes con descompensación cardiopulmonar, con Hb<9 gr/dl
- Pacientes normovolémicos, deben entrar a pabellón con hemoglobina mayor a 10 gr/dl
- Pacientes con anemia crónica, transfundir si:
  - HG < 5 gr/dl
  - HG entre 5 y 9 gr/dl, transfundir según criterio clínico (sintomatología del paciente).
- Pacientes oncológicos mantener niveles mayores a 9 gr/dl.
- Pacientes que reciben quimioterapia y tienen Hb<12 gr/dl

b. Criterios para pacientes neonatos y lactantes menores de 4 meses.
- Pacientes con síntomas clínicos de anemia, sin requerimientos de oxigeno con Hb<7 gr/dl
- Pacientes con necesidad de soporte respiratorio con Hb<10 gr/dl
- Paciente con cardiopatía cianótica o hipertensión pulmonar persistente del recién nacido, con Hb <10 gr/dl
- Perdida aguda de sangre mayor al 10% de volemia.

c. Criterios con pacientes mayores a 4 meses.
- Anemia preoperatoria con necesidad de cirugía urgente con Hb<8 gr/dl.
- Post operatorio con hemoglobina baja (menor a 8 gr/dl) y signos clínicos de anemia.
- Pacientes con enfermedad pulmonar grave que precisa ventilación mecánica y/o oxígeno suplementario con Fi>0,4 y con Hb<10 gr/dl.
- Pacientes con anemia sintomática con Hb<7 gr/dl
- Pacientes con hemopatías malignas o cáncer transfundir si Hb<8 gr/dl. También transfundir si existe sangramiento activo, plaquetas menores a 50000 y Hb<9 gr/dl.

2. Número de unidades: En adultos, una unidad de glóbulos rojos (250 a 300ml) eleva la hemoglobina en 1gr/dl. En Niños la dosis será de 10 – 20 ml/kg de peso.

Tipo de hemocomponente: Plaquetas.

1. Criterios de indicación médica:

a. Criterios para pacientes mayores a 4 meses.
- Pacientes con falla en la producción plaquetaria sin complicación médica y recuento menor a 10000/uL.
- Pacientes con falla en la producción plaquetaria con indicación quirúrgica y recuento menor a 10000/uL.
- Pacientes con falla en la producción plaquetaria con indicación de cirugía del SNC o globo ocular y recuento menor a 100000/uL.
- Pacientes con falla en la producción plaquetaria, hemorragia activa y recuento menor a 50000/uL.
- Paciente con mucositis severa o CID y recuento menor a 20000/uL.
- Pacientes con trombocitopenia secundaria al aumento de la destrucción y que estén como hemorragia activa.
- Pacientes con disfunción plaquetaria cuando las medidas terapéuticas no son eficaces.

b. Criterios para neonatos y menores de 4 meses:
- Neonato prematuro o con sangrado activo con recuento menor a 50000/uL
- Neonato prematuro enfermo o recién nacido con recuerdo menor a 30000/uL
- Neonato con indicación de cirugía u otro tratamiento invasivo o con CID y recuentos menores a 20000/uL
- Neonato prematuro o de termino sin sangramiento activo y con recuentos menores a 20000/uL

2. Número de unidades: En adultos la dosis es 1 unidad de concentrado plaquetario por cada 10 kilogramos de peso. En pacientes pediátricos y neonatos, la dosis es 15ml/kg/peso o 1 unidad de concentrado plaquetario por cada 5-10kg de peso.

Tipo de hemocomponente: Plasma Fresco congelado.

1. Criterios de indicación médica:

Se indica para corregir la deficiencia de factores II, V, VII, IX, X y XI. en las siguientes situaciones:
- Purpura trombótico trombocitopénico.
- Purpura fulminante del recién nacido.
- Para reconstituir el concentrado de hematíes en el caso de realizar una exanguineotransfusión.
- En el caso de hemorragia grave y alteraciones de las pruebas de coagulación, se indicará en las siguientes situaciones:
  - En caso de una transfusión masiva.
  - Para reponer factores de coagulación.
  - En situaciones clínicas que existe un déficit de vitamina K y no se pueda esperar la administración de vitamina K o no responda a esta (mala absorción, enfermedad hemorrágica del recién nacido, etc)
  - Neutralizar anticoagulantes orales.
  - Hemorragia secundaria a tratamientos trombóticos cuando persista el sangrado.
  - Pacientes con insuficiencia hepática grave y hemorragia microvascular difusa o hemorragia localizada con riesgo vital.
  - Pacientes con CID, una vez instaurado el tratamiento etiológico.
  - Prolongación de TTPK 1.5 veces el valor normal o >55 seg, en pacientes con patología grabe (sepsis, gran quemado, TEC).

2. Número de unidades: En adultos y niños, la dosis es 10 a 20 ml/Kg de peso. Cuando se utiliza para neutralizar anticoagulantes orales la dosis es 5-8 ml/kg de peso.

Tipo de hemocomponente: Crioprecipitado.

1. Criterio de indicación médica:

Se indica para corregir la deficiencia congénita o adquirida de factor VIII, fibrinógeno, factor XIII, fibronectina o factor vW, en las siguientes situaciones:
- Manejo de hemorragias secundarias hipofibrinogenemia o disfibrinogenemia
- Profilaxis o tratamiento del déficit del factor XIII
- Manejo de hemorragia en pacientes con enfermedad de von Willebrand.
- Alteraciones adquiridas de la hemostasia; CID, síndrome urémico, transfusiones masivas.

2. Número de unidades: en adultos y niños, 1 unidad por cada 10 Kg de peso.

Observaciones:

1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Procedimiento de indicación de transfusión", versión 2. Fecha de aprobación Julio 2017, elaborado por Jorge Barra Flores, Tecnólogo médico de banco de sangre, aprobado por Francisco Bueno Natush, Director de Hospital de Antofagasta, cumpliendo con el periodo de retrospectividad, instruido por la IP y que aplica a este proceso de re acreditación.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA

Dirección	PQ	UPC Ad.	APD	URG	APQ
SI	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**

GCL 1.7 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

	PQ 1	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS PERTINENTES.	
Fórmula matemática	Número de indicación de transfusión de glóbulos rojos pertinentes evaluados en un periodo/ Número de indicación de transfusión de glóbulos rojos evaluados en el mismo periodo X 100.	
Umbral de cumplimiento:90%		Periodicidad de la evaluación: Semestral
	PQ 2	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS PERTINENTES.	
Fórmula matemática	Número de indicación de transfusión de glóbulos rojos pertinentes evaluados en un periodo/ Número de indicación de transfusión de glóbulos rojos evaluados en el mismo periodo X 100.	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Semestral
	PQ 3	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS PERTINENTES.	
Fórmula matemática	Número de indicación de transfusión de glóbulos rojos pertinentes evaluados en un periodo/ Número de indicación de transfusión de glóbulos rojos evaluados en el mismo periodo X 100.	
Umbral de cumplimiento 90%		Periodicidad de la evaluación: Semestral
	UPC Ad 1	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS PERTINENTES.	
Fórmula matemática	Número de indicación de transfusión de glóbulos rojos pertinentes evaluados en un periodo/ Número de indicación de transfusión de glóbulos rojos evaluados en el mismo periodo X 100.	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Semestral

UPC Ad 2	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS PERTINENTES.
Fórmula matemática	Número de indicación de transfusión de glóbulos rojos pertinentes evaluados en un periodo/ Número de indicación de transfusión de glóbulos rojos evaluados en el mismo periodo X 100.
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Semestral
UPC Ad 3	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS PERTINENTES.
Fórmula matemática	Número de indicación de transfusión de glóbulos rojos pertinentes evaluados en un periodo/ Número de indicación de transfusión de glóbulos rojos evaluados en el mismo periodo X 100.
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Semestral
APD	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS PERTINENTES.
Fórmula matemática	Número de indicación de transfusión de glóbulos rojos pertinentes evaluados en un periodo/ Número de indicación de transfusión de glóbulos rojos evaluados en el mismo periodo X 100.
Umbral de cumplimiento:90%	Periodicidad de la evaluación: Semestral
URG	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS PERTINENTES.
Fórmula matemática	Número de indicación de transfusión de glóbulos rojos pertinentes evaluados en un periodo/ Número de indicación de transfusión de glóbulos rojos evaluados en el mismo periodo X 100.
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Semestral
APQ	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS PERTINENTES.
Fórmula matemática	Número de indicación de transfusión de glóbulos rojos pertinentes evaluados en un periodo/ Número de indicación de transfusión de glóbulos rojos evaluados en el mismo periodo X 100.
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Semestral

GCL 1.7 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

PQ 1	
Nombre documento	PORCENTAJE DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS PERTINENTES.
Responsable medición	Tecnólogo médico supervisor de Banco de sangre
Fuente primaria	Documento de solicitud de transfusión: "formulario de solicitud de transfusión en pacientes adultos".
Fuente secundaria	Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión.
Período evaluado	01 de septiembre de 2017 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de muestra**: para el cálculo del tamaño muestral se utiliza calculadora de SIS, para indicadores clínicos de calidad, con un umbral de cumplimiento del 50% y margen de error del 10%. La muestra obtenida se divide en 6 meses, obteniendo así el número de pautas aplicadas por mes, logrando una muestra de 90 observaciones semestrales por punto de verificación. El prestador divide las 90 pautas obtenidas entre pabellón general y pabellón coronario, realizando 8 mediciones mensuales para pabellón general, con un total de 48 mediciones en el semestre. Si hay menos de 90 solicitudes de transfusión se evaluará la totalidad de estas. • **Metodología de muestreo:** Se seleccionan las solicitudes de transfusión por punto de verificación a través de randomizer. Según lo descrito en documento, se excluyen las indicaciones de transfusión de pacientes "NN", pacientes de riesgo vital y/o sangramiento activo intraoperatorio. • **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de evaluación de indicación de transfusión, que registra los siguientes contenidos en sus columnas y filas a completar: - Mes evaluado. - Unidad. - Fecha de evaluación. - Nº de transfusión. - Evaluador. - Indicación de transfusión pertinentes según criterios evaluados: Se evalúa con un escala dicotómica a que registra un 1, si cumple y un 0 si no. - Entrevistado refiere que "los criterios de cumplimiento están definidos en la ficha del indicador, en el documento vigente al momento de realizar la medición (versión 02)", siendo estos: 1. Nombre del paciente. 2. Rut, DAU, o pasaporte. 3. Diagnóstico. 4. Carácter de la transfusión (urgente, no urgente, inmediata, emergencia). 5. Parámetros de laboratorio (Hto/Hb). 6. Indicación acorde al resultado de Hto/Hb y diagnóstico que gatilla la indicación según procedimiento. Si se cumple la totalidad de los criterios se pondrá 1 en esta columna. - Cumplimiento. En esta columna se consigna el motivo del no cumplimiento.
Metodología de constatación	• **Período retrospectivo a evaluar**: dado que la característica fue fiscalizada por la intendencia, con ocasión de la fiscalización efectuada en materia de "mantención del estándar de acreditación", el periodo a evaluar será del 01 de septiembre de 2017 a 31 de mayo 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es semestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos semestres a evaluar: 1° y 2° semestre de 2018. • **Registros revisados:**

- Informe de resultados de indicador: "porcentaje de indicación de glóbulos rojos pertinentes"
- Documento de solicitud de transfusión: "formulario de solicitud de transfusión en pacientes adultos".
- Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión.
- Software de exámenes de laboratorio Opuslab.

• **De la constatación:**

1. Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión, que contiene si cumple o no los criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local.
2. Se constata la medición periódica, con la revisión del informe del indicador que se envía a los servicios del hospital, con el % de cumplimiento semestral.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de evaluaciones del primer y segundo semestre de 2018.
4. Se constatan fuentes primarias; correspondientes a los "formularios de solicitud de transfusión en pacientes adultos", de los 2 semestres a evaluar por Randomizer, según Ord. Circular IP N°5.

- Criterio N° 1: Registra carácter de la transfusión
- Criterio N° 2: Criterio Parámetros de laboratorio Hto (%) y Hb (g/dl)
- Criterio N° 3: Criterio Indicación acorde al resultado Hto/Hb y diagnóstico que gatilla indicación según procedimiento
- Criterio N° 4: Cumple según prestador.
- Criterio N° 5: Constatado
- SD: Sin dato

Resultado de la constatación de la fuente primaria:

FECHA	RUT/DAU	DIAGNOSTICO	CRITERIOS EVALUADOS				
			N°1	N°2	N°3	N°4	N°5
1. 04-01-18	5.764.XXX-X	IRC	SI	25,7% 8,7 g/dl	SI	SI	SI
2. 03-02-18	5.802.XXX-X	CÁNCER	SI	24,8% 8,5 g/dl	SI	SI	SI
3. 05-02-18	3.801.XXX-X	CIRUGÍA DE HOMBRO	SI	23% 7 g/dl	SI	SI	SI
4. 17-06-18	5546XXX	SIN DATO	SI	SD	NO	NO	NO
5. 16-06-18	5.987.XXX-X	PROSTATOCTOMÍA	SI	SD	NO	NO	NO
6. 09-08-18	5.517.XXX-X	SIN DATO	SD	25%	NO	NO	NO
7. 15-09-18	13.977.XXX-X	CESÁREA	SD	18.9% 6.6 g/dl	SI	NO	SI
8. 14-11-18	75202XXX	TEC	SI	23.1% 7.9 g/dl	SI	SI	SI
9. 16-11-18	17.132.XXX-X	IRC	SI	13.2% 4.7 g/dl	SI	SI	SI
10. 05-12-18	9.429.XXX-X	CIRUGÍA	SI	20.7% 6.9 g/dl	SI	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Semestre2017	27	48	56,25%			
1° Semestre 2018	**25**	**42**	**60,8%**	**25**	**42**	**60,8%**
2° Semestre 2018	**27**	**48**	**56,3%**	**26**	**48**	**54,1%**

Descripción de los hallazgos:

1. En documento, en el cálculo de muestra se define una muestra 90 determinaciones por punto de verificación. En el caso de PQ, las 90 determinaciones se dividen. El prestador a través de una entrevista, declara que harán 48 mediciones para pabellón general. En la constatación del primer semestre de 2018, se constata que se realizaron sólo 42 mediciones.
2. En documento, se describe la exclusión de pacientes que carecen de identificación: "NN", sin embargo en la constatación se encuentra indicación de paciente "NN" a quien se le aplica pauta de medición.
3. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
4. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, para este indicador ficha clínica y/o datos de laboratorio, lo reportado no es concordante con lo constatado, para el periodo evaluado. La solicitud número 7 del segundo semestre de 2018, se informa como no cumplida, por no registrar el "carácter de la transfusión". La indicación está de acuerdo a protocolo del prestador, considerando diagnóstico, los parámetros de laboratorio que presenta y registra en pauta de evaluación. El referente del prestador señala que si la solicitud no viene **"completa"** no cumple, midiendo contenidos de la solicitud (registro) el indicador está formulado "Número de indicación de transfusión de glóbulos rojos pertinentes evaluados en un periodo" la pertinencia del indicador y el sentido de la evaluación periódica es evaluar que las indicaciones de glóbulos rojos sean de acuerdo a lo que el prestador ha definido en su protocolo local, la completitud de registro no mide lo que ha definido en la formulación y pertinencia del indicador con respecto a la característica a evaluar.

Según lo referido en el punto 4, no se da por cumplido el elemento medible.

PQ 2

Nombre documento	PORCENTAJE DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS PERTINENTES.
Responsable medición	Tecnólogo médico supervisor de Banco de sangre
Fuente primaria	Documento de solicitud de transfusión: "formulario de solicitud de transfusión en pacientes adultos".
Fuente secundaria	Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión.
Período evaluado	01 de septiembre de 2017 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de muestra**: Para el cálculo del tamaño muestral se utiliza calculadora de SIS, para indicadores clínicos de calidad, con un umbral de cumplimiento del 50% y margen de error del 10%. La muestra obtenida se divide en 6 meses, obteniendo así el número de pautas aplicadas por mes, logrando una muestra de 90 observaciones semestrales por punto de verificación. El prestador divide las 90 pautas obtenidas entre pabellón general y pabellón coronario, realizando 8 mediciones mensuales para pabellón general, con un total de 48 mediciones en el semestre. Si hay menos de 90 solicitudes de transfusión se evaluará la totalidad de estas. • **Metodología de muestreo:** Se seleccionan las solicitudes de transfusión por punto de verificación a través de randomizer. Según lo descrito en documento, se excluyen las indicaciones de transfusión de pacientes "NN", pacientes de riesgo vital y/o sangramiento activo intraoperatorio. • **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de evaluación de indicación de transfusión, que registra los siguientes contenidos en sus columnas y filas a completar: - Mes evaluado. - Unidad. - Fecha de evaluación. - Nº de transfusión. - Evaluador. - Indicación de transfusión pertinentes según criterios evaluados: Se evalúa con una escala dicotómica a que registra un 1, si cumple y un 0 si no. - Entrevistado refiere que "los criterios de cumplimiento están definidos en la ficha del indicador, en el documento vigente al momento de realizar la medición (versión 02)", siendo estos: 1. Nombre del paciente. 2. Rut, DAU, o pasaporte. 3. Diagnóstico. 4. Carácter de la transfusión (urgente, no urgente, inmediata, emergencia). 5. Parámetros de laboratorio (Hto/Hb). 6. Indicación acorde al resultado de Hto/Hb y diagnóstico que gatilla la indicación según procedimiento. Si se cumple la totalidad de los criterios se pondrá 1 en esta columna. - Cumplimiento. En esta columna se consigna el motivo del no cumplimiento.
Metodología de constatación	• **Período retrospectivo a evaluar**: dado que la característica fue fiscalizada por la intendencia, con ocasión de la fiscalización efectuada en materia de "mantención del estándar de acreditación", el periodo a evaluar será del 01 de septiembre de 2017 a 31 de mayo 2019. • **Selección de la muestra:** La medición del indicador es semestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos semestres a evaluar: 1° y 2° semestre de 2018. • **Registros revisados:** - Informe de resultados de indicador: "porcentaje de indicación de glóbulos rojos pertinentes" - Documento de solicitud de transfusión: "formulario de solicitud de transfusión en pacientes adultos". - Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión. - Software de exámenes de laboratorio Opuslab. • **De la constatación:** Se constata la no ocurrencia de transfusiones para el período retrospectivo en el Pabellón de CMA.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Semestre2017	SE	SE	SE	SE	SE	SE
1° Semestre 2018	SE	SE	SE	SE	SE	SE
2° Semestre 2018	SE	SE	SE	SE	SE	SE

Descripción de los hallazgos:
Se constata la no ocurrencia de transfusiones en el Pabellón de CMA durante el período de retrospectividad evaluado.

PQ 3

Nombre documento	PORCENTAJE DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS PERTINENTES.
Responsable medición	Tecnólogo médico supervisor de Banco de sangre
Fuente primaria	Documento de solicitud de transfusión: "formulario de solicitud de transfusión en pacientes adultos".
Fuente secundaria	Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión.
Periodo evaluado	01 de septiembre de 2017 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de muestra**: Para el cálculo del tamaño muestral se utiliza calculadora de SIS, para indicadores clínicos de calidad, con un umbral de cumplimiento del 50% y margen de error del 10%. La muestra obtenida se divide en 6 meses, obteniendo así el número de pautas aplicadas por mes, logrando una muestra de 90 observaciones semestrales por punto de verificación. El prestador divide las 90 pautas obtenidas entre pabellón general y pabellón coronario, realizando 8 mediciones mensuales para pabellón general, con un total de 48 mediciones en el semestre. Si hay menos de 90 solicitudes de transfusión se evaluará la totalidad de éstas. • **Metodología de muestreo:** Se seleccionan las solicitudes de transfusión por punto de verificación a

<table>
<tr><td></td><td>través de randomizer. Según lo descrito en documento, se excluyen las indicaciones de transfusión de pacientes "NN", pacientes de riesgo vital y/o sangramiento activo intraoperatorio.
• Criterios de cumplimiento: El prestador utiliza una pauta de evaluación de indicación de transfusión, que registra los siguientes contenidos en sus columnas y filas a completar:
- Mes evaluado.
- Unidad.
- Fecha de evaluación.
- Nº de transfusión.
- Evaluador.
- Indicación de transfusión pertinentes según criterios evaluados: Se evalúa con un escala dicotómica a que registra un 1, si cumple y un 0 si no.
- Entrevistado refiere que refiere que "los criterios de cumplimiento están definidos en la ficha del indicador, en el documento vigente al momento de realizar la medición (versión 02)", siendo estos:
1. Nombre del paciente.
2. Rut, DAU, o pasaporte.
3. Diagnóstico.
4. Carácter de la transfusión (urgente, no urgente, inmediata, emergencia).
5. Parámetros de laboratorio (Hto/Hb).
6. Indicación acorde al resultado de Hto/Hb y diagnostico que gatilla la indicación según procedimiento. Si se cumple la totalidad de los criterios se pondrá 1 en esta columna.
- Cumplimiento. En esta columna se consigna el motivo del no cumplimiento.</td></tr>
<tr><td>Metodología de constatación</td><td>• Período retrospectivo a evaluar: dado que la característica fue fiscalizada por la intendencia, con ocasión de la fiscalización efectuada en materia de "mantención del estándar de acreditación", el periodo a evaluar será del 01 de septiembre de 2017 a 31 de mayo 2019.
• Selección de la muestra: La medición del indicador es semestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos semestres a evaluar: 1° y 2° semestre de 2018.
• Registros revisados:
- Informe de resultados de indicador: "porcentaje de indicación de glóbulos rojos pertinentes"
- Documento de solicitud de transfusión: "formulario de solicitud de transfusión en pacientes adultos".
- Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión.
- Software de exámenes de laboratorio Opuslab.
• De la constatación:
1. Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión, que contiene si cumple o no los criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local.
2. Se constata la medición periódica, con la revisión del informe del indicador que se envía a los servicios del hospital, con el % de cumplimiento semestral.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de evaluaciones del primer y segundo semestre de 2018.
4. Se constatan fuentes primarias; correspondientes a los "formularios de solicitud de transfusión en pacientes adultos", de los 2 semestres a evaluar por Randomizer, según Ord. Circular IP N°5.
- Criterio N° 1: Registra carácter de la transfusión
- Criterio N° 2: Criterio Parámetros de laboratorio Hto (%) y Hb (g/dl)
- Criterio N° 3: Criterio Indicación acorde al resultado Hto/Hb y diagnóstico que gatilla indicación según procedimiento
- Criterio N° 4: Cumple según prestador
- Criterio N° 5: Constatado
- SD: Sin dato

Resultado de la constatación de la fuente primaria

<table>
<tr><th rowspan="2">FECHA</th><th rowspan="2">RUT/DAU</th><th rowspan="2">DIAGNOSTICO</th><th colspan="5">CRITERIOS EVALUADOS</th></tr>
<tr><th>N°1</th><th>N°2</th><th>N°3</th><th>N°4</th><th>N°5</th></tr>
<tr><td>1. 11-01-2018</td><td>5.709.XXX-X</td><td>Enfermedad de Arterias coronarias</td><td>SI</td><td>44.1%
14.9 g/dl</td><td>NO</td><td>SI</td><td>NO</td></tr>
<tr><td>2. 06-03-2018</td><td>7.140.XXX-X</td><td>Remplazo válvula aortica</td><td>SI</td><td>42.4/13.9</td><td>NO</td><td>SI</td><td>NO</td></tr>
<tr><td>3. 23-04-2018</td><td>6.741.XXX-X</td><td>Estenosis aortica</td><td>SI</td><td>45.1%
15 g/dl</td><td>NO</td><td>SI</td><td>NO</td></tr>
<tr><td>4. 02-05-2018</td><td>3.976.XXX-X</td><td>Insuficiencia mitral</td><td>SI</td><td>Sin Dato</td><td>NO</td><td>NO</td><td>NO</td></tr>
<tr><td>5. 15-05-2018</td><td>5.099.XXX-X</td><td>Enfermedad coronaria</td><td>NO</td><td>18%</td><td>SI</td><td>NO</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>6. 03-08-2018</td><td>5.097.XXX-X</td><td>Enfermedad coronaria</td><td>SI</td><td>37.8%
12.7 g/dl</td><td>SD</td><td>NO</td><td>NO</td></tr>
<tr><td>7. 13-08-2018</td><td>12.216.XXX-X</td><td>Cardiopatía valvular</td><td>SI</td><td>35.4%
11.4 g/dl</td><td>SD</td><td>NO</td><td>NO</td></tr>
<tr><td>8. 14-08-2018</td><td>8.058.XXX-X</td><td>CRM</td><td>SI</td><td>15%
5.2 g/dl</td><td>SI</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>9. 10-09-2018</td><td>24.064.XXX-X</td><td>Disección aortica</td><td>SI</td><td>30.1%
10.5 g/dl</td><td>NO</td><td>SI</td><td>NO</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

	10. 19-10-2018	6.443.XXX-X	Enfermedad 3 vasos, cirugía cardiaca.	SI	47.2% 16.3 g/dl	NO	NO	NO

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Semestre 2 2017	7	21	33.3%			
Semestre 1 2018	**20**	**28**	**79,4%**	**16**	**28**	**57,14%**
Semestre 2 2018	**9**	**13**	**76,8%**	**8**	**13**	**61,5%**

Descripción de los hallazgos:

1. La solicitud número 1 del primer semestre de 2018, se informa como cumplida. En la constatación la indicación no cumple de acuerdo al protocolo y considerando los parámetros de laboratorio que presenta. La fuente primaria no es concordante con lo evaluado por el prestador
2. La solicitud número 2 del primer semestre de 2018, se informa como cumplida. En la constatación la indicación no cumple de acuerdo al protocolo y considerando los parámetros de laboratorio que presenta. La fuente primaria no es concordante con lo evaluado por el prestador.
3. La solicitud número 3 del primer semestre de 2018, se informa como cumplida. En la constatación la indicación no cumple de acuerdo al protocolo y considerando los parámetros de laboratorio que presenta. La fuente primaria no es concordante con lo evaluado por el prestador
4. La solicitud número 5 del primer semestre de 2018, se informa como no cumplida, por no presentar el carácter de la transfusión. La indicación esta de acuerdo a protocolo y correcta considerando los parámetros de laboratorio que presenta. La fuente primaria no es concordante con lo evaluado por el prestador.
5. La solicitud número 9 del segundo semestre de 2018, se informa como cumplida. En la constatación la indicación no cumple de acuerdo al protocolo y considerando los parámetros de laboratorio que presenta. La fuente primaria no es concordante con lo evaluado por el prestador.
6. En la constatación se pesquisan 3 solicitudes que no fueron evaluadas en este punto de verificación. Al consultar al referente, se recibe como respuesta que no fueron evaluadas debido a que no se transfundieron.
7. El porcentaje informado por el prestador para los semestres 1 y 2 de 2018, difieren al hacer la división del numerador y denominador. Los porcentajes calculados para el primer semestre 2018 20/28 es 71,4% y para el segundo semestre 2018 8/13 es de 69.2% .

5. El prestador mide completitud de los contenidos del formulario de solicitud de transfusión, el indicador de esta característica señala "Número de indicación de transfusión de glóbulos rojos pertinentes evaluados en un periodo" la pertinencia del indicador y el sentido de la evaluación periódica es evaluar que las indicaciones de glóbulos rojos sean de acuerdo a lo que el prestador ha definido, la completitud de registro no mide lo que ha definido en la formulación y pertinencia del indicador con respecto a la característica a evaluar.

Según lo referido en el punto 1, 2, 3, 4, 5 y 8 no se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ad 1	
Nombre documento	PORCENTAJE DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS PERTINENTES.
Responsable medición	Tecnólogo médico supervisor de Banco de sangre
Fuente primaria	Documento de solicitud de transfusión, "formulario de solicitud de transfusión en pacientes adultos".
Fuente secundaria	Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión.
Período evaluado	01 de septiembre de 2017 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de muestra**: Para el cálculo del tamaño muestral se utiliza calculadora de SIS, para indicadores clínicos de calidad, con un umbral de cumplimiento del 50% y margen de error del 10%. Así se obtendrá en N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes, logrando una muestra de 90 observaciones semestrales por punto de verificación. El prestador divide las 90 pautas obtenidas entre UCI adulto, UTIM, UCP coronario, obteniendo así un aproximado de 5 mediciones mensuales para UCI adulto, haciendo un total de 30 mediciones en el semestre. • **Metodología de muestreo:** se seleccionan las solicitudes de transfusión por punto de verificación a través de randomizer. Según lo descrito en documento, se excluyen las indicaciones de transfusión de pacientes "NN", pacientes de riesgo vital. • **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de evaluación de indicación de transfusión, que registra los siguientes contenidos en sus columnas y filas a completar: - Mes evaluado. - Unidad. - Fecha de evaluación. - Nº de transfusión. - Evaluador. - Indicación de transfusión pertinentes según criterios evaluados: Se evalúa con un escala dicotómica a que registra un 1, si cumple y un 0 si no. - Entrevistado refiere que "los criterios de cumplimiento están definidos en la ficha del indicador, en el documento vigente al momento de realizar la medición (versión 02)", siendo estos: 1. Nombre del paciente. 2. Rut, DAU, o pasaporte. 3. Diagnóstico. 4. Carácter de la transfusión (urgente, no urgente, inmediata, emergencia). 5. Parámetros de laboratorio (Hto/Hb). 6. Indicación acorde al resultado de Hto/Hb y diagnóstico que gatilla la indicación según procedimiento. Si se cumple la totalidad de los criterios se pondrá 1 en esta columna.

- Cumplimiento. En esta columna se consigna el motivo del no cumplimiento.

Metodología de constatación

- **Periodo retrospectivo a evaluar**: dado que la característica fue fiscalizada por la intendencia, con ocasión de la fiscalización efectuada en materia de "mantención del estándar de acreditación", el periodo a evaluar será del 01 de septiembre de 2017 a 31 de mayo 2019.
- **Selección de la muestra:** La medición del indicador es semestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos semestres a evaluar: 1° y 2° semestre de 2018.
- **Registros revisados:**

- Informe de resultados de indicador: "porcentaje de indicación de glóbulos rojos pertinentes"
- Documento de solicitud de transfusión: "formulario de solicitud de transfusión en pacientes adultos".
- Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión.
- Software de exámenes de laboratorio Opuslab.

- **De la constatación:**

1. Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión, que contiene si cumple o no los criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local.
2. Se constata la medición periódica, con la revisión del informe del indicador que se envía a los servicios del hospital, con el% de cumplimiento semestral.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de evaluaciones del primer y segundo semestre de 2018.
4. Se constatan fuentes primarias; correspondientes a los "formularios de solicitud de transfusión en pacientes adultos", de los 2 semestres a evaluar por Randomizer, según Ord. Circular IP N°5.

- Criterio N° 1: Registra carácter de la transfusión
- Criterio N° 2: Criterio Parámetros de laboratorio Hto (%/) y Hb (gr/dl)
- Criterio N° 3: Criterio Indicación acorde al resultado Hto/Hb y diagnóstico que gatilla indicación según procedimiento
- Criterio N° 4: Cumple según prestador
- Criterio N° 5: Constatado
- SD: Sin dato

Resultado de la constatación de la fuente primaria

FECHA	RUT/DAU	DIAGNOSTICO	CRITERIOS EVALUADOS				
			N°1	N°2	N°3	N°4	N°5
1. 04-03-2018	22.627.XXX-X	Sepsis, anemia severa	NO	22.2% 7.1 g/dl	SI	NO	SI
2. 02-03-2018	14.110.XXX-X	Sepsis, anemia severa	SI	22%	SI	SI	SI
3. 11-04-2018	24.479.XXX-X	Shock séptico	SI	20.8% 5.8 g/dl	SI	SI	SI
4. 20-05-2018	7358XX	Sepsis abdominal	SI	17% 5.7 g/dl	SI	SI	SI
5. 15-06-2018	11.416.XXX-X	Sepsis pulmonar	SI	20.7% 6.7 g/dl	SI	SI	SI
6. 10-07-2018	8.769.XXX-X	Sepsis	SI	23.8% 7.8 g/dl	SI	SI	SI
7. 16-09-2018	8.189-XXX-X	Anemia, pancreatitis	SI	20.4% 7.3 g/dl	SI	SI	SI
8. 07-10-2018	4.597.XXX-X	Shock séptico	SI	22.8% 8 g/dl	SI	SI	SI
9. 19-10-2018	6.090-XXX-X	PCR	SI	21.5% 6.9 g/dl	SI	SI	SI
10. 05-12-2018	8.761.XXX-X	Poliomielitis	SI	16% 5.8 g/dl	SI	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Semestre 2 2017	27	30	90%			
Semestre 1 2018	**29**	**30**	**96,7%**	**30**	**30**	**100%**
Semestre 2 2018	**27**	**30**	**90%**	**27**	**30**	**90%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado no es concordante con lo constatado, la solicitud número 1 del primer semestre de 2018, se informa como no cumplida, por no presentar el carácter de la transfusión. La indicación está de acuerdo a protocolo, considerando el diagnóstico y los parámetros de laboratorio que presenta. La fuente primaria no es concordante con lo evaluado por el prestador.

Según lo referido en el punto 2, no se da por cumplido el elemento medible.

<table>
<tr><th colspan="2">UPC ad 2</th></tr>
<tr><td>Nombre documento</td><td>PORCENTAJE DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS PERTINENTES.</td></tr>
<tr><td>Responsable medición</td><td>Tecnólogo médico supervisor de Banco de sangre</td></tr>
<tr><td>Fuente primaria</td><td>Documento de solicitud de transfusión, “formulario de solicitud de transfusión en pacientes adultos”.</td></tr>
<tr><td>Fuente secundaria</td><td>Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión.</td></tr>
<tr><td>Período evaluado</td><td>01 de septiembre de 2017 al 30 de abril de 2019</td></tr>
<tr><td>Metodología de medición del prestador</td><td>• Metodología de cálculo de muestra: Para el cálculo del tamaño maestral utiliza calculadora del SIS, para indicadores clínicos de calidad, con un umbral de cumplimiento del 50% y margen de error del 10%. Así se obtendrá en N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes, logrando una muestra de 90 observaciones semestrales por punto de verificación.
El prestador divide las 90 pautas obtenidas entre UCI adulto, UTIM, UCP coronario. Obteniendo así un aproximado de 5 mediciones mensuales para UTIM, haciendo un total de 30 mediciones en el semestre.
• Metodología de muestreo: Se seleccionan las solicitudes de transfusión por punto de verificación a través de randomizer. Según lo descrito en documento, se excluyen las indicaciones de transfusión de pacientes “NN”, pacientes de riesgo vital.
• Criterios de cumplimiento: El prestador utiliza una pauta de evaluación de indicación de transfusión, que registra los siguientes contenidos en sus columnas y filas a completar:
- Mes evaluado.
- Unidad.
- Fecha de evaluación.
- Nº de transfusión.
- Evaluador.
- Indicación de transfusión pertinentes según criterios evaluados: Se evalúa con un escala dicotómica a que registra un 1, si cumple y un 0 si no.
- Entrevistado refiere que “los criterios de cumplimiento están definidos en la ficha del indicador, en el documento vigente al momento de realizar la medición (versión 02)”, siendo estos:
1. Nombre del paciente.
2. Rut, DAU, o pasaporte.
3. Diagnóstico.
4. Carácter de la transfusión (urgente, no urgente, inmediata, emergencia).
5. Parámetros de laboratorio (Hto/Hb).
6. Indicación acorde al resultado de Hto/Hb y diagnóstico que gatilla la indicación según procedimiento. Si se cumple la totalidad de los criterios se pondrá 1 en esta columna.
- Cumplimiento. En esta columna se consigna el motivo del no cumplimiento.</td></tr>
<tr><td>Metodología de constatación</td><td>• Selección de la muestra: La medición del indicador es semestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos semestres a evaluar: 1° y 2° semestre de 2018.
• Registros revisados:
- Informe de resultados de indicador: “porcentaje de indicación de glóbulos rojos pertinentes”
- Documento de solicitud de transfusión: “formulario de solicitud de transfusión en pacientes adultos”.
- Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión.
- Software de exámenes de laboratorio Opuslab.
• De la constatación:
5. Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión, que contiene si cumple o no los criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local.
6. Se constata la medición periódica, con la revisión del informe del indicador que se envía a los servicios del hospital, con el % de cumplimiento semestral.
7. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de evaluaciones del primer y segundo semestre de 2018.
8. Se constatan fuentes primarias; correspondientes a los “formularios de solicitud de transfusión en pacientes adultos”, de los 2 semestres a evaluar por Randomizer, según Ord. Circular IP N°5.
- Criterio N° 1: Registra carácter de la transfusión
- Criterio N° 2: Criterio Parámetros de laboratorio Hto (%/) y Hb (gr/dl)
- Criterio N° 3: Criterio Indicación acorde al resultado Hto/Hb y diagnóstico que gatilla indicación según procedimiento
- Criterio N° 4: Cumple según prestador
- Criterio N° 5: Constatado
- SD: Sin dato

Resultado de la constatación de la fuente primaria.

<table>
<tr><th rowspan="2">FECHA</th><th rowspan="2">RUT/DAU</th><th rowspan="2">DIAGNOSTICO</th><th colspan="5">CRITERIOS EVALUADOS</th></tr>
<tr><th>N°1</th><th>N°2</th><th>N°3</th><th>N°4</th><th>N°5</th></tr>
<tr><td>1. 04-01-2018</td><td>5.016-XXX-x</td><td>Sepsis</td><td>SI</td><td>18%
6.2 g/dl</td><td>SI</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>2. 03-02-2018</td><td>10.504-XXX-X</td><td>Poli traumatizado</td><td>SI</td><td>21%
7.4 g/dl</td><td>SI</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>3. 09-03-2018</td><td>7.998.XXX-X</td><td>Cistectomía</td><td>SI</td><td>19%</td><td>SI</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

					6.3 g/dl			
4.	12-05-2018	3.629-XXX-X	Hemorragia digestiva	SI	19% 6 g/dl	SI	SI	SI
5.	20-06-2018	4.714.XXX-X	Tumor maligno	SI	24% 7.7 g/dl	SI	SI	SI
6.	07-08-2018	18.311.XXX-X	Hemorragia alveolar	SI	21.7% 7.4 g/dl	SI	SI	SI
7.	23-08-2018	5.059.XXX-X	Cáncer de recto	SI	21% 6.7 g/dl	SI	SI	SI
8.	08-10-2018	6.101.XXX-X	Anemia Aguda	SI	14.4% 4.8 g/dl	SI	SI	SI
9.	21-10-2018	8.454.XXX-X	Adenocarcinoma	SI	19% 6.3 g/dl	SI	SI	SI
10.	15-12-2018	9.294.XXX-X	Laparotomía	SI	20% 6.8 g/dl	SI	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Semestre 2 2017	30	30	100%			
Semestre 1 2018	**28**	**30**	**93,3%**	**28**	**30**	**93,3%**
Semestre 2 2018	**29**	**30**	**96,7%**	**29**	**30**	**96,7%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo constatado es concordante con lo reportado por el prestador.

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC ad 3	
Nombre documento	PORCENTAJE DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS PERTINENTES.
Responsable medición	Tecnólogo médico supervisor de Banco de sangre
Fuente primaria	Documento de solicitud de transfusión, "formulario de solicitud de transfusión en pacientes adultos".
Fuente secundaria	Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión.
Período evaluado	01 de septiembre de 2017 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de muestra**: Para el cálculo del tamaño muestral se utiliza calculadora de SIS, para indicadores clínicos de calidad, con un umbral de cumplimiento del 50% y margen de error del 10%. Así se obtendrá en N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes, logrando una muestra de 90 observaciones semestrales por punto de verificación. El prestador divide las 90 pautas obtenidas entre UCI adulto, UTIM, UCP unidad coronaria. Obteniendo así un aproximado de 5 mediciones mensuales para UPC unidad coronaria, haciendo un total de 30 mediciones en el semestre. • **Metodología de muestreo:** se seleccionan las solicitudes de transfusión por punto de verificación a través de randomizer. Según lo descrito en documento, se excluyen las indicaciones de transfusión de pacientes "NN", pacientes de riesgo vital. • **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de evaluación de indicación de transfusión, que registra los siguientes contenidos en sus columnas y filas a completar: - Mes evaluado. - Unidad. - Fecha de evaluación. - Nº de transfusión. - Evaluador. - Indicación de transfusión pertinentes según criterios evaluados: Se evalúa con un escala dicotómica a que registra un 1, si cumple y un 0 si no. - Entrevistado refiere que "los criterios de cumplimiento están definidos en la ficha del indicador, en el documento vigente al momento de realizar la medición (versión 02)", siendo estos: 1. Nombre del paciente. 2. Rut, DAU, o pasaporte. 3. Diagnóstico. 4. Carácter de la transfusión (urgente, no urgente, inmediata, emergencia). 5. Parámetros de laboratorio (Hto/Hb). 6. Indicación acorde al resultado de Hto/Hb y diagnóstico que gatilla la indicación según procedimiento. Si se cumple la totalidad de los criterios se pondrá 1 en esta columna. - Cumplimiento. En esta columna se consigna el motivo del no cumplimiento.
Metodología de constatación	• **Selección de la muestra:** La medición del indicador es semestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos semestres a evaluar: 1° y 2° semestre de 2018. • **Registros revisados:** - Informe de resultados de indicador: "porcentaje de indicación de glóbulos rojos pertinentes" - Documento de solicitud de transfusión: "formulario de solicitud de transfusión en pacientes adultos".

- Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión.
- Software de exámenes de laboratorio Opuslab.
- **De la constatación:**
  1. Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión, que contiene si cumple o no los criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local.
  2. Se constata la medición periódica, con la revisión del informe del indicador que se envía a los servicios del hospital, con el % de cumplimiento semestral.
  3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de evaluaciones del primer y segundo semestre de 2018.
  4. Se constatan fuentes primarias; correspondientes a los "formularios de solicitud de transfusión en pacientes adultos", de los 2 semestres a evaluar por Randomizer, según Ord. Circular IP N°5.
- Criterio N° 1: Registra carácter de la transfusión
- Criterio N° 2: Criterio Parámetros de laboratorio Hto (%/) y Hb (gr/dl)
- Criterio N° 3: Criterio Indicación acorde al resultado Hto/Hb y diagnóstico que gatilla indicación según procedimiento
- Criterio N° 4: Cumple según prestador
- Criterio N° 5: Constatado
- SD: Sin dato

Resultado de la constatación de la fuente primaria:

FECHA	RUT/DAU	DIAGNOSTICO	CRITERIOS EVALUADOS				
			N°1	N°2	N°3	N°4	N°5
1. 16-02-2018	6.322-XXX-X	IRC	SI	21% 6.8 g/dl	SI	SI	SI
2. 12-04-2018	6.600.XXX-X	IAM	SI	24.1% 8.6 g/dl	SI	SI	SI
3. 15-05-2018	10.967.XXX-X	Comunicación interventricular.	SD	SD	NO	NO	NO
4. 02-06-2018	4.365-XXX-X	Cardiopatía coronaria.	SI	24% 8.2 g/dl	SI	SI	SI
5. 15-06-2018	4.741.XXX-X	Shock cardiogénico	SI	25.9% 8 g/dl	SI	SI	SI
6. 13-07-2018	7.827.XXX-X	Cardiopatía coronaria.	SI	24.9% 7.7 g/dl	SI	SI	SI
7. 07-08-2018	7.827.XXX-X	CRV-mitral	SI	25% 7.9 g/dl	SI	SI	SI
8. 14-08-2018	4.825.XXX-X	IAM	SI	24% 7.8 g/dl	SI	SI	SI
9. 10-11-2018	7.097.XXX-X	CRM	SI	24.2% 8.1 g/dl	SI	SI	SI
10. 17-11-2018	17.568.XXX-X	Endocarditis	SI	25% 7.9 g/dl	SI	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Semestre 2 2017	29	30	97%			
Semestre 1 2018	**26**	**29**	**90,0%**	**26**	**29**	**90.0%**
Semestre 2 2018	**26**	**31**	**83,3%**	**26**	**31**	**83,9%**

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo constatado es concordante con lo reportado por el prestador.

Se da por cumplido el elemento medible.

APD	
Nombre documento	PORCENTAJE DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS PERTINENTES.
Responsable medición	Tecnólogo médico supervisor de Banco de sangre
Fuente primaria	Documento de solicitud de transfusión, "formulario de solicitud de transfusión en pacientes adultos".
Fuente secundaria	Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión.
Período evaluado	01 de septiembre de 2017 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de muestra**: No se utiliza muestra. • **Metodología de muestreo:** No aplica, evalúa el universo de indicaciones de transfusión. • **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de evaluación de indicación de transfusión, que registra los siguientes contenidos en sus columnas y filas a completar. - Mes evaluado.

- Unidad.
- Fecha de evaluación.
- Nº de transfusión.
- Evaluador.
- Indicación de transfusión pertinentes según criterios evaluados: Se evalúa con un escala dicotómica a que registra un 1, si cumple y un 0 si no. Entrevistado refiere que "los criterios de cumplimiento están definidos en la ficha del indicador, en el documento vigente al momento de realizar la medición (versión 02)", siendo estos:
  1. Nombre del paciente.
  2. Rut, DAU, o pasaporte.
  3. Diagnóstico.
  4. Carácter de la transfusión (urgente, no urgente, inmediata, emergencia)
  5. Parámetros de laboratorio (Hto/Hb).
  6. Indicación acorde al resultado de Hto/Hb y diagnostico que gatilla la indicación según procedimiento. Si se cumple la totalidad de los criterios se pondrá 1 en esta columna.
- Cumplimiento. En esta columna se consigna el motivo del no cumplimiento.

Metodología de constatación

- **Selección de la muestra:** La medición del indicador es semestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos semestres a evaluar: 1° y 2° semestre de 2018.
- **Registros revisados:**
- Informe de resultados de indicador: "porcentaje de indicación de glóbulos rojos pertinentes"
- Documento de solicitud de transfusión: "formulario de solicitud de transfusión en pacientes adultos".
- Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión.
- Software de exámenes de laboratorio Opuslab.
- **De la constatación:**
  1. Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión, que contiene si cumple o no los criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local.
  2. Se constata la medición periódica, con la revisión del informe del indicador que se envía a los servicios del hospital, con el % de cumplimiento semestral.
  3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de evaluaciones del primer y segundo semestre de 2018.
  4. Se constatan fuentes primarias; correspondientes a los "formularios de solicitud de transfusión en pacientes adultos", de los 2 semestres a evaluar por Randomizer, según Ord. Circular IP N°5.
- Criterio N° 1: Registra carácter de la transfusión
- Criterio N° 2: Criterio Parámetros de laboratorio Hto (%/) y Hb (gr/dl)
- Criterio N° 3: Criterio Indicación acorde al resultado Hto/Hb y diagnóstico que gatilla indicación según procedimiento
- Criterio N° 4: Cumple según prestador
- Criterio N° 5: Constatado
- SD: Sin dato

Resultado de la constatación de la fuente primaria:

FECHA	RUT	DIAGNOSTICO	CRITERIOS EVALUADOS				
			N°1	N°2	N°3	N°4	N°5
1. 07-03-2018	11.932.XXX-X	Anemia severa, hemodiálisis	SI	13.3% 4.6 g/dl	SI	SI	SI
2. 25-05-2018	8.811.XXX-X	ERC	SI	21% 6.9 g/dl	SI	SI	SI
3. 28-05-2018	9.852.XXX-X	Anemia aguda	SI	21% 6.9	SI	SI	SI
4. 30-05-2018	11.932.XXX-X	Enfermedad renal Crónica.	NO	18.2 g/dl 6.5	SI	NO	SI
5. 05-06-2018	4.257.XXX-X	ERC, descompensación Hemodinámica	SI	21% 7.2 g/dl	SI	SI	SI
6. 11-07-2018	8.811.XXX-X	ERC, Taquicardia.	SI	22.6% 7.6 g/dl	SI	SI	SI
7. 11-07-2018	6.530.XXX-X	ERC	SI	14.3% 4.3 g/dl	SI	SI	SI
8. 03-08-2018	13.418.XXX.X	ERC	SI	19% 6.3 g/dl	SI	SI	SI
9. 21-12-2018	9.391.XXX-X	ERC	SI	19.5% 6.0 g/dl	SI	SI	SI
10. 27-12-2018	3.617.XXX-X	ERC	SI	17.5% 5.3 g/dl	SI	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento

Semestre 2 2017	9	11	81%			
Semestre 1 2018	**5**	**6**	**89,9%**	**6**	**6**	**100%**
Semestre 2 2018	**14**	**14**	**100%**	**14**	**14**	**100%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado no es concordante con lo constatado, la solicitud número 4 del primer semestre de 2018, se informa como no cumplida, por no presentar el carácter de la transfusión. La indicación está de acuerdo a protocolo, considerando el diagnóstico, criterios y los parámetros de laboratorio que presenta.

Según lo referido en el punto 2, no se da por cumplido el elemento medible.

URG	
Nombre documento	PORCENTAJE DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS PERTINENTES.
Responsable medición	Tecnólogo médico supervisor de Banco de sangre
Fuente primaria	Documento de solicitud de transfusión, "formulario de solicitud de transfusión en pacientes adultos".
Fuente secundaria	Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión.
Período evaluado	01 de01 de septiembre de 2017 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de muestra**: Para el cálculo del tamaño maestral utiliza calculadora del SIS, para indicadores clínicos de calidad, con un umbral de cumplimiento del 50% y margen de error del 10%. Así se obtendrá en N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes, logrando una muestra de 90 observaciones semestrales. • **Metodología de muestreo:** se seleccionan las solicitudes de transfusión por punto de verificación a través de randomizer Según lo descrito en documento, se excluyen las indicaciones de transfusión de pacientes "NN", pacientes de riesgo vital. • **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de evaluación de indicación de transfusión, que registra los siguientes contenidos en sus columnas y filas a completar: - Mes evaluado. - Unidad. - Fecha de evaluación. - Nº de transfusión. - Evaluador. - Indicación de transfusión pertinentes según criterios evaluados: Se evalúa con una escala dicotómica a que registra un 1, si cumple y un 0 si no. - Entrevistado refiere que "los criterios de cumplimiento están definidos en la ficha del indicador, en el documento vigente al momento de realizar la medición (versión 02)", siendo estos: 1. Nombre del paciente. 2. Rut, DAU, o pasaporte. 3. Diagnóstico. 4. Carácter de la transfusión (urgente, no urgente, inmediata, emergencia). 5. Parámetros de laboratorio (Hto/Hb). 6. Indicación acorde al resultado de Hto/Hb y diagnóstico que gatilla la indicación según procedimiento. Si se cumple la totalidad de los criterios se pondrá 1 en esta columna. - Cumplimiento. En esta columna se consigna el motivo del no cumplimiento.
Metodología de constatación	• **Selección de la muestra:** La medición del indicador es semestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos semestres a evaluar: 1° y 2° semestre de 2018. • **Registros revisados:** - Informe de resultados de indicador: "porcentaje de indicación de glóbulos rojos pertinentes" - Documento de solicitud de transfusión: "formulario de solicitud de transfusión en pacientes adultos". - Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión. - Software de exámenes de laboratorio Opuslab. • **De la constatación:** 1. Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión, que contiene si cumple o no los criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. 2. Se constata la medición periódica, con la revisión del informe del indicador que se envía a los servicios del hospital, con el % de cumplimiento semestral. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de evaluaciones del primer y segundo semestre de 2018. 4. Se constatan fuentes primarias; correspondientes a los "formularios de solicitud de transfusión en pacientes adultos", de los 2 semestres a evaluar por Randomizer, según Ord. Circular IP N°5. - Criterio N° 1: Registra carácter de la transfusión - Criterio N° 2: Criterio Parámetros de laboratorio Hto (%/) y Hb (gr/dl) - Criterio N° 3: Criterio Indicación acorde al resultado Hto/Hb y diagnóstico que gatilla indicación según procedimiento - Criterio N° 4: Cumple según prestador - Criterio N° 5: Constatado - SD: Sin dato Resultado de la constatación de la fuente primaria:

FECHA	RUT	DIAGNOSTICO	CRITERIOS EVALUADOS				
			N°1	N°2	N°3	N°4	N°5
1. 11-01-2018	7.222.XXX-X	Anemia severa	SI	23.6% 6.7 g/dl	SI	SI	SI
2. 06-02-2018	4.655.XXX-X	Shock séptico	SI	25.7% 8.6 g/dl	SI	SI	SI
3. 21-04-2018	11.604.XXX-X	Anemia severa	SI	16.6% 5.8 g/dl	SI	SI	SI
4. 25-04-2018	7.864.XXX-X	Hemorragia digestiva Baja	SI	20.6% 5.7 g/dl	SI	SI	SI
5. 16-05-2018	5.099.XXX-X	CRM-Shock Hipovolémico	SI	22.7% 8.1 g/dl	SI	SI	SI
6. 06-07-2018	25.194.XXX-X	Anemia severa	SI	14% 3.6 g/dl	SI	SI	SI
7. 06-08-2018	3.955.XXX-X	Hemorragia digestiva Baja	SI	16.3% 5.4 g/dl	SI	SI	SI
8. 20-10-2018	5.509.XXX-X	Anemia severa	SI	15.9% 5.0 g/dl	SI	SI	SI
9. 14-11-2018	7.630.XXX-X	Anemia severa	SI	15.2% 5.1 g/dl	SI	SI	SI
10. 26-12-2018	10.118.XXX-X	Anemia severa	SI	17.8% 6.5 g/dl	SI	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Semestre 2 2017	88	90	97,7%			
Semestre 1 2018	**84**	**90**	**93,3%**	**84**	**90**	**93,3%**
Semestre 2 2018	**83**	**90**	**92,2%**	**83**	**90**	**92,2%**

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo constatado es concordante con lo reportado por el prestador.

Se da por cumplido el elemento medible.

APQ 1

Nombre documento	PORCENTAJE DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS PERTINENTES.
Responsable medición	Tecnólogo médico supervisor de Banco de sangre
Fuente primaria	Documento de solicitud de transfusión, "formulario de solicitud de transfusión en pacientes adultos".
Fuente secundaria	Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión.
Periodo evaluado	01 de septiembre de 2017 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de muestra**: Universo, total de transfusiones realizadas en el servicio • **Metodología de muestreo:** No aplica, evalúa el universo de indicaciones de transfusión. • **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de evaluación de indicación de transfusión, que registra los siguientes contenidos en sus columnas y filas a completar. - Mes evaluado. - Unidad. - Fecha de evaluación. - Nº de transfusión. - Evaluador. - Indicación de transfusión pertinentes según criterios evaluados: Se evalúa con una escala dicotómica a que registra un 1, si cumple y un 0 si no. - Entrevistado refiere que "los criterios de cumplimiento están definidos en la ficha del indicador, en el documento vigente al momento de realizar la medición (versión 02)", siendo estos: 1. Nombre del paciente. 2. Rut, DAU, o pasaporte. 3. Diagnóstico. 4. Carácter de la transfusión (urgente, no urgente, inmediata, emergencia). 5. Parámetros de laboratorio (Hto/Hb). 6. Indicación acorde al resultado de Hto/Hb y diagnóstico que gatilla la indicación según procedimiento. Si se cumple la totalidad de los criterios se pondrá 1 en esta columna. - Cumplimiento. En esta columna se consigna el motivo del no cumplimiento.
	• **Selección de la muestra:** La medición del indicador es semestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos semestres a evaluar: 1° y 2° semestre de 2018. • **Registros revisados:** - Informe de resultados de indicador: "porcentaje de indicación de glóbulos rojos pertinentes" - Documento de solicitud de transfusión: "formulario de solicitud de transfusión en pacientes adultos".

- Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión.
- Software de exámenes de laboratorio Opuslab.
- **De la constatación:**
  1. Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión, que contiene si cumple o no los criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local.
  2. Se constata la medición periódica, con la revisión del informe del indicador que se envía a los servicios del hospital, con el % de cumplimiento semestral.
  3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de evaluaciones del primer y segundo semestre de 2018.
  4. Se constatan fuentes primarias; correspondientes a los "formularios de solicitud de transfusión en pacientes adultos", de los 2 semestres a evaluar por Randomizer, según Ord. Circular IP N°5.
- Criterio N° 1: Registra carácter de la transfusión
- Criterio N° 2: Criterio Parámetros de laboratorio Hto (%/) y Hb (gr/dl)
- Criterio N° 3: Criterio Indicación acorde al resultado Hto/Hb y diagnóstico que gatilla indicación según procedimiento
- Criterio N° 4: Cumple según prestador
- Criterio N° 5: Constatado
- SD: Sin dato

Metodología de constatación

Resultado de la constatación de la fuente primaria:

FECHA	RUT	DIAGNOSTICO	CRITERIOS EVALUADOS				
			N°1	N°2	N°3	N°4	N°5
1. 13-02-2018	7.057.XXX-X	Sin dato	SI	25.8% 8.6 g/dl	SI	NO	SI
2. 05-03-2018	2.823.XXX-X	Anemia tumor renal	SI	22.6% 7.1 g/dl	SI	SI	SI
3. 16-04-2018	22.379.XXX-X	Cáncer cuello del útero	SI	21.5% 7.9 g/dl	SI	SI	SI
4. 25-04-2018	8.893.XXX-X	Cáncer de colon	SI	28% 8.3 g/dl	SI	SI	SI
5. 14-06-2018	6.220.XXX-X	Cáncer	SI	24.7% 8.0 g/dl	SI	SI	SI
6. 08-10-2018	8.763.XXX-X	Cáncer gástrico	SI	23.7% 7.8 g/dl	SI	SI	SI
7. 19-11-2018	4.775.XXX-X	Cáncer gástrico	SI	15.2% 4.5 g/dl	SI	SI	SI
8. 21-11-2018	6.098.XXX-X	Cáncer rectal + hemorragia	SI	29.7% 9.0 g/dl	SI	SI	SI
9. 13-12-2018	8.462.XXX-X	Cáncer recto	SI	24.7% 7.5 g/dl	SI	SI	SI
10. 26-12-2018	4.572.XXX-X	Cáncer de colon	SI	26,4% 8.0 g/dl	SI	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Semestre 2 2017	53	63	84,12%			
Semestre 1 2018	**57**	**68**	**84,7%**	**56**	**68**	**82,35%**
Semestre 2 2018	**53**	**64**	**82,81%**	**53**	**64**	**82,81%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado no es concordante con lo constatado. La solicitud número 1 del primer semestre de 2018, se informa como no cumplida, por no presentar el diagnóstico. La indicación está de acuerdo a protocolo local considerando diagnóstico y los parámetros de laboratorio que presenta.

Según lo referido en el punto 2, no se da por cumplido el elemento medible.

APQ 2

Nombre documento	PORCENTAJE DE INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS PERTINENTES.
Responsable medición	Tecnólogo médico supervisor de Banco de sangre
Fuente primaria	Documento de solicitud de transfusión, "formulario de solicitud de transfusión en pacientes pediátricos".
Fuente secundaria	Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión.
Periodo evaluado	01 de septiembre de 2017 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de muestra**: Universo, total de transfusiones realizadas en el servicio • **Metodología de muestreo:** No aplica, evalúa el universo de indicaciones de transfusión. • **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de evaluación de indicación de transfusión, que registra los siguientes contenidos en sus columnas y filas a completar.

	- Mes evaluado. - Unidad. - Fecha de evaluación. - Nº de transfusión. - Evaluador. - Indicación de transfusión pertinentes según criterios evaluados: Se evalúa con un escala dicotómica a que registra un 1, si cumple y un 0 si no. - Entrevistado refiere que "los criterios de cumplimiento están definidos en la ficha del indicador, en el documento vigente al momento de realizar la medición (versión 02)", siendo estos: 1. Nombre del paciente. 2. Rut, DAU, o pasaporte. 3. Diagnóstico. 4. Carácter de la transfusión (urgente, no urgente, inmediata, emergencia). 5. Parámetros de laboratorio (Hto/Hb). 6. Indicación acorde al resultado de Hto/Hb y diagnóstico que gatilla la indicación según procedimiento. Si se cumple la totalidad de los criterios se pondrá 1 en esta columna. - Cumplimiento. En esta columna se consigna el motivo del no cumplimiento.
Metodología de constatación	• **Selección de la muestra:** La medición del indicador es semestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos semestres a evaluar: 1° y 2° semestre de 2018. • **Registros revisados:** - Informe de resultados de indicador: "porcentaje de indicación de glóbulos rojos pertinentes" - Documento de solicitud de transfusión: "formulario de solicitud de transfusión en pacientes adultos". - Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión. - Software de exámenes de laboratorio Opuslab. • **De la constatación:** 1. Pauta de supervisión de evaluación de la indicación de la transfusión, que contiene si cumple o no los criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. 2. Se constata la medición periódica, con la revisión del informe del indicador que se envía a los servicios del hospital, con el % de cumplimiento semestral. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de evaluaciones del primer y segundo semestre de 2018. 4. Se constatan fuentes primarias; correspondientes a los "formularios de solicitud de transfusión en pacientes adultos", de los 2 semestres a evaluar por Randomizer, según Ord. Circular IP N°5. - Criterio N° 1: Registra carácter de la transfusión - Criterio N° 2: Criterio Parámetros de laboratorio Hto (%/) y Hb (gr/dl) - Criterio N° 3: Criterio Indicación acorde al resultado Hto/Hb y diagnóstico que gatilla indicación según procedimiento - Criterio N° 4: Cumple según prestador - Criterio N° 5: Constatado - SD: Sin dato Resultado de la constatación de la fuente primaria:

FECHA	RUT	DIAGNOSTICO	CRITERIOS EVALUADOS				
			N°1	N°2	N°3	N°4	N°5
1. 18-05-2018	23.369-XXX-X	Linfoma linfoblástico	SI	19% 6.8 g/dl	SI	SI	SI
2. 13-06-2018	21.508.XXX-X	Sarcoma de Ewing	SI	16.2% 5.6 g/dl	SI	SI	SI
3. 22-06-2018	21.508.XXX-X	Sarcoma de Ewing	SI	17% 6.3 g/dl	SD	NO	SI
4. 09-08-2019	21.508.XXX-X	Sarcoma de Ewing	SI	19.9% 7.0 g/dl	SI	NO	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Semestre 2 2017	6	6	100%			
Semestre 1 2018	**2**	**3**	**66.6%**	**3**	**3**	**100%**
Semestre 2 2018	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado no es concordante con lo constatado, la solicitud número 3 del primer semestre de 2018, se informa como no cumplida, por no presentar el criterio de indicación. La indicación de transfusión está de acuerdo a protocolo considerando el diagnóstico y los parámetros de laboratorio que presenta.

Según lo referido en el punto 2, no se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA GCL 1. 7 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje Asignado (1-0-NA)	Dirección	PQ	UPC Ad.	APD	URG	APQ
1° EM	1	1	1	1	1	1
2° EM		1	1	1	1	1
3° EM		0	0	0	1	0
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total:12/16		Porcentaje obtenido: 75%			**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA 1.8 /HALLAZGOS

GCL 1.8 – Primer elemento medible: Se constata identificación formal del Comité Oncológico Médico del que dispone, o al que puede acceder, el prestador.

Dirección o Gerencia del Prestador
Nombre del documento: RESOLUCIÓN EXENTA
Acción que formaliza el Comité Oncológico Médico: resolución exenta N°2639 de fecha 18 de febrero 2019
Breve descripción de la estructura organizacional del Comité Oncológico Médico: Se tiene a la vista resolución exenta, firmada por Sr. Ricardo Salazar, director Hospital Regional Antofagasta, en ella se establece listado de profesionales con Rut y especialidad que integran los siguientes comités: - Cabeza, cuello y partes blandas. - Digestivos (alto y bajo) - Ginecológico - Mama - Tórax - Urología - Cuidados paliativos **Observaciones:** 1. Se tiene a la vista resolución exenta N° 9006, de fecha 10 noviembre 2015, en donde se establece los integrantes de los siguientes comités: 2. Cabeza, cuello y partes blandas. 3. Digestivos (alto y bajo). 4. Ginecológico. 5. Mama. 6. Por lo anteriormente expuesto, se cumple el período de retrospectividad que aplica para esta acreditación. Se cumple el elemento medible.

GCL 1.8 – Segundo elemento medible: Se constata registro de pacientes sometidos a dicho comité.

Dirección o Gerencia del Prestador

Descripción de los hallazgos en la constatación de los registros:

- **Metodología de la constatación:** del archivo Excel con la totalidad de los casos sometidos a comité , se obtiene una muestra de 5 casos de forma aleatoria a través de programa randomizer.
- **Período evaluado:** 01 de junio 2016 al 31 de mayo 2019.
- **Criterios evaluados:**
  - Informe de reunión de comité oncológico.
  - Fecha comité, tipo de comité, profesionales asistentes al comité.
- **Registros revisados:**
  - Listados Excel de pacientes sometidos al comité oncológico de todo el periodo de retrospectividad.
  - Resumen de pacientes de Informes comité oncológico.
  - Fichas Clínicas con informe de reunión de comité.
- **Constatación de los casos:**

Paciente	Fecha Comité	Comité	Profesionales
A.Q.A.	20/04/2017	Tórax	A.S.B, A.E.R, H.B.A, M.G.A.
L.R.O.	26/10/2018	Digestivo	V.S.A.
M.A.J.	22/11/2018	Tórax	H.B.A, R.B.L, A.S.B, R.K.B, A.Z.F.
J.A.R.	03/08/2018	Digestivo	V.S.A, A.E.R, R.K.B., F.M.A.
E.V.M	12/04/2019	Digestivo	A.E.R,V.S.A, G.P.L, M.Z.D, O.A.B.

Observaciones:

1. Se tiene a la vista listado de pacientes sometidos a comité oncológico del período de retrospectividad.
   Por lo anteriormente expuesto, se cumple el período de retrospectividad que aplica para este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA GCL 1.8 /FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA GCL 1.9 /HALLAZGOS

GCL 1.9 – Primer elemento medible: Se describe en un documento el procedimiento de contención física de pacientes en agitación psicomotora que contiene la descripción explicita de las medidas de prevención para evitar los eventos adversos asociados a dicha contención y se han definido los responsables de su aplicación.

Nombre del documento: PROCEDIMIENTO "PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A CONTENCIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA"			
Fecha elaboración: Julio 2017	Fecha vigencia: 5 años	Versión: 05	N° páginas: 11
Elaborado por: Equipo de Calidad y Seguridad del paciente HRA	Aprobado por: Jessica Bravo Jefe Unidad Calidad Hospial Regional Antofagasta		
Considera (SI/NO)	1. Descripción explicita de medidas de prevención para evitar los EA asociados a dicha contención		SI
Responsable de la aplicación: SI			

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento elaborado por equipo de Calidad y Seguridad del paciente HRA, en el que destaca:
Página 2, ítem2, define alcance: todo paciente con agitación psicomotora de las unidades asistenciales del hospital regional Antofagasta.
Página 2, ítem 3, responsabilidades, destacan:

- Médico: indicar la instalación y retiro de la contención física, registrar en hoja de indicaciones médica e informar al paciente y/o familiar de las medidas a tomar previa autorización por escrito del Consentimiento Informado a excepción en casos de urgencia y ausencia de estos para autorizarlos, en cuyo caso el médico tratante o de turno es el responsable de firmar autorización de contención física en documento de "consentimiento informado".
- Enfermera/matrona supervisora: supervisar el cumplimiento de las medidas de contención física según procedimiento, aplicar pautas de supervisión, confeccionar informe y tomar las medidas correctivas según resultado del plan de mejora.
- Enfermera/matrona clínica: dirigir y supervisar el procedimiento. En ausencia del médico, definirá tipo de contención física e informará al paciente o al familiar previa autorización por escrito del consentimiento Informado y posteriormente regularizará el documento con la autorización del médico responsable.
- Técnico Paramédico: ejecución del procedimiento indicado. En ausencia del profesional de salud, será responsable de la aplicación del procedimiento según condición del paciente y solicitará la firma de consentimiento informado a familiar o acompañante, en el caso de estar presente. Posteriormente notificará la situación al equipo de salud e informará al familiar y/o responsable del paciente.

Página 4, ítem 7.1, generalidades del procedimiento desarrollado en 9 puntos entre ellos:

- Informar al paciente y/o acompañante el procedimiento a realizar cuando la situación lo permita.
- Se procederá a realizar la autorización mediante el consentimiento informado para la contención física por parte de la familia y en su ausencia el médico tratante.
- El personal que procederá a la contención deberá estar bien entrenado y en número suficiente, lo ideal son cinco personas.
- Registrar incidencias en hoja de registro de enfermería indicando: día y hora de contención, día y hora de la descontención.

Páginas 4 y 5, ítem 7.2, **Medidas de prevención de eventos adversos por contención física** descrito en 6 puntos entre ellos:

- Coloque al paciente en decúbito supino con la cabeza elevada 30 grados, con el fin de que mantenga contacto visual y disminuir el riesgo de aspiraciones.
- Coloque las contenciones acolchadas en el extremo distal y rodeando la extremidad que se va a inmovilizar.
- Introduzca entre la contención y la extremidad a contener un dedo del operador y realice con las amarras un nudo firme no ciego, fácilmente desanudable en caso de emergencia, con la finalidad de evitar desplazamientos, obstaculización de la circulación sanguínea , compresión nerviosa, edemas , hematomas, heridas abrasivas, laceraciones entre otras.
- Las contenciones deben ser fijadas a la cama del paciente, los puntos de fijación deben ser seguros y estables a la estructura de la cama excepto las barandas para evitar que estas sean desplazadas abruptamente y produzca tensión y compresión de las extremidades contenidas.
- Debe asegurarse que las extremidades contenidas queden ligeramente extendidas, nunca flectadas o en hiper extensión. Para las extremidades inferiores, debe instalarse la inmovilización por sobre los maléolos cuidando que la extremidad quede levemente extendida y en posición fisiológica, protegiendo el talón, nunca debe quedar flectadas ni en rotación externa. Vigilar al paciente y sitios de fijación las primeras 2 horas y luego cada 4 horas, comprobar la presencia de pulso, vigilar la temperatura, color y sensibilidad.
- En caso de que el paciente se descontenga de las extremidades con facilidad u otros lo hagan por él, utilizar "paracaídas" tipo de contención torácica que se realiza con una sábana. A su instalación asegurarse de introducir un dedo entre la contención y el cuerpo del paciente para evitar ejercer compresión excesiva que dificulte la respiración o que pueda quedar muy suelto y produzca desplazamientos del paciente y cause asfixia.

- Página 8, Anexo N°1, se encuentra el perfil del indicador: Porcentaje de pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención según procedimiento.
- Página 9, Anexo N°2, se encuentra el formulario:RG-UCSP-00 Consentimiento informado para pacientes con agitación psicomotora
- Página 10, Anexo N°3, se encuentra la "Tabla resumen contención física"

Grado	Agitación	Punto de Fijación
I	En pacientes desorientados, confusos, incapaces de obedecer órdenes, con agitación solo en sus extremidades superiores, con riesgo de retirarse sondas, catéteres o vías venosas, riesgo de auto agredirse o lesionar a otros pacientes por lanzar cosas.	Extremidades Superiores.

II	En pacientes desorientados, confusos, incapaces de obedecer órdenes, con agitación de extremidades superiores e inferiores con riesgo de caerse por sobre o bajo las barandas de protección, con riesgo de auto infringirse y de agredir al resto.	Extremidades superiores e inferiores.
III	En pacientes desorientados, confusos, incapaces de obedecer órdenes, con agitación de extremidades superiores e inferiores con riesgo de caerse por sobre o bajo las barandas de protección, y no siendo efectivas las medidas anteriores, ya que por su agitación intensa aún corre riesgo de sufrir lesiones ellos mismos, agredir a terceros y/o entorno.	Extremidades superiores e inferiores. Tórax, Hombros (Paracaídas)

Página 11, Anexo N°4 se encuentra la "Pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora".

Observaciones:
Se tienen a la vista versiones anteriores del documento:
- "Prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora"", versión 04, fecha emisión diciembre 2016, preparado por equipo de calidad y seguridad del paciente HRA, aprobado por Sra. Jessica Bravo R., jefe UCSP.
- "Prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora"", versión 03, fecha emisión noviembre 2013, preparado por equipo de calidad y seguridad del paciente HRA, aprobado por Dr. J. Pablo Mattatall L., Director (s) Hospital Regional Antofagasta.
- Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA

UPC Ad	Cardio/Neuro	Cuidados Medios	URG
SI	**SI**	**SI**	**SI**

GCL 1.9 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

UPC Ad 1	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS CON MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO. Julio 2017 a la fecha
Fórmula matemática	(N° de pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención que cumplen de acuerdo a pauta de supervisión/N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos evaluados) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS CON MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO. DICIEMBRE 2016 A JUNIO 2017
Fórmula matemática	(N° de pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención evaluados de acuerdo a pauta de supervisión/ N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos evaluados) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (3)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS SEGÚN PROCEDIMIENTO EN LA UNIDAD MAYO 2016 A NOVIEMBRE 2016
Fórmula matemática	(N° de pacientes con agitación psicomotora hospitalizados en la unidad "X" contenidos según procedimiento en el periodo/N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos hospitalizados en la unidad "x" en igual periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad 2	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS CON MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO vigente desde 2017 a abril 2019
Fórmula matemática	N° de pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención que cumplen de acuerdo a pauta de supervisión /N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos evaluados X 100.
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS CON MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO
Fórmula matemática	N° de pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención evaluados de acuerdo a pauta de supervisión /N° total de pacientes con agitación psicomotora contenidos evaluados X 100.
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (3)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS SEGÚN PROCEDIMIENTO EN LA UNIDAD Abril a diciembre 2016
Fórmula matemática	N° de pacientes con agitación psicomotora hospitalizados en la unidad x contenidos según procedimiento en el periodo/N° total de pacientes con agitación psicomotora contenidos hospitalizados en la unidad x en igual periodo X 100.
Umbral de cumplimiento: 85%	

Periodicidad de la evaluación: Trimestral	
UPC Ad 3	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS CON MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO. Julio 2017 a la fecha
Fórmula matemática	(N° de pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención que cumplen de acuerdo a pauta de supervisión/N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos evaluados) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS CON MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO. DICIEMBRE 2016 A JUNIO 2017
Fórmula matemática	(N° de pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención evaluados de acuerdo a pauta de supervisión/ N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos evaluados) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (3)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS SEGÚN PROCEDIMIENTO EN LA UNIDAD MAYO 2016 A NOVIEMBRE 2016
Fórmula matemática	(N° de pacientes con agitación psicomotora hospitalizados en la unidad "X" contenidos según procedimiento en el periodo/N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos hospitalizados en la unidad "x" en igual periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Psiquiatría	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS CON MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO. Julio 2017 a la fecha
Fórmula matemática	(N° de pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención que cumplen de acuerdo a pauta de supervisión/N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos evaluados) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS CON MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO. DICIEMBRE 2016 A JUNIO 2017
Fórmula matemática	(N° de pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención evaluados de acuerdo a pauta de supervisión/ N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos evaluados) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (3)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS SEGÚN PROCEDIMIENTO EN LA UNIDAD MAYO 2016 A NOVIEMBRE 2016
Fórmula matemática	(N° de pacientes con agitación psicomotora hospitalizados en la unidad "X" contenidos según procedimiento en el periodo/N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos hospitalizados en la unidad "x" en igual periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 1	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS CON MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO. Julio 2017 a la fecha
Fórmula matemática	(N° de pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención que cumplen de acuerdo a pauta de supervisión/N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos evaluados) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS CON MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO. DICIEMBRE 2016 A JUNIO 2017
Fórmula matemática	(N° de pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención evaluados de acuerdo a pauta de supervisión/ N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos evaluados) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (3)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS SEGÚN PROCEDIMIENTO EN LA UNIDAD MAYO 2016 A NOVIEMBRE 2016
Fórmula matemática	(N° de pacientes con agitación psicomotora hospitalizados en la unidad "X" contenidos según procedimiento en el periodo/N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos hospitalizados en la unidad "x" en igual periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 2	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS CON MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO. Julio 2017 a la fecha

Fórmula matemática	(N° de pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención que cumplen de acuerdo a pauta de supervisión/N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos evaluados) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS CON MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO. DICIEMBRE 2016 A JUNIO 2017
Fórmula matemática	(N° de pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención evaluados de acuerdo a pauta de supervisión/ N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos evaluados) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (3)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS SEGÚN PROCEDIMIENTO EN LA UNIDAD MAYO 2016 A NOVIEMBRE 2016
Fórmula matemática	(N° de pacientes con agitación psicomotora hospitalizados en la unidad "X" contenidos según procedimiento en el periodo/N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos hospitalizados en la unidad "x" en igual periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 3	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS CON MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO. Julio 2017 a la fecha
Fórmula matemática	(N° de pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención que cumplen de acuerdo a pauta de supervisión/N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos evaluados) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS CON MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO. DICIEMBRE 2016 A JUNIO 2017
Fórmula matemática	(N° de pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención evaluados de acuerdo a pauta de supervisión/ N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos evaluados) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (3)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS SEGÚN PROCEDIMIENTO EN LA UNIDAD MAYO 2016 A NOVIEMBRE 2016
Fórmula matemática	(N° de pacientes con agitación psicomotora hospitalizados en la unidad "X" contenidos según procedimiento en el periodo/N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos hospitalizados en la unidad "x" en igual periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 4	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS CON MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO.
Fórmula matemática	(N° de pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención que cumplen de acuerdo a pauta de supervisión/N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos evaluados) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 5	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS CON MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO vigente a abril 2019
Fórmula matemática	N° de pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención que cumplen de acuerdo a pauta de supervisión /N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos evaluados X 100.
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS CON MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO
Fórmula matemática	N° de pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención evaluados de acuerdo a pauta de supervisión /N° total de pacientes con agitación psicomotora contenidos evaluados X 100.
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS SEGÚN PROCEDIMIENTO EN LA UNIDAD Abril a diciembre 2016
Fórmula matemática	N° de pacientes con agitación psicomotora hospitalizados en la unidad x contenidos según procedimiento en el periodo/N° total de pacientes con agitación psicomotora contenidos hospitalizados en la unidad x en igual periodo X 100.
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

MQ 6	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS CON MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO
Fórmula matemática	N° de pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención que cumplen de acuerdo a pauta de supervisión /N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos evaluados X 100.
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
URG	
Nombre del indicador vigente	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS CON MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN PROCEDIMIENTO.
Fórmula matemática	Nº de pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención que cumplen de acuerdo a pauta de supervisión/Nº total de pacientes con agitación psicomotora contenidos evaluados X 100.
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA CONTENIDOS SEGÚN PROCEDIMIENTO EN LA UNIDAD. no vigente
Fórmula matemática	Nº de pacientes con agitación psicomotora hospitalizados en la unidad x contenidos según procedimiento en el periodo/Nº total de pacientes con agitación psicomotora contenidos, hospitalizados en la unidad x en igual periodo X 100.
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 1.9 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado evaluación periódica.

UPC Ad	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera Supervisora
Fuente primaria	Pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación sicomotora.
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** No aplica, se realiza evaluación según oportunidad. • **Metodología de muestreo:** Se evaluarán una vez al día la prevención de medidas de contención aplicadas en pacientes con agitación psicomotora que requieran contención a través de una pauta de supervisión de observación directa. Se aplica a pauta según oportunidad. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación sicomotora contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterios) y evaluador. Los criterios de evaluación corresponden a: 1. Uso de inmovilizadores acolchados 2. Paciente en posición anatómica 3. Evitar compresión excesiva
Metodología de constatación	• **Periodo evaluado:** Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: la constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando 2 trimestres: 3° y 4° Trimestre 2018. • **Registros revisados:** - Informe evaluación del indicador del periodo retrospectivo evaluado. - Pautas de supervisión aplicadas en el periodo de la muestra seleccionada (3° trimestre y 4 ° trimestre 2018). • **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) 1. Pauta de supervisión "para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación sicomotora", contiene 3 criterios. 2. Se constata la medición periódica del indicador, con la revisión del informe de cumplimiento que registra denominador, numerador y % de cumplimiento para los 12 trimestres evaluados. 3. Se realiza una constatación cuantitativa y cualitativa de los criterios evaluados en las pautas de supervisión, del 3° trimestre de 2018 Y 1º trimestre 2019, con el objeto contrastar la información con el cumplimiento reportado por el prestador. 4. Luego se constatan fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar usando Randomizer, según ord IP N° 5. 5. Para la constatación de las fuentes primarias se evalúan las pautas de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes primarias se constata, como lo ha explicitado el indicador "**pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención evaluados de acuerdo a pauta de supervisión**", que la causal del paciente contenido sea por agitación psicomotora el día de la evaluación.

Se constata en ficha clínica	Trimestre	Fecha evaluación	N° de ficha	Cumple según prestador	Cumple según EA

		registro de contención física por agitación sicomotora el día de evaluación.	3º trimestre 2018	03-08-2018	24512X	SI	SI
			1º trimestre 2019	Sin pacientes			

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	0	0	NA			
3° Trimestre 2016	7	7	100%			
4° Trimestre 2016	0	0	NA			
1° Trimestre 2017	7	7	100%			
2° Trimestre 2017	1	1	100%			
3° Trimestre 2017	1	1	100%			
4° Trimestre 2017	0	0	NA			
1° Trimestre 2018	0	0	NA			
2° Trimestre 2018	0	0	NA			
3° Trimestre 2018	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
4° Trimestre 2018	**0**	**0**	**NA**	**0**	**0**	**NA**
1° Trimestre 2019	0	0	NA	0	0	NA

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Lo reportado es concordante con lo constatado.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ad 2

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora
Fuente primaria	Pauta supervisión
Fuente secundaria	Informe del indicador
Periodo evaluado	01 mayo 2016 a 30 abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** no alplica calculo muestral, se evalúa por oportunidad. • **Metodología de muestreo**: se evaluarán una vez al día la prevención de medidas de contención aplicadas en pacientes con agitación sicomotora que requieran contención a través de una pauta de supervisión de observación directa. • **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación sicomotora contiene 3 criterios a evaluar: 1. Uso de inmovilizadores acolchados. 2. Paciente en posición anatómica. 3. Evitar compresión excesiva. La pauta incluye además el mes evaluado, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente y evaluador.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por director técnico, resultando seleccionados: • 3°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación sicomotora. - Informe de evaluación del indicador. - Ficha clínica. • **De la constatación** 1. La pauta de supervisión "para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación sicomotora", contiene 3 criterios. 2. Se constata la medición periódica del indicador, con la revisión del informe de cumplimiento que registra denominador, numerador y % de cumplimiento para los 12 trimestres evaluados. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord). circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019. 4. Luego se constatan fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar usando Randomizer, según ord IP N° 5. 5. Para la constatación de las fuentes primarias se evalúan las pautas de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes primarias se constata, como lo ha explicitado el indicador "**pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención evaluados de acuerdo a pauta de supervisión**", que la causal del paciente contenido sea por agitación psicomotora el día de la evaluación.

		Se verifica en ficha clínica registro de contención física por agitación sicomotora el día de evaluación	Trimestre	Fecha evaluación	N° de ficha	Cumple según prestador	Registro de uso y/o indicación de contención
			3 trimestre 2018	04-07-2018	74210X	SI	NO
				20-07-2018	53306X	SI	NO
				23-08-2018	74422X	SI	NO
			1 trimestre 2019	21-03-2019	31692X	SI	NO
				25-02-2019	16811X	SI	NO

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2 trimestre 2016	26	26	100%			
3 trimestre 2016	60	60	100%			
4 trimestre 2016	36	38	94.7%			
1 trimestre 2017	35	35	100%			
2 trimestre 2017	44	44	100%			
3 trimestre 2017	13	13	100%			
4 trimestre 2017	14	14	100%			
1 trimestre 2018	8	9	88.8%			
2 trimestre 2018	9	9	100%			
3 trimestre 2018	**19**	**19**	**100%**	**19**	**19**	**100%**
4 trimestre 2018	17	17	100%			
1 trimestre 2019	**29**	**29**	**100%**	**29**	**29**	**100%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. No se logra tener la totalidad de las fichas para evaluación de fuente primaria.
3. Con respecto a la fiabilidad de los datos no es posible constatar el uso de contención física asociada a la agitación psicomotora, dado que los registros constatados no dan cuenta de dicho requerimiento.

Por lo señalado en el punto 3, no se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ad 3

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera Supervisora
Fuente primaria	Pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación sicomotora.
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** No aplica, se realiza evaluación según oportunidad. • **Metodología de muestreo:** Se evaluarán una vez al día la prevención de medidas de contención aplicadas en pacientes con agitación psicomotora que requieran contención a través de una pauta de supervisión de observación directa. Calidad entrega los días a evaluar, y la unidad randomiza las camas en las que se aplicará la pauta. Si cama no tiene con contención se busca al paciente que cumpla con los criterios de agitación psicomotora. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación sicomotora contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterios) y evaluador. Los criterios de evaluación corresponden a: 1. Uso de inmovilizadores acolchados 2. Paciente en posición anatómica 3. Evitar compresión excesiva
Metodología de constatación	• **Periodo evaluado:** dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: la constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando 2 trimestres: 3° y 4° Trimestre 2018. • **Registros revisados:** - Informe evaluación del indicador del periodo retrospectivo evaluado. - Pautas de supervisión aplicadas en el periodo de la muestra seleccionada (3° y 4° trimestre 2018). • **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) 1. Pauta de supervisión "para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación sicomotora", contiene 3 criterios. 2. Se constata la medición periódica del indicador, con la revisión del informe de cumplimiento que registra denominador, numerador y % de cumplimiento para los 12 trimestres evaluados. 3. Se realiza una constatación cuantitativa de los criterios evaluados en las pautas de supervisión,

del 3° y 4° trimestre de 2018, con el objeto de contrastar la información consignada en las pautas con el cumplimiento reportado por el prestador.

4. Para la constatación de las fuentes primarias se evalúan las pautas de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes primarias se constata, como lo ha explicitado el indicador "**pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención evaluados de acuerdo a pauta de supervisión**", que la causal del paciente contenido sea por agitación psicomotora el día de la evaluación.

3°Trimestre 2018					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Prestador	EA
Julio	5	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Agosto	7	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Septiembre	7	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	19	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

4° Trimestre 2018						
Fecha de evaluación	N° Pautas	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Prestador	EA
Octubre	8	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Noviembre	10	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Diciembre	13	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	31	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	45	46	97,83%			
3° Trimestre 2016	60	60	100%			
4° Trimestre 2016	78	78	100%			
1° Trimestre 2017	32	32	100%			
2° Trimestre 2017	26	27	96,30%			
3° Trimestre 2017	27	27	100%			
4° Trimestre 2017	5	5	100%			
1° Trimestre 2018	12	12	100%			
2° Trimestre 2018	14	14	100%			
3° Trimestre 2018	**19**	**19**	**100%**	**19**	**19**	**100%**
4° Trimestre 2018	**31**	**31**	**100%**	**31**	**31**	**100%**
1° Trimestre 2019	31	31	100%	31	31	100%

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Lo reportado es concordante con lo constatado.

Se da por cumplido el elemento medible.

Psiquiatría	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Enfermera supervisora
Fuente primaria	Pauta de supervisión.
Fuente secundaria	Informe del indicador
Periodo evaluado	1 de mayo 2016 a 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** No se realiza cálculo muestral. Se evalúan todos los pacientes contenidos por agitación psicomotora. • **Metodología de la muestra:** Se evaluará una vez al día la prevención de medidas de contención aplicadas en pacientes con agitación psicomotora que requieran contención a través de una pauta de supervisión de observación directa. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora, indica nombre del paciente, hora, fecha de evaluación, tipo de contención (por agitación psicomotora, señalada como A. Ps o contención por riesgo de caída, señalada como D.C R.C.) • Criterios: 1. Uso de inmovilizadores acolchados (criterio 1). 2. Paciente en posición anatómica (criterio 2). 3. Evitar compresión excesiva (criterio 3). Cumplimiento: 1 cumple y 0 no cumple
Metodología de constatación	• **Período retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación, aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo del 1 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.

Prestador realiza medición trimestral.

- **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: trimestre 2018 y 1 trimestre 2019.
- **Registros revisados:**

- "Pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora" que evalúa contención física por agitación psicomotora y por riesgo de caída. Supervisora marca con una cruz la razón por la que se contiene al paciente. Prestador evalúa las contenciones por agitación psicomotora.
- Fichas clínicas donde señale la indicación médica de contención física.
- Informe del indicador.

- **De la constatación:**

1. Pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora, contiene 3 criterios descritos en el protocolo.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el período retrospectivo evaluado (1 de mayo 2016 al 30 de abril del 2019), el que contiene el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento.
3. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado en el tercer trimestre del año 2018 y primer trimestre del año 2019, para ello se revisa el total de las evaluaciones (según ord). Circular IP N° 5 del 17 de mayo del 2019).
4. Luego se constatan 5 fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar usando Randomizer, según ord IP N° 5.
5. Para la constatación de las fuentes primarias se evalúan las pautas de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes primarias se constata, como lo ha explicitado el indicador "**pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención evaluados de acuerdo a pauta de supervisión**", que la causal del paciente contenido sea por agitación psicomotora el día de la evaluación.

	Trimestre	Fecha evaluación	N° de ficha o iniciales del paciente	Cumple según prestador	Cumple según EA
Se verifica en ficha clínica registro de contención física por agitación sicomotora el día de evaluación	3º trimestre 2018	02-07-2018	702XXX	SI	SI
		26-07-2018	744XXX	SI	SI
		02-08-2018	672XXX	SI	SI
		03-08-2018	715XXX	SI	SI
		24-09-2018	666XXX	SI	SI
	1º trimestre 2019	23-01-2019	432XXX	SI	SI
		27-01-2019	432XXX	SI	SI
		17-02-2019	102XXX	SI	SI
		17-03-2019	OPT	SI	SI
		09-03-2019	725262	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2 trimestre 2016	45	45	100%			
3 trimestre 2016	46	46	100%			
4 trimestre 2016	39	39	100%			
1 trimestre 2017	18	18	100%			
2 trimestre 2017	36	36	100%			
3 trimestre 2017	26	30	92.86%			
4 trimestre 2017	19	20	95.00%			
1 trimestre 2018	33	33	100%			
2 trimestre 2018	30	30	100%			
3 trimestre 2018	**26**	**26**	**100%**	**26**	**26**	**100%**
4 trimestre 2018	31	31	100%			
1 trimestre 2019	**22**	**22**	**100%**	**22**	**22**	**100%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Con respecto a la fiabilidad de los datos en la revisión de las fichas clínicas constatadas el día de la aplicación de las pautas, se constata el registro de indicación de contención por agitación psicomotora en ella.

Se da por cumplido el tercer elemento medible.

MQ 1	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DE INDICADOR
Responsable medición	Supervisora del servicio, Enfermera diurna y subrogante de calidad
Fuente primaria	Pauta supervisión
Fuente secundaria	Informe del indicador

Periodo evaluado	01 Mayo 2016 a 30 Abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** no se realiza calculo muestral, se evalúa por oportunidad. • **Metodología de muestreo**: se evaluarán una vez al día la prevención de medidas de contención aplicadas en pacientes con agitación sicomotora que requieran contención a través de una pauta de supervisión de observación directa • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación sicomotora contiene 3 criterios a evaluar 1. Paciente en posición anatómica 2. Evitar compresión excesiva. 3. La pauta incluye el mes evaluado, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente y evaluador.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período retrospectivo es de 36 meses, comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3° y 4º Trimestre 2018 • **Registros revisados:** 2. Pauta evaluación (1) mayo a noviembre 2016, que contienen los siguientes criterios de cumplimiento: - Uso de inmovilizadores acolchados. - Paciente en posición anatómica. - Zona inmovilizada sin lesiones. - Registro en hojas de enfermería de la vigilancia de las medidas de contención. 3. Pauta evaluación (2) diciembre 2016 a junio 2017, que contienen los siguientes criterios: - Uso de inmovilizadores acolchados - Paciente en decúbito supino con cabecera elevada a 30º - Contenciones fijadas a la cama del paciente (no en baranda). - Contención ligeramente holgada que permita la circulación de la zona contenida según procedimiento. 4. Pauta evaluación (3), julio 2017 a la fecha, contiene los siguientes criterios: - Uso de inmovilizadores acolchados. - Paciente en posición anatómica. - Evitar compresión excesiva. 5. Informe evaluación del indicador del periodo retrospectivo evaluado. 6. Fichas clínicas aleatorizadas. **De la constatación** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) 1. La pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora, contiene 3 criterios descritos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el período retrospectivo evaluado (01 de mayo 2016 al 30 de abril del 2019), el que contiene el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento. 3. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado en el tercer trimestre del año 2018 y cuarto trimestre del año 2018, para ello se revisa el total de las evaluaciones (según ord. Circular IP N° 5 del 17 de mayo del 2019). 4. Luego se constatan 5 fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar usando Randomizer, según ord IP N° 5. 5. Para la constatación de las fuentes primarias se evalúan las pautas de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes primarias se constata, como lo ha explicitado el indicador "**pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención evaluados de acuerdo a pauta de supervisión**", que la causal del paciente contenido sea por agitación psicomotora el día de la evaluación.

3° y 4º Trimestre 2018				
Randomizer	**Nº Ficha**	**Fecha**	**Indicación**	**Cumplimiento**
20	7295xx	30-08-2018	NO	No Cumple
72	3169xx	24-09-2018	NO	No Cumple
95	7409xx	20-09-2018	NO	No Cumple
100	3860xx	09-11-2018	SI	Cumple
117	5886xx	15-11-2018	NO	No Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º Trimestre 2016	401	417	96,0 %			
3º Trimestre 2016	247	257	96,0 %			
4º Trimestre 2016	210	237	88,6 %			
1º Trimestre 2017	268	281	95,3 %			
2º Trimestre 2017	227	228	99,5 %			
3º Trimestre 2017	427	430	99,3 %			
4º Trimestre 2017	261	262	99,6 %			

1º Trimestre 2018	157	170	92,3 %			
2º Trimestre 2018	345	353	97,7 %			
3º trimestre 2018	**60**	**60**	**100 %**	**60**	**60**	**100 %**
4º Trimester 2018	**58**	**60**	**96,6 %**	**60**	**60**	**100 %**
1º Trimestre 2019	57	60	95,0 %			

Descripción de los hallazgos:

1. Hasta el segundo trimestre del 2018 el prestador mide a la totalidad de pacientes contenidos, incluyendo los pacientes que no están asociado a un cuadro de agitación psicomotora.
2. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
3. Desde tercer trimestre 2018 el prestador declara que se modifica sistema de medición evaluándose sólo a pacientes con indicación de contención por agitación psicomotora.
4. Con respecto a la fiabilidad de los datos no es posible constatar el uso de contención física asociada a la agitación psicomotora, dado que los registros constatados no dan cuenta del requerimiento de contención física por esta causa.

Según lo señalado en el punto 4 no se da por cumplido el elemento medible.

MQ 2

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DE INDICADOR
Responsable medición	Supervisora del servicio, Enfermera diurna y subrogante de calidad
Fuente primaria	Pauta supervisión
Fuente secundaria	Informe del indicador
Periodo evaluado	01 Mayo 2016 a 30 Abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** no se realiza calculo muestral, se evalúa por oportunidad. • **Metodología de muestreo**: se evaluarán una vez al día la prevención de medidas de contención aplicadas en pacientes con agitación sicomotora que requieran contención a través de una pauta de supervisión de observación directa • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación sicomotora contiene 3 criterios a evaluar 1. Paciente en posición anatómica 2. Evitar compresión excesiva. 3. La pauta incluye el mes evaluado, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente y evaluador.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período retrospectivo es de 36 meses, comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3° y 4º Trimestre 2018 • **Registros revisados:** 1. Pauta evaluación (1) mayo a noviembre 2016, que contienen los siguientes criterios de cumplimiento: - Uso de inmovilizadores acolchados. - Paciente en posición anatómica. - Zona inmovilizada sin lesiones. - Registro en hojas de enfermería de la vigilancia de las medidas de contención. 2. Pauta evaluación (2) diciembre 2016 a junio 2017, que contienen los siguientes criterios: - Uso de inmovilizadores acolchados - Paciente en decúbito supino con cabecera elevada a 30º - Contenciones fijadas a la cama del paciente (no en baranda). - Contención ligeramente holgada que permita la circulación de la zona contenida según procedimiento. 3. Pauta evaluación (3), julio 2017 a la fecha, contiene los siguientes criterios: - Uso de inmovilizadores acolchados. - Paciente en posición anatómica. - Evitar compresión excesiva. 4. Informe evaluación del indicador del periodo retrospectivo evaluado. **De la constatación** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) 1. La pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora contiene 3 criterios descritos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el período retrospectivo evaluado (01 de mayo 2016 al 30 de abril del 2019), el que contiene el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento. 3. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado en el tercer trimestre del año 2018 y cuarto trimestre del año 2018, para ello se revisa el total de las evaluaciones (según ord. Circular IP N° 5 del 17 de mayo del 2019).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º Trimestre 2016	20	19	95,0 %			

3º Trimestre 2016	15	15	100 %			
4º Trimestre 2016	36	36	100 %			
1º Trimestre 2017	22	22	100 %			
2º Trimestre 2017	15	15	100 %			
3º Trimestre 2017	14	14	100 %			
4º Trimestre 2017	12	12	100 %			
1º Trimestre 2018	16	16	100 %			
2º Trimestre 2018	42	42	100 %			
3º trimestre 2018	**32**	**32**	**100 %**	**32**	**32**	**100 %**
4º Trimester 2018	**2**	**2**	**100 %**	**2**	**2**	**100 %**
1º Trimestre 2019	4	4	100 %			

Descripción de los hallazgos:

1. Hasta el segundo trimestre del 2018 el prestador mide a la totalidad de pacientes contenidos, incluyendo los pacientes que no están asociado a un cuadro de agitación psicomotora.
2. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
3. Desde tercer trimestre 2018 el prestador declara que se modifica sistema de medición evaluándose sólo a pacientes con indicación de contención por agitación psicomotora.

MQ 3

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DE INDICADOR
Responsable medición	Supervisora del servicio, Enfermera diurna y subrogante de calidad
Fuente primaria	Pauta supervisión
Fuente secundaria	Informe del indicador
Periodo evaluado	01 Mayo 2016 a 30 Abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** no se realiza calculo muestral, se evalúa por oportunidad. • **Metodología de muestreo**: se evaluarán una vez al día la prevención de medidas de contención aplicadas en pacientes con agitación sicomotora que requieran contención a través de una pauta de supervisión de observación directa • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación sicomotora contiene 3 criterios a evaluar 1. Paciente en posición anatómica 2. Evitar compresión excesiva. 3. La pauta incluye el mes evaluado, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente y evaluador.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período retrospectivo es de 36 meses, comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3° y 4º Trimestre 2018 • **Registros revisados:** 5. Pauta evaluación (1) mayo a noviembre 2016, que contienen los siguientes criterios de cumplimiento: - Uso de inmovilizadores acolchados. - Paciente en posición anatómica. - Zona inmovilizada sin lesiones. - Registro en hojas de enfermería de la vigilancia de las medidas de contención. 6. Pauta evaluación (2) diciembre 2016 a junio 2017, que contienen los siguientes criterios: - Uso de inmovilizadores acolchados - Paciente en decúbito supino con cabecera elevada a 30º - Contenciones fijadas a la cama del paciente (no en baranda). - Contención ligeramente holgada que permita la circulación de la zona contenida según procedimiento. 7. Pauta evaluación (3), julio 2017 a la fecha, contiene los siguientes criterios: - Uso de inmovilizadores acolchados. - Paciente en posición anatómica. - Evitar compresión excesiva. 8. Informe evaluación del indicador del periodo retrospectivo evaluado. **De la constatación** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) 1. La pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora contiene 3 criterios descritos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el período retrospectivo evaluado (01 de mayo 2016 al 30 de abril del 2019), el que contiene el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento. 3. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado en el tercer trimestre del año 2018 y cuarto trimestre del año 2018, para ello se revisa el total de las evaluaciones (según ord. Circular IP N° 5 del 17 de mayo del 2019).
Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador**	**Constatación realizada por la EA, de**

	para el periodo evaluado			acuerdo a los resultados entregados		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º Trimestre 2016	19	24	79,0 %			
3º Trimestre 2016	44	48	91,0 %			
4º Trimestre 2016	52	56	92,0 %			
1º Trimestre 2017	73	74	98,0 %			
2º Trimestre 2017	55	56	98,0 %			
3º Trimestre 2017	4	4	100 %			
4º Trimestre 2017	2	8	25,0 %			
1º Trimestre 2018	**NE**	**NE**	**NE**			
2º Trimestre 2018	3	4	75,0 %			
3º trimestre 2018	**4**	**4**	**100 %**			
4º Trimester 2018	**42**	**43**	**97,0 %**			
1º Trimestre 2019	25	25	100 %			

Descripción de los hallazgos:

1. Hasta el segundo trimestre del 2018 el prestador mide a la totalidad de pacientes contenidos, incluyendo los pacientes que no están asociado a un cuadro de agitación psicomotora. Desde tercer trimestre 2018 el prestador declara que se modifica sistema de medición evaluándose sólo a pacientes con indicación de contención por agitación psicomotora.
2. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
3. En el primer trimestre del año 2018 no se realiza medición por traslado a hospital nuevo. Entrevistada refiere que hubo mediciones que se suspendieron en algunos servicios ya que iniciaron su funcionamiento en forma paulatina.

MQ 4

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DE INDICADOR
Responsable medición	Supervisora del servicio, Enfermera diurna y subrogante de calidad
Fuente primaria	Pauta supervisión
Fuente secundaria	Informe del indicador
Periodo evaluado	Febrero 2019 al 1º trimestre 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** no se realiza calculo muestral, se evalúa por oportunidad. • **Metodología de muestreo**: se evaluarán una vez al día la prevención de medidas de contención aplicadas en pacientes con agitación sicomotora que requieran contención a través de una pauta de supervisión de observación directa • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación sicomotora contiene 3 criterios a evaluar 1. Paciente en posición anatómica 2. Evitar compresión excesiva. 3. La pauta incluye el mes evaluado, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente y evaluador.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** Para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 3 años, para este servicio que inició su funcionamiento el 24 de Enero de 2019, se medirá el primer trimestre de 2019, único periodo con evaluaciones realizadas por el prestador. • **Selección de la muestra:** La constatación se realiza en el único periodo que el prestador a evaluado periódicamente y que corresponde al período en que la unidad ha estado en funcionamiento: 1º Trimestre de 2019. • **Registros revisados:** - Informe evaluación del indicador del periodo retrospectivo evaluado. - Pautas de supervisión aplicadas en el periodo de la muestra seleccionada (1 trimestre 2019). - Fichas clínicas aleatorizadas. **De la constatación:** 1. La pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora contiene 3 criterios descritos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el período retrospectivo evaluado (primer trimestre 21019) el que contiene el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento. 3. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado en y primer trimestre del año 2019, para ello se revisa el total de las evaluaciones (según ord. Circular IP N° 5 del 17 de mayo del 2019).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
1º Trimestre 2019	13	13	100 %	13	13	100 %

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

MQ 5

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora

Fuente primaria	Pauta supervisión
Fuente secundaria	Informe del indicador
Periodo evaluado	01 mayo 2016 a 30 abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** no se realiza calculo muestral, evalúa por oportunidad. • **Metodología de muestreo**: Se evaluarán una vez al día la prevención de medidas de contención aplicadas en pacientes con agitación sicomotora que requieran contención a través de una pauta de supervisión de observación directa. • **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación sicomotora en la cual consigna mes evaluado, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, evaluador y contiene 3 criterios a evaluar: 1. Uso de inmovilizadores acolchados. 2. Paciente en posición anatómica. 3. Evitar compresión excesiva.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra: l**a medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando randomizer, entregado por director técnico de la entidad acreditadora, resultando seleccionados:3° trimestre y 4° trimestre 2018. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación sicomotora. - Informe de evaluación del indicador. - Ficha clínica. • **De la constatación**: 1. Pauta de supervisión "para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación sicomotora", contiene 3 criterios. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico 3° trimestre de 2018 y 4° trimestre de 2019. 4. Se constatan fuentes primarias (5) de 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, resultado de la constatación de la fuente primaria. 5. Para la constatación de las fuentes primarias se evalúan las pautas de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes primarias se constata, como lo ha explicitado el indicador "**pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención evaluados de acuerdo a pauta de supervisión**", que la causal del paciente contenido sea por agitación psicomotora el día de la evaluación.

Se verifica en ficha clínica registro de contención física por agitación sicomotora el día de evaluación	Trimestre	Fecha evaluación	N° de ficha	Cumple según prestador	Cumple según EA
	3º trimestre 2018	18-07-2018	9161x	SI	NO
		06-08-2018	70815x	SI	SI
		09-08-2018	49990x	SI	SI
		23-08-2018	46490x	N/F	N/F
		25-09-2018	44400x	N/F	N/F

N/F: A momento de la evaluación las fichas no se encontraban digitalizadas.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2 trimestre 2016	12	14	85.71%			
3 trimestre 2016	19	25	76%			
4 trimestre 2016	12	14	85,71%			
1 trimestre 2017	5	6	83,33%			
2 trimestre 2017	7	9	77,78%			
3 trimestre 2017	14	16	87,50%			
4 trimestre 2017	20	22	90,91%			
1 trimestre 2018	10	19	52,63%			
2 trimestre 2018	11	11	100%			
3 trimestre 2018	**17**	**26**	**65,38%**	**17**	**26**	**65,38%**
4 trimestre 2018	**11**	**19**	**57,89%**	**11**	**19**	**57,89%**
1 trimestre 2019	3	17	17,65%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

2. Con respecto a la fiabilidad de los datos no es posible constatar que la contención esté asociada a agitación sicomotora, en la primera ficha randomizada y revisada.
3. No se logra tener la totalidad de las fichas para evaluación de fuente primaria, debido a que las fichas no se encontraban todas digitalizadas.

Por señalado en el punto 2 no se da por cumplido el elemento medible

MQ 6

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora
Fuente primaria	Pauta supervisión
Fuente secundaria	Informe del indicador
Periodo evaluado	Febrero 2018 al 1º trimestre 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** no se realiza calculo muestral, se evalúa por oportunidad. • **Metodología de muestreo**: se evaluarán una vez al día la prevención de medidas de contención aplicadas en pacientes con agitación sicomotora que requieran contención a través de una pauta de supervisión de observación directa. • **Criterios de cumplimiento:** el prestador utiliza una pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en la cual consigna el mes evaluado, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente y evaluador contiene 3 criterios a evaluar: 1. Uso de inmovilizadores acolchados. 2. Paciente en posición anatómica. 3. Evitar compresión excesiva.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de marzo del 2018 a abril del 2019, ya que la unidad de cardio- neuro inicio su funcionamiento en febrero del año 2018. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral**.** La constatación se realiza utilizando randomizer, entregado por director técnico de la entidad acreditadora, resultando seleccionado: 3° trimestre y 4° trimestre 2018. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación sicomotora. - Informe de evaluación del indicador. - Ficha clínica • **De la constatación:** 1. La pauta de supervisión "para la prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación sicomotora", contiene 3 criterios. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los meses a evaluar. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° y 4° trimestre de 2018. 4. Se constatan fuentes primarias (5) de 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, resultado de la constatación de la fuente primaria. 5. Para la constatación de las fuentes primarias se evalúan las pautas de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes primarias se constata, como lo ha explicitado el indicador "**pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención evaluados de acuerdo a pauta de supervisión**", que la causal del paciente contenido sea por agitación psicomotora el día de la evaluación.

Se verifica en ficha clínica registro de contención física por agitación sicomotora el día de evaluación	Trimestre	Fecha evaluación	N° de ficha	Cumple según prestador	Cumple según EA
	4° trimestre 2018	05-10-2018	548879	SI	NO
		19-10-2018	513357	SI	NO
		21-11-2018	614043	SI	SI
		28-11-2018	116233	S/R	S/R
		14-12-2018	444006	SI	NO

S/R= No se encuentra escaneado el día de la constatación.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2 trimestre 2018	48	52	92,31%			
3 trimestre 2018	**56**	**60**	**93,33%**	**56**	**60**	**93,33%**
4 trimestre 2018	**51**	**52**	**98,08%**	**51**	**52**	**98,08%**
1 trimestre 2019	57	57	100%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por

el prestador.
2. Con respecto a la fiabilidad de los datos no es posible constatar que la contención esté asociada a agitación sicomotora, en 4 de las 5 fichas revisadas.

Por lo señalado en el punto 2, no se da por cumplido el elemento medible.

URG	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora.
Fuente primaria	Pauta de supervisión. Dato de atención de urgencia
Fuente secundaria	Informe del cumplimiento del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo del muestreo:** Se evaluarán una vez al día la prevención de medidas de contención aplicadas en pacientes con agitación psicomotora que requieran contención a través de una pauta de supervisión de observación directa. • **Metodología de muestreo**: No aplica. • **Criterio evaluado:** El prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna, el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: - Uso de inmovilizadores acolchados. - Paciente en posición anatómica. - Evitar compresión excesiva.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo evaluado:** Dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende los meses de junio de 2016 a mayo de 2019. • **Selección de la muestra:** La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa el III trimestre 2018 y I trimestre 2019. • **Registros Revisados:** - Informe evaluación periódica, III trimestre 2018 y I trimestre 2019. - Pauta de supervisión, III trimestre 2018 y I trimestre 2019. - Dato de atención urgencia. • **De la constatación:** 1. Se constata la medición del indicador en informe evaluación periódica, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. 2. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019, para ello se revisan el total de evaluaciones (según ord. Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019). 3. Se verifican 5 fuentes primarias de los trimestres, del 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019, verificando: - La pauta de supervisión para la prevención de eventos adversos asociados a la contención física en pacientes con agitación psicomotora contiene los 3 criterios descritos en metodología de medición del prestador y están contenidos en el protocolo local. - Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado. 4. Para la evaluación se constata: - Que las pautas de supervisión contengan los 3 criterios a evaluar. - Que la fecha de evaluación del paciente coincida con la fecha en dato de atención de urgencia del paciente. - Para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes primarias se constata, como lo ha explicitado el indicador "**pacientes con agitación psicomotora contenidos con medidas de prevención evaluados de acuerdo a pauta de supervisión**", que la causal del paciente contenido sea por agitación psicomotora el día de la evaluación, a través del registro en DAU de indicación de contención o de su uso. - 5. Resultado de constatación fuente primaria:

III trimestre 2018		
Fecha constatada	N° de ficha del paciente	Indicada la contención en ficha
11-07-2018	4767x	NO
23-07-2018	7645x	NO
23-07-2018	74411x	NO
07-08-2018	72955x	NO
07-08-2018	19874x	NO
07-08-2018	25617x	NO
25-09-2019	74988x	NO

I trimestre 2019		
Fecha constatada	N° de ficha del paciente	Indicada la contención en ficha
15-01-2019	8273x	NO
15-01-2019	1059x	NO

		19-02-2019	55056x	NO		
		22-02-2019	45686x	NO		
		15-03-2019	26020x	NO		
Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
II trimestre 2016	15	16	93.7%			
III trimestre 2016	10	12	83.3%			
IV trimestre 2016	5	5	100%			
I trimestre 2017	9	11	81.8%			
II trimestre 2017	10	10	100%			
III trimestre 2017	6	7	85.7%			
IV trimestre 2017	5	6	83.3%			
I trimestre 2018	7	7	100%			
II trimestre 2018	5	5	100%			
III trimestre 2018	**6**	**7**	**85.7%**	**6**	**7**	**85.7%**
IV trimestre 2018	9	9	100%			
I trimestre 2019	**5**	**14**	**35.7%**	**5**	**14**	**35.7%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
4. Con respecto a la fiabilidad de los datos no es posible constatar el uso de contención física asociada a la agitación psicomotora, dado que los registros constatados no dan cuenta de dicho requerimiento.

Por lo anteriormente expuesto no se da por cumplido el elemento medible.

GCL 1.9 – Cuarto elemento medible: Se constata adecuado procedimiento de contención física y/o la presencia de los elementos necesarios para realizar el procedimiento.

Servicio	Describir constatación de la contención física
UPC Ad 1	- Se realiza visita al sector hospitalizados, se verifica la existencia de elementos de contención física en sala de "ropería". - Se entrevista al personal presente respecto al procedimiento de contención, la respuestas y constatación a través de observación y demostración de contención en 1 paciente en UCO coronaria y en 1 paciente en UCI adulto, se ajusta a lo especificado en el protocolo local, por cuanto se evidencia que los pacientes contenidos cumplen con los siguientes criterios: 1. Contención de extremidades superiores. 2. Uso de inmovilizadores acolchados 3. Paciente en posición anatómica 4. Evitar compresión excesiva Se da por cumplido el elemento medible.
UPC Ad 2	1. Para constatar el adecuado procedimiento de contención física y/o presencia de elementos necesarios según lo descrito en el documento, se solicita verificar la existencia de "Muñequeras y tobilleras acolchadas", las que se encuentran en las bodegas de "ropa" en una caja para dicho fin. 2. Se evalúa a un paciente con contención: constatando la indicación médica y plan de enfermería que incluye las medidas de prevención descritas en el documento. 3. Se entrevistan a dos enfermeras respecto a su manejo, las preguntas realizadas fueron ¿cuáles son los elementos para contener a los pacientes de TIM?, ¿cuáles son las medias de prevención al momento de contener a los pacientes? Se da por cumplido el elemento medible.
UPC coronaria 3	- Se realiza visita al sector hospitalizados, se verifica la existencia de elementos de contención física en sala de "ropería". - Se entrevista al personal presente respecto al procedimiento de contención, la respuestas y constatación a través de observación y demostración de contención en 1 paciente en UCO coronaria y en 1 paciente en UCI adulto, se ajusta a lo especificado en el protocolo local, por cuanto se evidencia que los pacientes contenidos cumplen con los siguientes criterios: 1. Contención de extremidades superiores. 2. Uso de inmovilizadores acolchados 3. Paciente en posición anatómica 4. Evitar compresión excesiva Se da por cumplido el elemento medible.
Psiquiatría	- Al momento de la constatación, referente informa que no hay pacientes contenidos por agitación psicomotora, lo que es constatado por el evaluador a través de una vista al servicio de psiquiatría. - Se evalúa la presencia de elementos de contención, según lo establecido en el protocolo local: • Los inmovilizadores de extremidades se encuentran ubicados dentro de una caja plástica cerrada y rotulada como "contenciones" en la estación de enfermería, dichos inmovilizadores son acolchados con uno de sus extremos redondeados. • La sabana tipo "paracaídas", se encuentra en la bodega de ropa limpia aledaña a la estación de enfermería. - Se constata la presencia de contenciones según lo establecido en el protocolo local. Se da por cumplido el elemento medible.
MQs 1	- Para constatar el adecuado procedimiento de contención física y/o presencia de elementos necesarios según lo descrito en el documento, se solicita verificar la existencia de "Muñequeras y tobilleras acolchadas", limpias,

	listas para ser utilizadas. - Se evalúa a un paciente con contención: constatando la indicación médica y plan de enfermería que incluye las medidas de prevención descritas en el documento. Consentimiento para contención firmado. - La contención cumple con las medidas de seguridad registradas en ficha clínica. Se da por cumplido el elemento medible.
MQs 2	- Para constatar el adecuado procedimiento de contención física y/o presencia de elementos necesarios según lo descrito en el documento, se solicita verificar la existencia de "Muñequeras y tobilleras acolchadas", las que se encuentran en las bodegas de ropa en cajas plásticas transparentes. - En una caja están contenciones limpias selladas. - En otra caja, contenciones para enviar a lavandería. Se da por cumplido el elemento medible.
MQs 3	- Para constatar el adecuado procedimiento de contención física y/o presencia de elementos necesarios según lo descrito en el documento, se solicita verificar la existencia de "Muñequeras y tobilleras acolchadas", las que se encuentran en las bodegas de ropa en cajas plásticas transparentes. - Se evalúa a un paciente con contención: constatando la indicación médica y plan de enfermería que incluye las medidas de prevención descritas en el documento. - La contención cumple con las medidas de seguridad registradas en ficha clínica. Se da por cumplido el elemento medible.
MQs 4	- Para constatar el adecuado procedimiento de contención física y/o presencia de elementos necesarios según lo descrito en el documento, se solicita verificar la existencia de "Muñequeras y tobilleras acolchadas", las que se encuentran en las bodegas de ropa en cajas plásticas transparentes. - En una caja están contenciones limpias selladas. - En otra caja, contenciones para enviar a lavandería. Se da por cumplido el elemento medible.
MQs 5	- Para constatar el adecuado procedimiento de contención física y/o presencia de elementos necesarios según lo descrito en el documento, se solicita verificar la existencia de "Muñequeras y tobilleras acolchadas", las que se encuentran en las bodegas de ropa en cajas, además se tienen a la vista contenciones torácicas con cierre con imán. - Se evalúa a un paciente con contención: constatando la indicación médica y plan de enfermería que incluye las medidas de prevención descritas en el documento. - Se entrevistan a dos enfermeras respecto a su manejo, las preguntas realizadas fueron ¿cuáles son los elementos para contener a los pacientes de Cardio neuro?, ¿cuáles son las medias de prevención al momento de contener a los pacientes? Se da por cumplido el elemento medible.
MQs 6	- Para constatar el adecuado procedimiento de contención física y/o presencia de elementos necesarios según lo descrito en el documento, se solicita verificar la existencia de "Muñequeras y tobilleras acolchadas", las que se encuentran en las bodegas de ropa en cajas, además se tienen a la vista contenciones torácicas con cierre con imán. - Se evalúa a un paciente con contención: constatando la indicación médica y plan de enfermería que incluye las medidas de prevención descritas en el documento. Se da por cumplido el elemento medible.
URG	- Se tiene a la vista insumos para realizar la contención de pacientes con cuadros de agitación psicomotora, estos se encuentran en los boxes de atención y área alto riesgo de la unidad de emergencia. Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA GCL 1.9 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	UPC Ad.	Psiquiatría	Med.	URG.
Primer elemento medible	1	1	1	1
Segundo elemento medible	1	1	1	1
Tercer elemento medible	0	1	0	0
Cuarto elemento medible	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 13/16		Porcentaje obtenido: 81%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA GCL 1.10 /HALLAZGOS

GCL 1.10 – Primer elemento medible: Se describen en documento de carácter institucional los criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio y se han definido los responsables de su aplicación.

Nombre del documento: PROCEDIMIENTO CRITERIOS DE INGRESO, EGRESO Y DERIVACIÓN DE LOS PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO					
N° Resolución: 4236 05-05-2016	Versión:02		Fecha: Abril 2016		
Elaborado por: Dra. Pamela Shellman, Subdirector Médico HRA		Aprobado por: Juan Urrutia Director Hospital Regional de Antofagasta.			
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años		N° páginas:11		
Considera (SI/NO)	1. Criterios ingreso	SI	2. Criterios egreso	SI	3. Criterios derivación	SI
Responsable de la aplicación	SI				
Breve descripción del contenido del documento: En el documento tenido a la vista, destacan los siguientes contenidos: En página 2, ítem 2, alcance, señala que aplica a los equipos de salud mental y Psiquiatría, SAPUS, Servicio de Urgencia, UPC Adulto y Unidades médico-quirúrgicas del Hospital Regional de Antofagasta.					

En ítem 3, responsabilidad, entre otras señala lo siguiente:
- Médico tratante: Realizar diagnóstico psiquiátrico, evaluación de riesgo suicida, liderar y elaborar plan de tratamiento personalizado que incluye tratamiento psicofarmacológico y psicoterapia, Contactar e informar a familiares.
- Médico residente: Servicio de psiquiatría no dispone de médico residente, por lo tanto, la responsabilidad recae en el médico de urgencia hasta ser evaluado por el psiquiatra
- Enfermera: De realizar los cuidados de enfermería, coordinar con resto de equipo indicaciones psiquiátricas, informar a médico sobre conductas de riesgo y situación clínica de paciente.

En página 4, ítem, desarrollo de la actividad, señala entre otros.
- Factores de riesgo: Edad (mayor incidencia en personas de 75 o más y el grupo etaria de 15 a 24 años), sexo, presencia de trastorno psiquiátrico, eventos vitales tempranos, conducta suicida familiar, intento suicida previo/ideas suicidas, estrés vital, bajo apoyo social, disfunciones psicológicas, factores biológicos/genéticos, factores genéticos.
- Evaluación del paciente suicida: Se deben evaluar los factores de riesgo suicida relacionados a la persona y al evento. Luego se procede a realizar la clasificación del riesgo suicida, definiendo nivel de riesgo leve, moderado, grave y extremo. Menciona además que existen algunas escalas de evaluación de riesgo suicida, siendo la más conocida la SAD PERSONS.

En página 7, ítem 6.3, **criterios de ingreso de hospitalización del paciente con intento de suicidio**, señala en un listado lo siguiente:
- Alto riesgo médico es necesario tratamiento médico de las lesiones producidas.
- Elevada intención suicida y letalidad.
- Métodos violentos Ej. Ahorcamiento, herida por arma de fuego.
- Intentos recurrentes
- Ideación suicida activa, persistente.
- Presencia de Trastorno Psiquiátrico Mayor (depresión severa, trastorno bipolar, esquizofrenia, psicosis)
- Contexto del paciente (SAD PERSONS 6-10)
- Ausencia de red de apoyo y figuras protectoras. En adolescentes presencia de patología psiquiátrica en los padres, maltrato o abuso)
- Hospitalización judicial.

En página 8 y 9, establece el manejo del paciente suicida tanto en el servicio de urgencias, como de la necesidad de hospitalización, en el servicio que corresponda; solo los pacientes estables medicamento pueden ingresar al servicio de psiquiatría. Si paciente no cumple con los criterios de hospitalización, se derivará a policlínico de psiquiatría en los COSAM, entregando recomendaciones a la familia sobre el cuidado.

En el documento, se describe además en manejo durante la hospitalización a través de acciones a seguir, tales como, intervención en crisis, manejo médico y psicosocial, tratamiento de patología psiquiátrica de base, etc.

En página 9, ítem 6.6, **criterios de egreso de paciente con intento de suicidio**, se enumeran en una lista lo siguiente:
- Ausencia de riesgo objetivo de reintento
- Compensación de ideación suicida
- Evaluación correcta y adecuada de su problema
- Estabilidad síntomas de base
- Presencia de red de apoyo.
- Ambiente familiar contenedor
- Derivación a otro servicio, modalidad ambulatoria.
- Traslado familiar a otra área.

En el ítem 6.7, se establecen los **criterios de derivación de paciente con intento suicido**, definiendo lo siguiente: Una vez logrado los criterios de egreso se procederá a derivar al paciente según sectorización, mediante carné de alta y epicrisis:
- COSAM Norte
- COSAM Central
- COSAM Sur
- Psiquiatría PRAIS
- Consultorios
- Derivación a ciudad de origen si corresponde

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA

Psiquiatría	UPC Ad	Med	URG
SI	**SI**	**SI**	**SI**

CARACTERÍSTICA GCL 1.10 /FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Psiquiatría	UPC Ad	Med.	URG.
Primer elemento medible	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 4/4	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA GCL 1.11 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

GCL 1.11 – Primer elemento medible: Se describen en un documento de carácter institucional los procedimientos de registro, rotulación traslado y recepción de biopsias. Se han definido los responsables de su aplicación.

Nombre del documento: PROCEDIMIENTO DE MANEJO Y TRAZABILIDAD DE BIOPSIA Y CITOLOGÍAS				
N° Resolución: Memorándum N°00038 23 de 05 de 2018			Versión: 10	Fecha: Mayo 2018
Elaborado por: TM Roxana Parra L Tecnólogo médico supervisor Anatomía Patológica		Aprobado por: Francisco Bueno Natusch Director Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años		N° páginas: 23	
Considera (SI/NO)	1. Registro biopsia: SI	2. Rotulación bp: SI	3. Traslado bp: SI	4. Recepción bp: SI
	5. Etapa pre analítica: SI	6. Etapa analítica: SI	7. Etapa post analítica: SI	

Responsables de la aplicación: SI

Breve descripción del contenido del documento: (Describir el procedimiento explícito de registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias y/o citológicos, en cada una de las fases (Pre analítica, analítica y post analítica).
En la página 2 describe:
Objetivo: procedimiento desde la obtención de muestras, rotulación, traslado, recepción y entrega de resultaos de biopsias y/o citologías de la UAP y detalla los registros asociados, con el objeto de asegurar la trazabilidad de las muestras-
Alcance: Pabellones quirúrgicos, unidades o servicios donde se generen biopsias.
Responsabilidades:
Biopsias diferida o intraoperatoria
- Obtiene: médico o cirujano dentista
- Rotula: Técnico paramédico, supervisado por matrona o enfermera.
- Traslada: Auxiliar paramédico, supervisado por matrona o enfermera.
- Recibe: técnico paramédico APA supervisado por tecnólogo médico o secretaria.

Citología miscelánea
- Obtiene: Médico
- Rotula: Técnico paramédico, supervisado por matrona o enfermera.
- Traslada: Auxiliar paramédico, supervisado por matrona o enfermera.
- Recibe: secretaria

Papanicolau
- Obtiene: Matrona o médico.
- Rotula: Matrona
- Traslada: Auxiliar paramédico, supervisado por matrona o enfermera.
- Recibe: secretaria.

Registro:
Muestras de biopsias y citología: en libro exclusivo custodiado en pabellón, datos mínimos que debe consignar el libro o registro de traslado para biopsias y citologías misceláneas:
- Fecha de obtención.
- Un nombre y dos apellidos del paciente.
- Ficha, Cédula de Identidad o DAU
- Tipo de muestra (órgano, tejido o zona de muestra)
- Número de contenedores (con muestras del paciente, es decir, frascos, bolsas, placas, tubos casetes)
- Profesional responsable de la toma de muestra.
- Responsable de cada traspaso (Identificación del funcionario que recibe y entrega).
- Responsable del traslado a UAP.
- Nombre, firma de quien recepciona en UAP.
- Observaciones (donde se consignan rechazos y su causal).

Registro PAP: registro de traslado (nómina de derivación) debe estar ordenada desde el PAP más antiguo al más actual, registrando establecimiento o unidad al que pertenece, fecha de envío, nombre y firma de matrona responsable y consignar:
- Cédula de identidad.
- Un nombre y dos apellidos.
- Edad
- Fecha de toma de muestra

En la página 12, ítem 7.2 define indica el registro en UAP:
- Se entenderá recibida la muestra en la UAP, si en el libro de traslado se encuentra el nombre y apellido del funcionario de la UAP, su firma y fecha de recepción.
- Se asigna número único de registro al material de biopsia o de citología, el que no puede repetirse y es correlativo por año.
- Se registra en sistema informático y libros de ingreso (RG-UAP-01 para biopsias, RG-UAP-65 para citología miscelánea y sistema informático y RG-UAP-22 para Papanicolaou).

Rotulación: En la página 2 define los responsables de la rotulación:
- Biopsia intraoperatoria o diferida: técnico paramédico
- Citología miscelánea: médico.
- PAP: matrona o Médico.

Rotulación muestras de biopsias y citología: En la página 8, ítem 7.1 describe la rotulación de las muestras:
Al rotular el frasco o bolsa que contiene la muestra, se debe confirmar la identidad del paciente, registrando en forma legible, completa y sin enmiendas, los datos requeridos en los contenedores con muestras.
En el anexo 1 describe registro de rótulo de biopsias y citologías:
- Nombre, apellidos paterno y materno del paciente
- Cédula de Identidad y/o alta clínica
- Fecha de obtención de la muestra
- Órgano
- Servicio de origen

Rotulación de los PAP: en el anexo 2 describe registro de rotulación para las el PAP: en la lámina se debe registrar las iniciales del nombre y dos apellidos del paciente y/o cédula de identidad (la muestra se anexa a la solicitud del PAP).

Traslado:
- El Auxiliar de Servicio o, en su ausencia, el Técnico Paramédico, registra su nombre y apellido y firma en el libro o registro de

traslado de su unidad de origen, como responsable de un traspaso.
- Traslada la muestra a la UAP en contenedores rígidos, de material lavable y con tapa, evitando riesgos por derrame, calda o pérdida de las muestras. El traslado debe ser directo e inmediato a la UAP. El horario de recepción de la mañana será lunes a jueves de 8:00 a 16:00 horas, viernes de 8:00 a 15:00 horas.

Recepción:
En la página 4 define las responsabilidades de la recepción en UPA
Secretaria de Recepción de la UAP
- Recepción de citologías misceláneas y ginecológicas.
- En caso de no estar disponible un Técnico Paramédico, realizar la recepción biopsias diferidas, revisando en cada una los criterios de rechazo.
- Realizar o transcribir los registros y/o informes de manera clara, segura y correcta.
- En el caso específico del examen de biopsia, es responsable de la Inscripción de cada biopsia que ingrese a la Unidad en el Libro de Ingreso de Biopsias RG-UAP- 01 y en el sistema informático, cotejando caso a caso los datos de la solicitud y la muestra.

En la página 13
Ítem 7.3.2 define la entrega de resultados:
- Los informes de biopsia intraoperatoria se entregan en físico al auxiliar de pabellón.
- Todos los informes de Biopsia son visibles en el sistema SICLOPE desde el momento en que se informa.
- En el caso de biopsias originadas en otros centros de salud de la Red, los informes impresos son enviados por Oficina de Partes en un plazo no mayor a tres días hábiles desde el momento del informe.
- Todos los informes de citología miscelánea se entregan por libro en el servicio
- Solicitante en un plazo no mayor a dos días hábiles.
- Los resultados de Papanicolaou son enviados por correo electrónico a los servicios y centros solicitantes el mismo día del informe.

Ítem 7.3.1 Plazos de entrega de informes:
- Biopsia intraoperatoria: inmediata

Biopsia Diferida
- Biopsias tipo 1: 7 días hábiles desde su recepción e ingreso a la UAP.
- Biopsias tipo 2 y exámenes de Papanicolaou y Citologías misceláneas: 10 días hábiles desde su recepción e ingreso a la UAP.
- Biopsias que requieran compra de servicios: el plazo puede ser mayor a 10 días.
- interconsultas de otros centros: el plazo es 10 días o más.

Ítem 7.3.3 Incorporación de los informes en la ficha: todos los informes son visibles desde la ficha electrónica del paciente a través del sistema SICLOPE.

Observaciones:
1. Retrospectividad del documento es del 01 de septiembre de 2017 en adelante (por fiscalización SIS).
2. Se tienen a la vista versiones anteriores del documento:
- Procedimiento de manejo y trazabilidad de biopsia y citologías, versión 09, fecha de aprobación noviembre 2017, elaborado por TM Roxana Parra L, TM supervisor Anatomía Patológica y aprobado por Dr. Francisco Bueno N, Director Hospital Regional Antofagasta.
- Procedimiento de manejo y trazabilidad de biopsia y citologías, versión 08, fecha de aprobación enero 2017, elaborado por TM Roxana Parra L, TM supervisor Anatomía Patológica y aprobado por Dr. Francisco Bueno N, Director Hospital Regional Antofagasta.
- Se cumple con el periodo de retrospectividad que aplica a este proceso de acreditación y esta característica.

Se da por cumplido el elemento medible.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA		
APA	PQ	PRO Endoscópicos
SI	**SI**	**SI**

GCL 1.11 – Segundo elemento medible: Se constata la trazabilidad de las biopsias.

PRO ENDOSCÓPICOS

Metodología de Constatación:
- **Período retrospectivo evaluado:** Para este segundo proceso de reacreditación, aplica una retrospectividad de que comprende 01 de septiembre de 2017 en adelante (por fiscalización SIS).
- **Selección de la muestra:** Del total de procedimientos de la Estadística del total de procedimientos endoscópicos realizados en el período retrospectivo evaluado se selecciona con Randomizer, 3 procedimientos con toma de biopsia, con el objeto de contrastar los resultados reportados con la fuente primaria disponible.

- **Registros revisados (digitales o papel):**
- Estadística del total de procedimientos endoscópicos realizados en el período
- Libro o registro de traslado para biopsias de endoscopía
- Libro de traslado UAP
- Informe anatomo- patológico

Atributos de cumplimiento: se constata según IP N°5, de 6 de mayo de 2013, que remite actualización de "orientaciones técnicas para la constatación de la trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos", se verifica el cumplimiento de:
Criterios evaluados en la etapa pre analítica:
- Fecha de obtención
- Un nombre y dos apellidos del paciente
- Ficha, Cédula de Identidad o DAU

- Tipo de muestra (órgano, tejido o zona de muestra)
- Número de contenedores (con muestras del paciente, es decir, frascos, bolsas, placas, tubos casetes)
- Profesional responsable de la toma de muestra
- Responsable de cada traspaso (Identificación del funcionario que recibe y entrega).
- Responsable del traslado a UAP
- Nombre, firma de quien recepciona en UAP
- Registro de Acopio en el servicio

Criterios evaluados en la etapa analítica:
El registro de ingreso de las biopsias a UAP:
- Tipo de muestra (órgano, tejido o zona de muestra)
- Número de contenedores (con muestras del paciente, es decir, frascos, bolsas, placas, tubos casetes)

Criterios evaluados en la etapa post analítica:
- Informe en presente en la ficha (SICLOPE)
- El informe registra correctamente los datos del caso tipo de muestra y número de contenedores.

Biopsias revisadas: Endoscopia

Identificación Biopsia	Fecha	Cumple Pre analítica	Cumple Analítica	Cumple Post Analítica
18/10164	19-12-2018	SI	SI	SI
19/1830	26-02-2019	SI	SI	SI
17/6329	25-09-2017	SI	SI	SI

Descripción de los hallazgos:
La entidad constata trazabilidad de las muestras en la unidad de endoscopía.

PQ 1

Metodología de Constatación:
- Período retrospectivo evaluado: Para este proceso de acreditación, aplica una retrospectivad que comprende el periodo desde 01 de septiembre de 2017 al 31 de mayo de 2019, según instrucción de la Superintendencia de Salud, tras proceso de fiscalización y plan de mejoras presentado por el prestador.
- Selección de la muestra: Del total de procedimientos se selecciona con randomizer, 3 procedimientos quirúrgicos en el cual se haya obtenido una Biopsia, con el objeto de realizar la trazabilidad de la muestra desde su obtención hasta su ingreso en ficha clínica.

Registros revisados (digitales o papel):
- Libro de trazabilidad.
- Ficha clínica Única.

Atributos de cumplimiento: De acuerdo a lo definido en IP N°5, de 6 de mayo de 2013, que remite actualización de "orientaciones técnicas para la constatación de la trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos", se constata el cumplimiento de los siguientes atributos en los registros revisados:
Etapa preanalítica:
- Fecha de obtención
- Un nombre y dos apellidos del paciente
- Ficha, Cédula de Identidad o DAU
- Tipo de muestra (órgano, tejido o zona de muestra)
- Número de contenedores (con muestras del paciente, es decir, frascos, bolsas, placas, tubos casetes)
- Profesional responsable de la toma de muestra
- Responsable de cada traspaso (Identificación del funcionario que recibe y entrega).
- Responsable del traslado a UAP
- Nombre, firma de quien recepciona en UAP
- Acopio

Etapa post analítica:
- Recepción de informe
- Informe en ficha o registro de informe en ficha
- Verificación de la totalidad de informes
- El informe registra correctamente los datos del caso

Biopsias revisadas:

Identificación Biopsia	Fecha	Cumple Pre analítica	Cumple Analítica	Cumple Post Analítica
AGM 19/1644	20-02-2019	SI	SI	SI
EAM 006000	06-08-2018	SI	SI	SI
MFA 18/4643	25-06-2018	SI	SI	SI

Descripción de los hallazgos
La entidad constata trazabilidad de Biopsias en PQ1.

PQ 2

Metodología de Constatación:
- Período retrospectivo evaluado: Dado que el PQ de CMA comienza sus actividades el mes de octubre del año 2018, correspondiendo su evaluación desde esa fecha hasta el mes de mayo del año 2019.
- Selección de la muestra: Del total de biopsias del libro de registros de PQ, se selecciona con Randomizer, 3 biopsias, con el objeto de realizar la trazabilidad de la muestra desde su obtención hasta su ingreso en ficha clínica.

Registros revisados (digitales o papel):
- Libro de trazabilidad.
- Ficha clínica Única.

Atributos de cumplimiento: De acuerdo a lo definido en IP N°5, de 6 de mayo de 2013, que remite actualización de "Orientaciones técnicas para la constatación de la trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos", se constata el cumplimiento de los siguientes atributos en los registros revisados:
Etapa preanalítica:

- Fecha de obtención
- Un nombre y dos apellidos del paciente
- Ficha, Cédula de Identidad o DAU
- Tipo de muestra (órgano, tejido o zona de muestra)
- Número de contenedores (con muestras del paciente, es decir, frascos, bolsas, placas, tubos casetes)
- Profesional responsable de la toma de muestra
- Responsable de cada traspaso (Identificación del funcionario que recibe y entrega).
- Responsable del traslado a UAP
- Nombre, firma de quien recepciona en UAP
- Acopio

Etapa analítica: Libro de Ingreso de Biopsias
- N° de biopsia
- Fecha
- Nombre y apellido paciente
- Ficha
- Origen
- Muestra
- Frasco
- Médico

Etapa post analítica:
- Recepción de informe
- Informe en ficha o registro de informe en ficha
- Verificación de la totalidad de informes
- El informe registra correctamente los datos del caso

Biopsias revisadas:

Identificación Biopsia	Fecha	Cumple Pre analítica	Cumple Analítica	Cumple Post Analítica
N° 19/1441	11-02-2019	SI	SI	SI
N° 19/3439	10-04-2019	SI	SI	SI
N° 19/5267	30-05-2019	SI	SI	SI

Descripción de los hallazgos:
La entidad se constata trazabilidad de las muestras en la unidad de PQ CMA.

PQ 3

Metodología de Constatación:
- Período retrospectivo evaluado: Para este proceso de acreditación, aplica una retrospectividad que comprende el periodo desde 01 de septiembre de 2017 al 31 de mayo de 2019, según instrucción de la Superintendencia de Salud, tras proceso de fiscalización y plan de mejoras presentado por el prestador.
- Selección de la muestra: Del total de biopsias del libro de registros de PQ, se selecciona con Randomizer, 1 biopsia. Además, se selecciona desde la revisión de pausas de seguridad quirúrgica 1 biopsia. Lo anterior con el objeto de realizar la trazabilidad de la muestra desde su obtención hasta su ingreso en ficha clínica.

Registros revisados (digitales o papel):
- Libro de trazabilidad.
- Ficha clínica Única.

Atributos de cumplimiento: De acuerdo a lo definido en IP N°5, de 6 de mayo de 2013, que remite actualización de "orientaciones técnicas para la constatación de la trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos", se constata el cumplimiento de los siguientes atributos en los registros revisados:
Etapa preanalítica:
- Fecha de obtención
- Un nombre y dos apellidos del paciente
- Ficha, Cédula de Identidad o DAU
- Tipo de muestra (órgano, tejido o zona de muestra)
- Número de contenedores (con muestras del paciente, es decir, frascos, bolsas, placas, tubos casetes)
- Profesional responsable de la toma de muestra
- Responsable de cada traspaso (Identificación del funcionario que recibe y entrega).
- Responsable del traslado a UAP
- Nombre, firma de quien recepciona en UAP
- Acopio

Etapa analítica: Libro de Ingreso de Biopsias
1. N° de biopsia
2. Fecha
3. Nombre y apellido paciente
4. Ficha
5. Origen
6. Muestra
7. Frasco
8. Médico

Etapa post analítica:
- Recepción de informe
- Informe en ficha o registro de informe en ficha
- Verificación de la totalidad de informes
- El informe registra correctamente los datos del caso

Biopsias revisadas:

Identificación Biopsia	Fecha	Cumple Pre analítica	Cumple Analítica	Cumple Post Analítica
N° 19/1086	05-02-2019	SI	SI	SI
N° 19/1897	28-02-2019	SI	SI	SI
N° 18/2517	23-11-2018	SI	SI	SI
N° 18/2517	12-04-2019			
Descripción de los hallazgos: La entidad se constata trazabilidad de las muestras en la unidad de PQ Cardiovascular.				

CARACTERÍSTICA GCL 1.11 OBLIGATORIA /FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	APA	PQ	PRO Endoscópicos
Primer elemento medible	1	1	1
Segundo elemento medible		1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 5/5	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA GCL 1.12 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

GCL 1.12 – Primer elemento medible: Se describen en documento de carácter institucional los siguientes elementos relacionados con la identificación de pacientes. Se han definido los responsables de su aplicación.

Nombre del documento: PROCEDIMIENTO IDENTIFICACIONS DE PACIENTES							
N° Resolución: Memorándum N° 000050 del 24-07- 2018		Versión: 06			Fecha: Julio 2018		
Elaborado por: Equipo de Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente HRA			Aprobado por: Edgardo Álvarez N Director Hospital Regional Antofagasta				
Carácter institucional: SI		Fecha vigencia: 5 años			N° páginas:16		
El documento describe la obligatoriedad de identificación al menos en:							
1. Recién Nacidos	SI	2. Pacientes pediátricos	SI	3. Pacientes c/compromiso conciencia	SI	4. Pacientes ingresados a pabellón	SI
El documento describe al menos los siguientes elementos: (SI/NO)							
a). Tipo de identificación	SI	b). Datos a incluir en la identificación	SI	c). Responsables de la identificación		SI	

Breve descripción de los aspectos más relevantes del documento:
En el documento tenido a la vista, destacan los siguientes contenidos:
En página 2, ítem 3, alcance, se define que el procedimiento aplica a los pacientes adultos, pediátricos, recién nacidos, pacientes con compromiso de conciencia y pacientes que ingresan a pabellón que se hospitalicen en el Hospital Regional de Antofagasta.
En ítem 3, responsabilidades, consigna:

- Enfermera o matrona: debe verifica brazalete instalado, y constatar los datos. En caso de ausencia del técnico paramédico.
- Nota: En el caso de los recién nacidos inmediatos, la matrona es la única responsable de registrar datos e instalar el brazalete.
- Técnicos Paramédicos: registrar los datos del paciente hospitalizado en el brazalete de identificación y su posterior instalación, en su ausencia, actividad en ejecutada por enfermera o matrona.
- Médicos: Corroborar que los datos consignados en el brazalete correspondan al paciente atendido.
- Profesionales no médicos de las unidades de apoyo: corroborar que los datos consignados en el brazalete correspondan al paciente hospitalizado que será sometido a un procedimiento diagnóstico o terapéutico en su correspondiente Unidad.
- Técnico de Anestesia: corroborar que los datos consignados en el brazalete.

En página 5 a la 13, ítem 7, descripción del proceso, señala lo siguiente: al ingreso de cada paciente, el paramédico corrobora la identidad del paciente de acuerdo a lo que se indica en protocolo local.
Una vez verificada la identidad del paciente, el Técnico paramédico, procederá a registrar en brazalete (elemento único de identificación), los datos que se establecen en la Tabla N° 2 "Datos a incluir en el brazalete de identificación", en el caso de recién nacido inmediato la matrona será quien realice este registro.

Tabla 2 Datos a incluir en brazalete de identificación	
Recién nacido inmediato	- Rotular como "Hijo de "seguido del primer nombre y los dos apellidos de la madre. - Rut de la madre - Sexo del recién nacido - Hora y fecha del nacimiento - En el caso de gemelos, se registra gemelo I, gemelo II, en orden de nacimiento. - En el caso de que la madre no tenga documento de identificación, en vez del Rut se utilizará el Rut Provisorio de la madre o pasaporte o DAU.
Recién nacido que ingresa a la Unidad de Neonatología desde recién nacido inmediato, otro establecimiento o desde su domicilio.	- Si en RN no ha sido inscrito en el registro civil, debe identificarse como el RN inmediato, sin agregar fecha y hora de nacimiento. - Si RN cuenta con su identificación, sebe obviarse el "hijo de" y elaborar el brazalete con su nombre (primer nombre) y dos apellidos, seguido de su Rut.
Pacientes adultos y pediátricos	- Registrar primer nombre y los dos apellidos. - Rut - En caso de pacientes indocumentados, inconscientes, o incapaces de comunicarse y sin acompañante se identificarán como NN seguido de la numeración descrita en el DAU, hasta que regularice su situación.

El brazalete debe ser instalado en las extremidades superiores o inferiores, en ausencia de estas, se debe colgar en el Tórax.

En página 14 a la 15, en Anexo 1, se describe el Indicador.
En página 16, en Anexo 2, se describe la "Pauta de supervisión de pacientes adultos y pediátricos".

Observaciones:

1. Se tiene a la vista documento institucional, denominado "Procedimiento identificación de pacientes, Versión 05, de fecha elaboración agosto de 2014, elaborado por Viviana Porcile N, Subdirección de enfermería, Sandra Soto, Subdirección de matronería, aprobado por Dra. Juana Pérez M, Director (s) Hospital Regional Antofagasta.
   Con la información tenida a la vista se cumple con el periodo retrospectivo que aplica a este proceso de acreditación y con lo solicitado en el elemento medible.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA

Dirección (1, 2, 3 y 4)	PQ (1 y 4)	UPC Ad (3 y 4)	UPC Ped (2)	UPC Neo (1)	Med (3)	Ped (2)	Neo (1)
SI	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**

GCL 1.12 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

PQ 1	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PACIENTES IDENTIFICADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO
Fórmula matemática	(N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo/N° total de pacientes evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 90% Pacientes adultos. 100% en Recién nacidos y pacientes pediátricos	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ 2	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PACIENTES IDENTIFICADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO
Fórmula matemática	N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo/N° total de pacientes evaluados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90% Pacientes adultos. 100% en Recién nacidos y pacientes pediátricos.	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ 3	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PACIENTES IDENTIFICADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO
Fórmula matemática	N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo/N° total de pacientes evaluados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90% Pacientes adultos. 100% en Recién nacidos y pacientes pediátricos.	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad 1	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PACIENTES IDENTIFICADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO
Fórmula matemática	(N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo/N° total de pacientes evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 90% Pacientes adultos.	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad 2	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PACIENTES IDENTIFICADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO
Fórmula matemática	N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo/ N° total de pacientes evaluados en el mismo período x 100
Umbral de cumplimiento: 90% en pacientes adultos.	Periodicidad de la evaluación: trimestral
UPC Ad 3 cardio	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PACIENTES IDENTIFICADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO
Fórmula matemática	N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo/ N° total de pacientes evaluados en el mismo período x 100
Umbral de cumplimiento: 90% en pacientes adultos.	Periodicidad de la evaluación: trimestral
UPC Ped	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PACIENTES IDENTIFICADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO
Fórmula matemática	N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo/ N° total de pacientes evaluados en el mismo período x 100
Umbral de cumplimiento: 100% en recién nacidos y pacientes pediátricos.	Periodicidad de la evaluación: trimestral
Neo	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PACIENTES IDENTIFICADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO
Fórmula matemática	N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo/ N° total de pacientes evaluados en el mismo período x 100
Umbral de cumplimiento: 100% en recién nacidos y pacientes pediátricos.	Periodicidad de la evaluación: trimestral
MQ 1	
Nombre del indicador	% DE PACIENTE IDENTIFICADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO
Fórmula matemática	Nº de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo /Nº total de pacientes evaluados en el mismo periodo x
Umbral de cumplimiento: 90 %	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 2	
Nombre del indicador	% DE PACIENTE IDENTIFICADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO
Fórmula matemática	Nº de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo /Nº total de pacientes

	evaluados en el mismo periodo x	
Umbral de cumplimiento: 90 %		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 3		
Nombre del indicador	% DE PACIENTE IDENTIFICADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO	
Fórmula matemática	Nº de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo /Nº total de pacientes evaluados en el mismo periodo x	
Umbral de cumplimiento: 90 %		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 4		
Nombre del indicador	% DE PACIENTE IDENTIFICADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO	
Fórmula matemática	Nº de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo /Nº total de pacientes evaluados en el mismo periodo x	
Umbral de cumplimiento: 90 %		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 5		
Nombre del indicador	% DE PACIENTE IDENTIFICADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO	
Fórmula matemática	Nº de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo /Nº total de pacientes evaluados en el mismo periodo x	
Umbral de cumplimiento: 90 %		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 6		
Nombre del indicador	% DE PACIENTE IDENTIFICADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO	
Fórmula matemática	Nº de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo /Nº total de pacientes evaluados en el mismo periodo x	
Umbral de cumplimiento: 90 %		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Ped		
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PACIENTES IDENTIFICADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO	
Fórmula matemática	N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo/ N° total de pacientes evaluados en el mismo período x 100	
Umbral de cumplimiento: 100% en recién nacidos y pacientes pediátricos.		Periodicidad de la evaluación: trimestral
Neo		
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PACIENTES IDENTIFICADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO	
Fórmula matemática	N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo/ N° total de pacientes evaluados en el mismo período x 100	
Umbral de cumplimiento: 100% en recién nacidos y pacientes pediátricos.		Periodicidad de la evaluación: trimestral

GCL 1.12 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

PQ 1	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Enfermera encargada de calidad
Fuente primaria	Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** Uso de calculadora de tamaño muestral de la SIS, para indicadores clínicos de calidad universo desconocido (www.supersalud.cl) con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** Para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará 1 diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. Mecanismo de sustitución: En caso de que el día programado coincida con un feriado legal, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterios) y evaluador. Los criterios de evaluación corresponden a: 1. Paciente con brazalete (Criterio 1) 2. Nombre del paciente (Criterio 2) 3. Dos apellidos (Criterio 3) 4. Rut (Criterio 4) 5. Legibilidad (Criterio 5) 6. Cumplimiento ((0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado).
Metodología de constatación	• **Periodo evaluado:** Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando 2 trimestres: 3° trimestre 2018 y 1° trimestre de 2019.

- **Registros revisados:**
- Informe de evaluación periódica del indicador.
- Pautas de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos.
- **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019)

1. La pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene 5 criterios.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento.
3. Se realiza una constatación cuantitativa y cualitativa de los criterios evaluados en las pautas de supervisión, del 3° trimestre de 2018 y 1° trimestre de 2019, con el objeto de contrastar la información consignada en las pautas con el cumplimiento reportado por el prestador.

3°Trimestre 2018		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Julio	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Agosto	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Septiembre	18/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	58/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
1° Trimestre 2019		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Enero	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Febrero	19/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Marzo	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	59/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

En el mes de septiembre, se constata los incumplimiento de 2 pautas, (18/20).
En el mes de febrero, se constata incumplimiento en 1 pauta (19/20).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	90	90	100%			
3° Trimestre 2016	116	120	96,67%			
4° Trimestre 2016	121	117	96,69%			
1° Trimestre 2017	116	120	96,67%			
2° Trimestre 2017	113	120	94,17%			
3° Trimestre 2017	56	60	93,33%			
4° Trimestre 2017	57	60	95%			
1° Trimestre 2018	59	60	98,33%			
2° Trimestre 2018	57	60	95%			
3° Trimestre 2018	**58**	**60**	**96,67%**	**58**	**60**	**96,67%**
4° Trimestre 2018	58	60	96,67%			
1° Trimestre 2019	**59**	**60**	**98,33%**	**59**	**60**	**98,33%**

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

PQ 2

Nombre documento	INFORME DE INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora
Fuente primaria	Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	Octubre 2018 a mayo 2019.
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** La muestra fue calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS, para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. • **Metodología de muestreo:** La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes.

	Para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará 1 diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterio), cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado) y evaluador. • Los criterios de evaluación corresponden a: 1. Paciente con brazalete. 2. Nombre del paciente. 3. 2 apellidos. 4. RUT. 5. Legibilidad.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** dado que el PQ de CMA comienza sus actividades el mes de octubre del año 2018, correspondiendo su evaluación desde esa fecha hasta el mes de mayo del año 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza del 4°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos. - Informe de evaluación del indicador. • **De la constatación:** 1. Pauta de supervisión "identificación de pacientes adultos y pediátricos", contiene 5 criterios que se encuentran descritos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 6 meses a evaluar. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según Ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) del 4° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019. Se accede a registro clínico electrónico, y se constata que el paciente haya estado hospitalizado o ingresado a pabellón, el día en que la pauta de cotejo indica se realizó la observación del brazalete de identificación, según se describe a continuación: - 3° Trimestre 2018: registros 5, 14, 28, 36, 53. - 1° Trimestre 2019: registros 9, 26, 40, 50, 60.

N° de registro	Fecha	N° de ficha	Paciente hospitalizado
5	10/10/2018	604XXX	SI
14	25/10/2018	363XXX	SI
28	19/11/2018	126XXX	SI
36	26/11/2018	433XXX	SI
53	11/12/2018.	557XXX	SI

N° de registro	Fecha	N° de ficha	Paciente hospitalizado
9	22/01/2019	301XXX	SI
26	11/02/2019	20XXX	SI
40	28/02/2019	750XXX	SI
50	14/03/2019.	753XXX	SI
60	28/03/2019.	12XXX	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
4° Trimestre 2018	60	60	100%	60	60	100%
1° Trimestre 2019	60	60	100%	60	60	100%

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

PQ 3

Nombre documento	INFORME DE INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora
Fuente primaria	Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	01 junio 2016 al 30 mayo 2019.
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS, para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de

cumplimiento del 80% y margen de error del 5%.

- **Metodología de muestreo:** La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes.
  Desde el 2° trimestre 2016 al 2° trimestre del año 2017, la unidad de calidad, indica observar 40 brazaletes mensuales o el mayor número de observaciones, con un límite de 40. Posteriormente para la aplicación de las pautas de supervisión, indica que se evaluará 1 diaria, de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales.
  En caso de que el día programado coincida con un feriado, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente.
- **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de supervisión "identificación de pacientes adultos y pediátricos", contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterio), cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado) y evaluador.
- Los criterios de evaluación corresponden a:

1. Paciente con brazalete.
2. Nombre del paciente.
3. 2 apellidos.
4. RUT.
5. Legibilidad.

Metodología de constatación

- **Periodo retrospectivo a evaluar:** Para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.
- **Selección de la muestra:**

- La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, resultando seleccionados:
- 3°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019.

- **Registros revisados:**

- Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos.
- Informe de evaluación del indicador.

- **De la constatación:**

1. Pauta de supervisión "identificación de pacientes adultos y pediátricos", contiene 5 criterios que se encuentran descritos en el protocolo.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según Ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según Randomizer entregado por director técnico 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019, se accede a registro clínico electrónico, y se constata que el paciente haya estado hospitalizado o ingresado a pabellón, el día en que la pauta de cotejo indica se realizó la observación del brazalete de identificación, según se describe a continuación:

N° de registro	Fecha	N° de ficha	Paciente hospitalizado
9	13/07/2018	743XXX	SI
25	07/08/2018	725XXX	SI
42	04/09/2018	127XXX	SI
45	07/09/2018	481XXX	SI
46	10/09/2019	497XXX	SI

N° de registro	Fecha	N° de ficha	Paciente hospitalizado
20	30/01/2019	566XXX	SI
26	08/02/2019	735XXX	SI
33	19/02/2019	367XXX	SI
43	05/03/2019	68XXX	SI
52	19/03/2019	759XXX	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	120	120	100%			
3° Trimestre 2016	120	120	100%			
4° Trimestre 2016	120	120	100%			
1° Trimestre 2017	120	120	100%			
2° Trimestre 2017	111	111	100%			
3° Trimestre 2017	60	60	100%			
4° Trimestre 2017	60	60	100%			
1° Trimestre 2018	60	60	100%			
2° Trimestre 2018	60	60	100%			

3° Trimestre 2018	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
4° Trimestre 2018	60	60	100%			
1° Trimestre 2019	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ad 1

Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Enfermera encargada de calidad
Fuente primaria	Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019

Metodología de medición del prestador

- **Metodología de cálculo de la muestra:** Uso de calculadora de tamaño muestral de la SIS, para indicadores clínicos de calidad universo desconocido (www.supersalud.cl) con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario.
  Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes.
- **Metodología de muestreo:** Para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará 1 diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales.
  Mecanismo de sustitución: En caso de que el día programado coincida con un feriado legal, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente.
- **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterios) y evaluador.
  Los criterios de evaluación corresponden a:

1. Paciente con brazalete (Criterio 1)
2. Nombre del paciente (Criterio 2)
3. Dos apellidos (Criterio 3)
4. Rut (Criterio 4)
5. Legibilidad (Criterio 5)

Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado).

Metodología de constatación

- **Periodo evaluado:** Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.
- **Selección de la muestra**: La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando 2 trimestres: 3° trimestre 2018 y 1° trimestre de 2019.
- **Registros revisados:**

- Informe de evaluación periódica del indicador.
- Pautas de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos.

- **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019)

1. La pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene 5 criterios.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar.
3. Se realiza una constatación cuantitativa y cualitativa de los criterios evaluados en las pautas de supervisión, del 3° trimestre de 2018 y 1° trimestre de 2019, con el objeto de contrastar la información consignada en las pautas con el cumplimiento reportado por el prestador.

3° Trimestre 2018		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Julio	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Agosto	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Septiembre	18/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	58/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
1° Trimestre 2019		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Enero	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Febrero	19/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Marzo	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	59/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

En el mes de septiembre, se constata incumplimiento de 2 pautas, (18/20).
En el mes de febrero, se constata incumplimiento en 1 pauta (19/20).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	90	90	100%			
3° Trimestre 2016	116	120	96,67%			
4° Trimestre 2016	121	117	96,69%			
1° Trimestre 2017	116	120	96,67%			
2° Trimestre 2017	113	120	94,17%			
3° Trimestre 2017	56	60	93,33%			
4° Trimestre 2017	57	60	95%			
1° Trimestre 2018	59	60	98,33%			
2° Trimestre 2018	57	60	95%			
3° Trimestre 2018	**58**	**60**	**96,67%**	**58**	**60**	**96,67%**
4° Trimestre 2018	58	60	96,67%			
1° Trimestre 2019	**59**	**60**	**98,33%**	**59**	**60**	**98,33%**

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ad 2	
Nombre documento	PAUTA DE SUPERVISIÓN IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE ADULTO Y PEDIÁTRICO
Responsable medición	Supervisor de la unidad
Fuente primaria	Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de Abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS, para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado legal o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterio), cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado) y evaluador. • Los criterios de evaluación corresponden a: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. Rut 5. Legibilidad
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** Para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, resultando seleccionados: 3°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos. - Informe de evaluación del indicador. • **De la constatación:** 1. La pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene 5 criterios. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar. 3. Se realiza una constatación cuantitativa y cualitativa de los criterios evaluados en las pautas de supervisión, del 3° trimestre de 2018 y 1° trimestre de 2019, con el objeto de contrastar la

información consignada en las pautas con el cumplimiento reportado por el prestador.

3° Trimestre 2018		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Julio	19/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Agosto	19/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Septiembre	18/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	56/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
1° Trimestre 2019		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Enero	19/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Febrero	17/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Marzo	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	56/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

En el tercer trimestre 2018 se constata incumplimiento de 4 pautas (56/60).
En el primer trimestre 2019 se constata incumplimiento de 4 pautas (56/60).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2 trimestre 2016	53	60	88.3%			
3 trimestre 2016	80	90	88.8%			
4 trimestre 2016	85	91	93.4%			
1 trimestre 2017	83	88	94.3%			
2 trimestre 2017	87	90	96.6%			
3 trimestre 2017	51	60	85%			
4 trimestre 2017	58	60	96.6%			
1 trimestre 2018	57	60	95%			
2 trimestre 2018	57	60	95%			
3 trimestre 2018	**56**	**60**	**93.3%**	**56**	**60**	**93.3%**
4 trimestre 2018	54	60	90%			
1 trimestre 2019	**56**	**60**	**93.3%**	**56**	**60**	**93.3%**

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ad 3

Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Enfermera encargada de calidad
Fuente primaria	Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** Uso de calculadora de tamaño muestral de la SIS, para indicadores clínicos de calidad universo desconocido (www.supersalud.cl) con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** Para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará 1 diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. Mecanismo de sustitución: En caso de que el día programado coincida con un feriado legal, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterios) y evaluador. Los criterios de evaluación corresponden a: 1. Paciente con brazalete (Criterio 1) 2. Nombre del paciente (Criterio 2)

	3. Dos apellidos (Criterio 3) 4. Rut (Criterio 4) 5. Legibilidad (Criterio 5) Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado).
Metodología de constatación	• **Periodo evaluado:** Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando 2 trimestres: 3° trimestre 2018 y 1° trimestre de 2019. • **Registros revisados:** - Informe de evaluación periódica del indicador. - Pautas de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos. • **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) 1. La pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene 5 criterios. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar. 3. Se realiza una constatación cuantitativa y cualitativa de los criterios evaluados en las pautas de supervisión, del 3° y 4° trimestre de 2018, con el objeto de contrastar la información consignada en las pautas con el cumplimiento reportado por el prestador.

3°Trimestre 2018		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Julio	19/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Agosto	19/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Septiembre	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	58/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
4° Trimestre 2018		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Octubre	18/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Noviembre	18/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Diciembre	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	56/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

En el mes de octubre y noviembre del 2018, se verifica el incumplimiento de pautas de supervisión respectivamente.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	56	60	93%			
3° Trimestre 2016	88	90	97%			
4° Trimestre 2016	89	90	98%			
1° Trimestre 2017	88	90	97%			
2° Trimestre 2017	90	90	100%			
3° Trimestre 2017	59	60	98%			
4° Trimestre 2017	58	60	96%			
1° Trimestre 2018	57	60	95%			
2° Trimestre 2018	58	60	96%			
3° Trimestre 2018	**58**	**60**	**96%**	**58**	**60**	**96%**
4° Trimestre 2018	**56**	**60**	**93%**	**56**	**60**	**93%**
1° Trimestre 2019	56	60	93%			

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ped	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Supervisor de la unidad
Fuente primaria	Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019

Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS, para indicadores clínicos de calidad universo desconocido (www.supersalud.cl) con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** Para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado legal o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterios) y evaluador. Los criterios de evaluación corresponden a: 1. Paciente con brazalete (Criterio 1) 2. Nombre del paciente (Criterio 2) 3. Dos apellidos (Criterio 3) 4. Rut (Criterio 4) 5. Legibilidad (Criterio 5) Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado).
Metodología de constatación	• **Período a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: **la** medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Informe de evaluación periódica del indicador - Pauta de supervisión. • **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) 1. La pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene 5 criterios. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar. 3. Se realiza una constatación cuantitativa y cualitativa de los criterios evaluados en las pautas de supervisión, del 3° trimestre de 2018 y 1º trimestre 2019, con el objeto de contrastar la información consignada en las pautas con el cumplimiento reportado por el prestador.

3°Trimestre 2018		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Julio	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Agosto	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Septiembre	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	60/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
1° Trimestre 2019		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Enero	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Febrero	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Marzo	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	60/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	60	60	100%			
3º trimestre 2016	90	90	100%			
4º trimestre 2016	90	90	100%			
1º trimestre 2017	90	90	100%			
2º trimestre 2017	90	90	100%			
3º trimestre 2017	60	60	100%			
4º trimestre 2017	60	60	100%			
1º trimestre 2018	60	60	100%			
2º trimestre 2018	60	60	100%			

3º trimestre 2018	**60**	**60**	100%	**60**	**60**	**100%**
4º trimestre 2018	60	60	100%			
1º trimestre 2019	**60**	**60**	100%	**60**	**60**	**100%**

Descripción de los hallazgos:
1. Hasta diciembre 2017 se aleatorizaban las camas y existía método de sustitución, desde enero 2018 a la fecha no se aleatorizan las camas, se selecciona por conveniencia.
2. Lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Neo (UCI)	
Nombre documento	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Matrona Supervisora
Fuente primaria	Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra: u**so de calculadora de tamaño muestral de la SIS, para indicadores clínicos de calidad universo desconocido (www.supersalud.cl) con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado legal o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** la pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterios) y evaluador. Los criterios de evaluación corresponden a: 1. Paciente con brazalete (Criterio 1) 2. Nombre del paciente (Criterio 2) 3. Dos apellidos (Criterio 3) 4. Rut (Criterio 4) 5. Legibilidad (Criterio 5) Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado).
Metodología de constatación	• **Período a evaluar:** Dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Informe de evaluación periódica del indicador - Pauta de supervisión. • **De la constatación:** (Según Ord. IP N° 5 del 17 de mayo de 2019) 1. Pauta de supervisión "Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos", que contiene 5 criterios contenidos en el protocolo; referente del prestador señala que cuando el Nº de pacientes a evaluar es inferior al "N" definido, completa la cantidad aplicando "Pautas de supervisión a pacientes recién nacidos sanos", ésta última pauta define 8 criterios según se detalla: - Paciente con brazalete - Hijo de… - Primer nombre de la madre - Dos apellidos de la madre - Rut de la madre - Sexo del recién nacido - Hora de nacimiento - Fecha de nacimiento 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019. 4. Resultado de la constatación:

3°Trimestre 2018		Cumplimiento constatado		Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	Pauta supervisión identificación	Pauta supervisión identificación	Prestador	EA

		de paciente adulto y pediátrico	de paciente recién nacido sano		
Julio	21/21	18/18	3/3	Cumple	Cumple
Agosto	20/20	19/19	1/1	Cumple	Cumple
Septiembre	20/20	18/18	2/2	Cumple	Cumple
Total	61/61	55/55	6/6	Cumple	Cumple
1° Trimestre 2019		Cumplimiento constatado		Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	Pauta supervisión identificación de paciente adulto y pediátrico	Pauta supervisión identificación de paciente recién nacido sano	Prestador	EA
Enero	20/20	15/15	5/5	Cumple	Cumple
Febrero	20/20	13/13	7/7	Cumple	Cumple
Marzo	20/20	16/16	4/4	Cumple	Cumple
Total	60/60	44/44	16/16	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	60	61	98,36%			
3º trimestre 2016	87	89	97,75%			
4º trimestre 2016	90	90	100%			
1º trimestre 2017	90	90	100%			
2º trimestre 2017	99	99	100%			
3º trimestre 2017	59	60	98,33%			
4º trimestre 2017	60	60	100%			
1º trimestre 2018	62	62	100%			
2º trimestre 2018	58	60	96,67%			
3º trimestre 2018	**61**	**61**	**100%**	**61**	**61**	**100%**
4º trimestre 2018	60	60	100%			
1º trimestre 2019	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**

Descripción de los hallazgos:

1. Si bien el número de pautas constatadas y el porcentaje de cumplimiento, concuerdan con lo reportado por el prestador, la metodología de evaluación aplicada no corresponde a la definida, toda vez que no todos los pacientes evaluados corresponden al PV y las pautas de supervisión aplicadas difieren de la definida para este indicador.
2. Una proporción de los pacientes supervisados en su identificación en los meses seleccionados aleatoriamente, no corresponden a pacientes de UCI Neonatal sino a recién nacido inmediato: 9,8% (6/61) para el 3º Trimestre de 2018 y 26,6% (16/60) para el 1º trimestre del 2019.

Por lo expuesto en los puntos 1 y 2 no se da por cumplido el elemento medible.

UPC Neo (UTI)	
Nombre documento	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Matrona Supervisora
Fuente primaria	Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado legal o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterios) y evaluador. Los criterios de evaluación corresponden a: 1. Paciente con brazalete (Criterio 1) 2. Nombre del paciente (Criterio 2) 3. Dos apellidos (Criterio 3) 4. Rut (Criterio 4)

	5. Legibilidad (Criterio 5) Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado).
Metodología de constatación	• **Período a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019 • **Selección de la muestra**: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Informe de evaluación periódica del indicador. - Pauta de supervisión. • **De la constatación:** (Según Ord. IP N° 5 del 17 de mayo de 2019) 1. Pauta de supervisión "Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos", que contiene 5 criterios contenidos en el protocolo; referente del prestador señala que cuando el Nº de pacientes a evaluar es inferior al "N" definido, completa la cantidad aplicando "Pautas de supervisión a pacientes recién nacidos sanos", ésta última pauta define 8 criterios según se detalla: - Paciente con brazalete - Hijo de… - Primer nombre de la madre - Dos apellidos de la madre - Rut de la madre - Sexo del recién nacido - Hora de nacimiento - Fecha de nacimiento 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019. 4. Resultado de la constatación:

3°Trimestre 2018		Cumplimiento constatado		Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	Pauta supervisión identificación de paciente adulto y pediátrico	Pauta supervisión identificación de paciente recién nacido sano	Prestador	EA
Julio	20/20	20/20	-	Cumple	Cumple
Agosto	20/20	20/20	-	Cumple	Cumple
Septiembre	22/22	20/20	2/2	Cumple	Cumple
Total	62/62	60/60	2/2	Cumple	Cumple
1° Trimestre 2019		Cumplimiento constatado		Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	Pauta supervisión identificación de paciente adulto y pediátrico	Pauta supervisión identificación de paciente recién nacido sano	Prestador	EA
Enero	20/20	17/17	3/3	Cumple	Cumple
Febrero	20/20	20/20	-	Cumple	Cumple
Marzo	19/20	17/17	2/3	Cumple	Cumple
Total	59/60	54/54	5/6	Cumple	Cumple

En el mes de marzo del 2019, se verifica el incumplimiento de 1 pauta de supervisión, incumplimiento no reportado por el prestador.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	59	60	98,33%			
3º trimestre 2016	88	90	97,78%			
4º trimestre 2016	90	90	100%			
1º trimestre 2017	89	90	98,89%			
2º trimestre 2017	90	90	100%			
3º trimestre 2017	58	60	96,67%			
4º trimestre 2017	59	59	100%			
1º trimestre 2018	60	60	100%			
2º trimestre 2018	61	62	98,39%			

3º trimestre 2018	**62**	**62**	**100%**	**62**	**62**	**100%**
4º trimestre 2018	60	60	100%			
1º trimestre 2019	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**

Descripción de los hallazgos:

1. Si bien el número de pautas constatadas y el porcentaje de cumplimiento, concuerdan con lo reportado por el prestador, la metodología de evaluación aplicada no corresponde a la definida, toda vez que no todos los pacientes evaluados corresponden al PV y las pautas de supervisión aplicadas difieren de la definida para este indicador.
2. Una proporción de los pacientes supervisados en su identificación en los meses seleccionados aleatoriamente, no corresponden a pacientes de UTI Neonatal sino a recién nacido inmediato: 3,2% (2/60) para el 3º Trimestre de 2018 y 10% (6/60) para el 1º trimestre del 2019.

Por lo expuesto en los puntos 1 y 2 no se da por cumplido el elemento medible.

MQ 1

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Supervisora del servicio; Enfermeras Diurnas
Fuente primaria	Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 a 30 abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** Para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará 1 diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. Mecanismo de sustitución: En caso de que el día programado coincida con un feriado legal, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterios) y evaluador. Los criterios de evaluación corresponden a: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. Rut 5. Legibilidad Cumplimiento ((0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado).
Metodología de constatación	• **Periodo evaluado:** dado a que corresponde un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: la constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando 2 trimestres: 3° y 4º trimestre 2018. • **Registros revisados:** - Informe de evaluación periódica del indicador. - Pautas de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos. • **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) 1. La pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene 5 criterios. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar. 3. Se realiza una constatación cuantitativa y cualitativa de los criterios evaluados en las pautas de supervisión, del 3° y 4º trimestre de 2018, con el objeto de contrastar la información consignada en las pautas con el cumplimiento reportado por el prestador. 4. Resultad de la constatación:

3°Trimestre 2018		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Julio	18/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Agosto	17/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Septiembre	18/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	53/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
4° Trimestre 2018		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Octubre	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Noviembre	19/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Diciembre	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	59/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º Trimestre 2016	53	60	88,3 %			
3º Trimestre 2016	87	90	96,6 %			
4º Trimestre 2016	84	90	93,3 %			
1º Trimestre 2017	87	90	96,6 %			
2º Trimestre 2017	87	90	96,6 %			
3º Trimestre 2017	54	60	90,0 %			
4º Trimestre 2017	56	60	93,3 %			
1º Trimestre 2018	56	60	93,3 %			
2º Trimestre 2018	56	60	96,3 %			
3º trimestre 2018	**53**	**60**	**88,3 %**	**53**	**60**	**88,3 %**
4º Trimester 2018	**59**	**60**	**98,3 %**	**59**	**60**	**98,3 %**
1º Trimestre 2019	57	60	95,0 %			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

MQ 2

Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Supervisora del servicio; Enfermeras Diurnas
Fuente primaria	Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	01 de Mayo 2016 a 30 abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido (www.supersalud.cl) con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** Para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará 1 diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. Mecanismo de sustitución: En caso de que el día programado coincida con un feriado legal, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterios) y evaluador. Los criterios de evaluación corresponden a: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. Rut 5. Legibilidad Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado).
Metodología de constatación	• **Periodo evaluado:** Dado a que corresponde un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando 2 trimestres: 3° y 4º trimestre 2018. • **Registros revisados:**

	- Informe de evaluación periódica del indicador. - Pautas de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos. • **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) 1. La pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene 5 criterios. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º Trimestre 2016	52	60	86,7 %			
3º Trimestre 2016	57	60	95,0%			
4º Trimestre 2016	60	60	100 %			
1º Trimestre 2017	90	90	100 %			
2º Trimestre 2017	84	90	93,3 %			
3º Trimestre 2017	57	60	95,0 %			
4º Trimestre 2017	59	60	98,3 %			
1º Trimestre 2018	53	60	88,3 %			
2º Trimestre 2018	52	60	86,7 %			
3º trimestre 2018	**57**	**60**	**95,0 %**	**57**	**60**	**95,0 %**
4º Trimestre 2018	**60**	**60**	**100 %**	**60**	**60**	**100 %**
1º Trimestre 2019	60	60	100 %			

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

MQ 3	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Supervisora del servicio; Enfermeras Diurnas
Fuente primaria	Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	01 de Mayo 2016 a 30 abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. • **Metodología de muestreo:** Para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará 1 diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. Mecanismo de sustitución: En caso de que el día programado coincida con un feriado legal, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterios) y evaluador. Los criterios de evaluación corresponden a: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. Rut 5. Legibilidad Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado).
Metodología de constatación	• **Periodo evaluado:** Dado a que corresponde un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando 2 trimestres: 3° y 4º trimestre 2018. • **Registros revisados:** - Informe de evaluación periódica del indicador. - Pautas de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos. • **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) 1. La pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene 5 criterios. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º Trimestre 2016	49	60	81,6%			

3º Trimestre 2016	88	90	97,7%			
4º Trimestre 2016	82	90	82,2%			
1º Trimestre 2017	90	90	100%			
2º Trimestre 2017	89	90	98,8%			
3º Trimestre 2017	58	60	96,0%			
4º Trimestre 2017	60	60	100%			
1º Trimestre 2018	55	60	91,7%			
2º Trimestre 2018	56	60	93,3 %			
3º trimestre 2018	**52**	**60**	**86,6 %**	**52**	**60**	**86,6 %**
4º Trimester 2018	**55**	**60**	**91,6 %**	**55**	**60**	**91,6 %**
1º Trimestre 2019	60	60	100 %			

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

MQ 4

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Supervisora del servicio; Enfermeras Diurnas
Fuente primaria	Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	01 de Mayo 2016 a 30 abril 2019
Metodología de medición del prestador	• indicadores clínicos de calidad universo desconocido (www.supersalud.cl) con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** Para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará 1 diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. Mecanismo de sustitución: En caso de que el día programado coincida con un feriado legal, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterios) y evaluador. Los criterios de evaluación corresponden a: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. Rut 5. Legibilidad 6. Cumplimiento ((0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado).
Metodología de constatación	• **Periodo evaluado:** Para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 3 años, pero en este servicio que inició su funcionamiento el 24 de Enero de 2019, se medirá el primer trimestre de 2019, único periodo con evaluaciones realizadas por el prestador. • **Selección de la muestra:** La constatación se realiza en el único periodo que el prestador a evaluado periódicamente y que corresponde al período en que la unidad ha estado en funcionamiento, 1º Trimestre de 2019. • **Registros revisados:** - Informe evaluación del indicador del periodo retrospectivo evaluado. - Pautas de supervisión aplicadas en el periodo de la muestra seleccionada (1 trimestre 2019). - Fichas clínicas aleatorizadas. • **Registros revisados:** - Informe de evaluación periódica del indicador. - Pautas de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos. - **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) 1. La pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene 5 criterios. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento del trimestre a evaluar.

Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Enero	06/06	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Febrero	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Marzo	18/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	44/46	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento

1º Trimestre 2019	**44**	**46**	**95,6 %**	**44**	**46**	**95,6 %**

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

MQ 5

Nombre documento	PAUTA DE SUPERVISIÓN IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE ADULTO Y PEDIÁTRICO
Responsable medición	Supervisor de la unidad
Fuente primaria	Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de Abril 2019

Metodología de medición del prestador

- **Metodología del cálculo de la muestra:** La muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS, para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 de pautas que serán aplicadas por mes.
- **Metodología de muestreo:** Para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales.
  En caso de que el día programado coincida con un feriado legal o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida.
- **Criterios de cumplimiento:** el prestador utiliza una pauta de supervisión de identificación de pacientes adultos y pediátricos que contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterios), Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado) y evaluador.

1. Los criterios de evaluación corresponden a:
2. Paciente con brazalete
3. Nombre del paciente
4. Dos apellidos
5. Rut
6. Legibilidad

Metodología de constatación

- **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.
- **Selección de la muestra:** La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, resultando seleccionados: 3°Trimestre 2018 y 4° Trimestre 2018.
- **Registros revisados:**

- Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos.
- Informe de evaluación del indicador.

- **De la constatación:**

1. Pauta de supervisión "identificación de pacientes adultos y pediátricos", contiene 5 criterios que se encuentran descritos en el protocolo.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico 3° trimestre de 2018 y 4° trimestre de 2018.
4. Resultado de la constatación

3°Trimestre 2018		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Julio	19/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Agosto	17/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Septiembre	15/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	51/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
4° Trimestre 2018		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Octubre	18/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Noviembre	17/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Diciembre	19/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Total	54/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2 trimestre 2016	59	60	98,33%			
3 trimestre 2016	87	90	96,67%			
4 trimestre 2016	85	90	94,44%			
1 trimestre 2017	83	90	92,22%			
2 trimestre 2017	83	90	92,22%			
3 trimestre 2017	55	60	91,67%			
4 trimestre 2017	42	60	70%			
1 trimestre 2018	49	60	81,67%			
2 trimestre 2018	56	60	93,33%			
3 trimestre 2018	**51**	**60**	**85%**	**51**	**60**	**85%**
4 trimestre 2018	**54**	**60**	**90%**	**54**	**60**	**90%**
1 trimestre 2019	57	60	95%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

MQ 6	
Nombre documento	PAUTA DE SUPERVISIÓN IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE ADULTO Y PEDIÁTRICO
Responsable medición	Supervisor de la unidad
Fuente primaria	Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	01 de febrero 2018 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** La muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** Para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado legal o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** el prestador utiliza una pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterios), Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado). y evaluador. Los criterios de evaluación corresponden a: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. Rut 5. Legibilidad
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación a la unidad de cardio-neuro le aplica el periodo retrospectivo desde febrero de 2018, mes en que inicio su funcionamiento, a abril 2019. • **Selección de la muestra:** - La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando randomizer, entregado por director técnico de la entidad acreditadora resultando seleccionados: - 3° trimestre y 4° trimestre 2018. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos. - Informe de evaluación del indicador. • **De la constatación:** 1. Pauta de supervisión "identificación de pacientes adultos y pediátricos", contiene 5 criterios que se encuentran descritos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (febrero 2018 a abril 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerado y % de cumplimiento. 3. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3°tTrimestre de 2018 y 4° trimestre de 2018, para ello se revisa el total de evaluaciones (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019).

4. Resultado de la constatación:

3°Trimestre 2018		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Julio	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Agosto	19/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Septiembre	16/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	55/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
4° Trimestre 2018		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Octubre	19/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Noviembre	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Diciembre	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	59/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Febrero 2018	12	12	100			
Marzo 2018	19	20	95			
2 trimestre 2018	60	60	100			
3 trimestre 2018	**55**	**60**	**91,67**	**55**	**60**	**91,67%**
4 trimestre 2018	**59**	**60**	**98,33**	**59**	**60**	**98,33%**
1 trimestre 2019	59	60	98,33			

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

Ped	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Supervisor de la unidad
Fuente primaria	Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	01 de abril 2016 al 31 de marzo 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** Para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado legal o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterios) y evaluador. Los criterios de evaluación corresponden a: 1. Paciente con brazalete (Criterio 1) 2. Nombre del paciente (Criterio 2) 3. Dos apellidos (Criterio 3) 4. Rut (Criterio 4) 5. Legibilidad (Criterio 5) Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado).

Metodología de constatación

- **Período a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de abril 2016 a 31 de marzo de 2019.
- **Selección de la muestra**: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019.
- **Registros revisados:**

- Informe de evaluación periódica del indicador
- Pauta de supervisión.

- **De la constatación:** (Según Ord. IP N° 5 del 17 de mayo de 2019)

1. Pauta de supervisión "Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos", contiene 5 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo.
2. Se constata la medición periódica del indicador en el Informe de la evaluación periódica, con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019.
4. Resultado de la constatación de la fuente primaria:

3°Trimestre 2018		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Julio	18/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Agosto	17/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Septiembre	17/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	52/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
1° Trimestre 2019		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Octubre	19/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Noviembre	18/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Marzo	18/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	55/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	56	60	93,33%			
3º trimestre 2016	84	90	93,33%			
4º trimestre 2016	83	90	92,22%			
1º trimestre 2017	86	91	94,51%			
2º trimestre 2017	86	92	93,48%			
3º trimestre 2017	55	60	91,67%			
4º trimestre 2017	57	60	95,00%			
1º trimestre 2018	54	60	90,00%			
2º trimestre 2018	55	60	91,67%			
3º trimestre 2018	**52**	**60**	**86,67%**	**52**	**60**	**86,67%**
4º trimestre 2018	57	60	95,00%			
1º trimestre 2019	**55**	**60**	**91,67%**	**55**	**60**	**91,67%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

Neo

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Supervisor de la unidad
Fuente primaria	Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	01 de abril 2016 al 31 de marzo 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** Uso de calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:**

Para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales.
En caso de que el día programado coincida con un feriado legal o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida.

- **Criterios de cumplimiento:**
  La pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterios) y evaluador. Esta pauta es aplicada a los pacientes de cuidados básicos.
  Los criterios de evaluación corresponden a:

1. Paciente con brazalete (Criterio 1)
2. Nombre del paciente (Criterio 2)
3. Dos apellidos (Criterio 3)
4. Rut (Criterio 4)
5. Legibilidad (Criterio 5)

Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado).

Para los pacientes de Recién Nacido inmediato, se aplica la pauta de "identificación de paciente recién nacido inmediato" la que contiene una tabla que incluye el mes evaluado, Nº correlativo, fecha de evaluación, Nº de ficha de la madre, parámetros a evaluar (criterios) y evaluador.
Los criterios de evaluación corresponden a:

1. Paciente con brazalete (Criterio 1)
2. Hijo de… (Criterio 2)
3. Primer nombre de la madre (Criterio 3)
4. 2 apellidos de la madre (Criterio 4)
5. RUT de la madre (Criterio 5)
6. Sexo del recién nacido (Criterio 6)
7. Hora de nacimiento (Criterio 7)
8. Fecha de nacimiento (Criterio 8)
9. Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado).

Metodología de constatación

- **Período a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de abril 2016 a 31 de marzo de 2019.
- **Selección de la muestra**: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019.
- **Registros revisados:**

- Informe de evaluación periódica del indicador
- Pauta de supervisión.

- **De la constatación:** (Según Ord. IP N° 5 del 17 de mayo de 2019)

1. Pauta de supervisión "Pauta de supervisión identificación de pacientes adultos y pediátricos", contiene 5 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo.
2. Se constata la medición periódica del indicador en el Informe de la evaluación periódica, con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019.
4. Resultado de la constatación:

3°Trimestre 2018		Cumplimiento constatado		Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	Pauta supervisión identificación de paciente adulto y pediátrico	Pauta supervisión identificación de paciente recién nacido sano	Prestador	EA
Julio	20/20	7/7	13/13	Cumple	Cumple
Agosto	20/20	10/10	10/10	Cumple	Cumple
Septiembre	20/20	10/20	10/10	Cumple	Cumple
Total	60/60	27/27	23/23	Cumple	Cumple
1° Trimestre 2019		Cumplimiento constatado		Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	Pauta supervisión identificación de paciente adulto y pediátrico	Pauta supervisión identificación de paciente recién nacido sano	Prestador	EA

Enero	20/20	15/15	5/5	Cumple	Cumple
Febrero	20/20	10/10	10/10	Cumple	Cumple
Marzo	20/20	16/16	4/4	Cumple	Cumple
Total	60/60	41/41	19/19	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	59	61	96,72%			
3º trimestre 2016	86	90	95,56%			
4º trimestre 2016	88	90	97,78%			
1º trimestre 2017	90	90	100%			
2º trimestre 2017	89	90	98,89%			
3º trimestre 2017	60	60	100%			
4º trimestre 2017	60	60	100%			
1º trimestre 2018	60	60	100%			
2º trimestre 2018	60	60	100%			
3º trimestre 2018	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
4º trimestre 2018	62	62	100%			
1º trimestre 2019	**60**	**60**	**100%**	**70**	**70**	**100%**

Descripción de los hallazgos:

1. Si bien el número de pautas constatadas y el porcentaje de cumplimiento, concuerdan con lo reportado por el prestador, la metodología de evaluación aplicada no corresponde a la definida, toda vez que **no** todos los pacientes evaluados corresponden al PV y las pautas de supervisión aplicadas difieren de la definida para este indicador.
2. Una proporción de los pacientes supervisados en su identificación en los meses seleccionados aleatoriamente, no corresponden a pacientes de Neonatología sino a recién nacido inmediato: 38,3% (23/60) para el 3º Trimestre de 2018 y 31,6% (19/60) para el 1º trimestre del 2019.

Por lo expuesto en los puntos 1 y 2 no se da por cumplido el elemento medible.

GCL 1.12 – Cuarto elemento medible: Se constata identificación de pacientes.

Metodologia de constatación: se evalúa la identificación de pacientes hospitalizados en cada PV el día de la visita en terreno, verificando el cumplimiento de los atributos descritos en el protocolo en:

- Brazalete
- Con el paciente, y/o
- Datos de la ficha clínica.

En el caso del recién nacidos inmediato se considera:

- Brazalete del recién nacido.
- Identificación unidad de la madre del recién nacido, que consigna el nombre y los dos apellidos de la madre, fecha y hora del parto.
- Brazalete de identificación de la madre del recién nacido.
- Identificación cuna del recién nacido, que consigna nombre de la madre del recién nacido, fecha y hora de nacimiento y sexo.

Atributos de cumplimiento verificados:

Identificación adultos y pediátricos:

1. Paciente con brazalete (Criterio 1)
2. Nombre del paciente (Criterio 2)
3. Dos apellidos (Criterio 3)
4. Rut (Criterio 4)
5. Legibilidad (Criterio 5)

Identificación recién nacido sano inmediato (puerperio):

1. Paciente con brazalete
2. Hijo de …
3. Primer nombre de la madre
4. Dos apellidos de la madre
5. RUT de la madre
6. Sexo del recién nacido
7. Hora de nacimiento
8. Fecha de nacimiento

Punto	Describir constatación de la identificación de pacientes

PQ 1

Fecha de evaluación	Paciente	Criterios evaluados					Cumple
		1	2	3	4	5	
18-06-2019	AGR	SI	SI	SI	SI	SI	
18-06-2019	DST	SI	SI	SI	SI	SI	SI
18-06-2019	DZB	SI	SI	SI	SI	SI	SI
18-06-2019	DCF	SI	SI	SI	SI	SI	SI

18-06-2019	ETC	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Se da por cumplido el elemento medible.

PQ 2

Paciente	Criterios evaluados					Cumple
	1	2	3	4	5	
JPR	SI	SI	SI	SI	SI	SI
JBH	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Se da por cumplido el elemento medible.

PQ 3

Paciente	Criterios evaluados					Cumple
	1	2	3	4	5	
MFM	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ad 1

Fecha de evaluación UCI Adulto	Paciente	Criterios evaluados					Cumple
25-06-2019	HLM	1	2	3	4	5	
25-06-2019	ASR	SI	SI	SI	NO	SI	NO
25-06-2019	AVT	SI	SI	SI	SI	SI	SI
25-06-2019	CGP	SI	SI	SI	SI	SI	SI
25-06-2019	CAC	SI	SI	SI	SI	SI	SI

En la UCI adulto, se constata en paciente identificado como "HLM", que el Rut consignado en el brazalete de identificación, el dato no concuerda con lo registrado en la ficha clínica.

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ad 2

Fecha evaluación: 18-06-2019						
N° de ficha o Rut	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Criterio 5	Cumple
676XXX	SI	SI	SI	SI	SI	SI
755XXX	SI	SI	SI	SI	SI	SI
465XXXX	SI	SI	SI	SI	SI	SI
12.836.XXX-X	SI	SI	SI	SI	SI	SI
86XXX	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Se da por cumplido el elemento medible

UPC Ad 3

Fecha de evaluación	Paciente	Criterios evaluados					Cumple
		1	2	3	4	5	
25-06-2019	ETG	1	1	1	1	1	SI
25-06-2019	JBC	1	1	1	1	1	SI
25-06-2019	GMA	1	1	1	1	1	SI
25-06-2019	ATA	1	1	1	1	1	SI

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ped

Fecha de evaluación	Paciente	Criterios evaluados					Cumple
		1	2	3	4	5	
18-06-2019	M.O.H	1	1	1	1	1	SI
18-06-2019	T. H. A	1	1	1	1	1	SI
18-06-2019	I. S. A	1	1	1	1	1	SI
18-06-2019	B. V. R	1	1	1	1	1	SI
18-06-2019	F. M. J	1	1	1	1	1	SI

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Neo

Fecha de evaluación	Paciente	Criterios evaluados					Cumple
		1	2	3	4	5	
19-06-2019	M. T. H	1	1	1	1	1	SI
19-06-2019	M. V. M	1	1	1	1	1	SI
19-06-2019	F. E. C	1	1	1	1	1	SI
19-06-2019	L. M. G.	1	1	1	1	1	SI

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 1

	Fecha evaluación: 26-06-2019

N° de ficha o Rut	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Criterio 5	Cumple
6.659.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
13.646.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
7.308.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
12.616.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
24.593.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
10.232.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
9.890.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
3.763.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
9.147.XXX-X	1	1	1	1	1	SI

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 2

Fecha evaluación: 26-06-2019

N° de ficha o Rut	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Criterio 5	Cumple
19.396.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
11.719.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
12.839.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
11.615.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
9.680.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
19.061.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
5.337.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
6.204.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
6.772.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
8.094.XXX-X	1	1	1	1	1	SI

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 3

Fecha evaluación: 26-06-2019

N° de ficha o Rut	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Criterio 5	Cumple
4.674.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
3.310.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
7.858.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
7.411.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
5.469.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
3.934.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
8.908.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
6.091-XXX-X	1	1	1	1	1	SI

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 4

Fecha evaluación: 26-06-2019

N° de ficha o Rut	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Criterio 5	Cumple
7.667.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
10.338.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
12.613.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
10.816.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
11.930.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
7.067.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
10.531.XXX-X	1	1	1	1	1	SI
7.758.XXX-X	1	1	1	1	1	SI

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 5

Fecha evaluación: 26-06-2019

N° de ficha o Rut	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Criterio 5	Cumple
17.724.xxx-x	1	1	1	1	1	SI
6.485.xxx-x	1	1	1	1	1	SI
8.631.xxx-x	1	1	1	1	1	SI
5.507.xxx-x	1	1	1	1	1	SI
8.818.xxx-x	1	1	1	1	1	SI
14.477.xxx-x	1	1	1	1	1	SI
3.278.xxx-x	1	1	1	1	1	SI
6.046.xxx-x	1	1	1	1	1	SI

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 6

	Fecha evaluación: 25-06-2019

N° de ficha o Rut	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Criterio 5	Cumple
6.889.xxx-x	1	1	1	1	1	SI
7.262.xxx-x	1	1	1	1	1	SI
12.064.xxx-x	1	1	1	1	1	SI
3.967.xxx-x	1	1	1	1	1	SI
7.761.xxx-x	1	1	1	1	1	SI

Se da por cumplido el elemento medible.

Ped

Fecha de evaluación	Paciente	Criterios evaluados					Cumple
		1	2	3	4	5	
27-06-2019	Y. G. L	1	1	1	1	1	SI
27-06-2019	A. D. A	1	1	1	1	1	SI
27-06-2019	M. M. S	1	1	1	1	1	SI
27-06-2019	F. M. R	1	1	1	1	1	SI
27-06-2019	A. R. C	1	1	1	1	1	SI

Se da por cumplido el elemento medible.

Neo

Neonatología:

Fecha de evaluación	Paciente	Criterios evaluados					Cumple
		1	2	3	4	5	
19-06-2019	NN. R. M	1	1	1	1	1	SI

Puerperio: criterios de cumplimiento para recién nacido inmediato.

Habitación	Iniciales Madre de RN	Criterios evaluados								Cumple
		1	2	3	4	5	6	7	8	
413-1	SVC	1	1	1	1	1	1	1	1	SI
416-1	SCG	1	1	1	0	1	1	1	1	NO
420-1	MRT	1	1	1	1	1	1	1	1	SI
422-1	MCV	1	1	1	1	1	1	1	1	SI
422-2	AOG	1	1	1	1	1	1	1	1	SI

Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA GCL 1.12 OBLIGATORIA /FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección	PQ	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med	Ped	Neo
1° elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1
2° elemento medible		1	1	1	1	1	1	1
3° elemento medible		1	1	1	0	1	1	0
4° elemento medible		1	1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 90%	Puntaje total: 27/29			Porcentaje obtenido: 93%			**Cumple: SI**	

CARACTERÍSTICA GCL 1.13 /HALLAZGOS

GCL 1.13 – Primer elemento medible: Se describe en un documento el procedimiento de manejo de pacientes con tratamiento con anticoagulantes orales y se han definido los responsables de su aplicación.

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento	PROCEDIMIENTO MANEJO DE USUARIOS CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL		
Fecha elaboración: Octubre 2018	Fecha vigencia: 5 años.	Versión: 2	N° páginas: 18
Elaborado por: Juan Cotora M. Jefe Unidad Cardiopulmonar		Aprobado por: Ricardo Salazar Cabrera Director Hospital Regional Antofagasta	
Responsable aplicación	SI		

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En página 2, ítem 3 se establece los **responsables de su aplicación**:

- **Cardiólogos unidad cardiopulmonar:** ajustar la dosis diaria del medicamento, de elaborar o delegar la receta médica de anticoagulantes de cada usuario.
- **Médico tratante:** elabora la solicitud de ingreso al programa de anticoagulante, indicando diagnóstico, INR y duración del tratamiento.
- **Enfermera supervisora CAE:** supervisar el programa y medir el indicar.
- **Enfermera encargada del programa:** ingreso y educación de usuarios, como informar de las posibles complicaciones; realizar ordene de examen y programar fecha de próximo control, notificar a los usuarios de manera inmediata cuando los resultados de sus exámenes escapen a los rangos terapéuticos indicados.
- **Técnico de enfermería:** responsable de la toma de muestra para el examen capilar o toma de muestras venosas cuando se requieran, entregar a enfermera los resultados de los exámenes obtenidos para la elaboración de los esquemas.

En página 5, ítem 7, se establece la descripción del proceso en 10 puntos:

1. Los controles de INR se realizan en la unidad de toma de muestras de lunes a jueves en horario de 8:00 a 9:30 horas.
2. El usuario debe tomarse el examen según fecha indicada en la solicitud del examen.
3. Técnico paramédico realizara los exámenes de INR y anotara en las ordenes los valores obtenidos. Posteriormente terminada este valor debe entregarlos a enfermera a cargo del programa para la realización de los esquemas.
4. Durante la mañana, el médico asignado junto con enfermera deberá realizar los esquemas de tratamiento anticoagulante según software del programa. Realizará las recetas correspondientes según los esquemas asignados para cada tratamiento.
5. Técnico paramédico colaborará con enfermera en la realización de las órdenes de exámenes, indicando en ella la fecha del próximo control, según lo indicado por el médico tratante.
6. Técnico paramédico completará estadística médica.
7. Enfermera deberá completará las estadísticas de enfermería.
8. La entrega de los esquemas de tratamiento se realiza el mismo día del examen en Toma de Muestras de Exámenes a partir de las 14:30 horas.
9. Los usuarios que viven en otras localidades serán atendidos durante la mañana del miso día de la toma de examen.
10. Los ingresos de pacientes nuevos se realizarán los días martes en policlínico adultos por la enfermera encarada a partir de las 9:00 horas. Será requisito para el ingreso la entrega de formulario de ingreso del programa TACO.

En página 8, anexo 1, se describe antecedentes generales y criterios que aplican para el manejo de usuarios con tratamiento anticoagulante oral.
En página 9, se establece las patologías con indicación de tratamiento anticoagulante, las contraindicaciones absolutas y relativas.
En página 10, se establece la pauta de inicio de tratamiento con anticoagulante oral, en donde se realizan las recomendaciones relacionadas a las dosis de inicio.
En página 11, se describe la pauta general de actuación frente a mantener los rangos terapéuticos de INR.
En página 13, se describe las complicaciones mayores y menores que pueden presentar los pacientes durante el tratamiento de anticoagulante.
En página 14, se especifican interacciones de los anticoagulantes orales con otros medicamentos, tales como analgésicos, antimicrobianos, hipolipemiantes.
En página 16, se establece los temas de educación fundamentales entregados a los pacientes al inicio del tratamiento con anticoagulante, que principalmente se orienta a:
1. Guía para usuarios con tratamiento anticoagulante.
2. Lista de alimentos permitidos.
3. Hoja de terapia anticoagulante.

En página 17 y 18, se establece el indicador y umbral de cumplimiento.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista documento de carácter institucional, "Manejo de Usuarios con tratamiento de anticoagulante oral", Versión 01, de fecha enero 2015. Elaborado por Juan Cotora, médico cardiólogo y enfermero coordinador de unidad coronaria Marcelo Troncoso, aprobado por Sr. Francisco Bueno. Director Hospital Regional Antofagasta.
2. Con la información tenida a la vista, se cumple con el periodo de retrospectividad que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

GCL 1.13 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

Dirección o Gerencia	
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes que reciben educación por enfermería en ingreso al programa TACO
Fórmula matemática	N° de usuarios que reciben educación por enfermera en ingreso en un mes / N° total de ingresos en el mes de estudio x 100
Umbral de cumplimiento: 100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual.

GCL 1.13 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Dirección o Gerencia	
Nombre documento	Informe medición de indicadores
Responsable medición	Enfermera supervisora CAE
Fuente primaria	Tarjeta de control pacientes con TAC, Programa Astac.
Fuente secundaria	Informe medición de indicador
Periodo evaluado	01 de junio 2016 al 31 de mayo 2019.
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** se hace entrega de educación a todo paciente que ingresa al programa de tratamiento con anticoagulante oral. Descrito lo anterior variará el número de pacientes mensual. • **Metodología de muestreo:** aplica pauta de supervisión a todo paciente que ingresa al programa de tratamiento con anticoagulantes orales al registro de entrega de la capacitación que se encuentra en "tarjeta de control pacientes con TAC • **Criterios de cumplimiento:** la pauta de supervisión presentada consigna el nombre del paciente, ficha clínica, run, fecha de ingreso, educación (si/no) y observaciones.
Metodología de constatación	• **Período retrospectivo a evaluar:** Dado que corresponde a un proceso de re acreditación el periodo de retrospectivo corresponde del 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019. • **Selección de la muestra:** La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: junio 2018 y febrero 2019 • **Registros revisados:** - Informe medición indicadores.

- Tarjeta de control pacientes con anticoagulantes orales.
- Ingreso programa de anticoagulación.
- Sistema informático Astac.
- Ficha clínica electrónica en policlínico de especialidades.

• **Constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019)

1. Se constata pautas aplicadas en período retrospectivo la cual contiene nombre del paciente, historia clínica, run, fecha de ingreso, educación (si/no) y observaciones, el criterio educación se establece en protocolo local como educación fundamental en los pacientes que inician tratamiento.
2. Se constata la evaluación periódica con la revisión de los resultados contenido en los informes del indicador llamados manejo de pacientes con anticoagulante, los cuales expresan el resultado del numerador, denominador y porcentaje de cumplimiento de los meses a evaluar.
3. Se constata que las pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisan la pauta aplicada con la totalidad de los pacientes educados que ahí se establecen.
4. Se constata tarjeta de controles de pacientes con anticoagulantes orales y formulario de ingreso.
5. Se constata a través de programa ASTAC ingresos de pacientes.
6. Se constata 5 fuentes primarias de 2 meses a evaluar por randomizer, lo que se detalla a continuación:

Junio 2018					Cumplimiento reportado	
ID Pacte.	Criterios				Prestador	EA
	Tarjeta Control Taco	Ingreso Programa TACO	Ingreso sistema ASTAC	Educación efectuada		
xxxx-K	SI	SI	SI	5/06/2018	Cumple	Cumple
xxxx-K	SI	SI	SI	19/06/2018	Cumple	Cumple
xxxx-K	SI	SI	SI	19/06/2018	Cumple	Cumple
xxxx-4	SI	SI	SI	26/06/2018	Cumple	Cumple
xxxx-4	SI	SI	SI	26/06/2018	Cumple	Cumple

Febrero 2019					Cumplimiento reportado	
ID Pacte.	Criterios				Prestador	EA
	Tarjeta Control Taco	Ingreso Programa TACO	Ingreso sistema ASTAC	Educación efectuada		
xxxx-2	SI	SI	SI	04/02/2019	Cumple	Cumple
xxxx-1	SI	SI	SI	05/02/2019	Cumple	Cumple
xxxx-7	SI	SI	SI	05/02/2019	Cumple	Cumple
xxxx-3	SI	SI	SI	19/02/2019	Cumple	Cumple
xxxx-K	SI	SI	SI	26/02/2019	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	7	7	100%			
Julio 2016	12	18	66%			
Agosto 2016	10	10	100%			
Septiembre 2016	36	36	100%			
Octubre 2016	12	12	100%			
Noviembre 2016	11	11	100%			
Diciembre 2016	13	13	100%			
Enero 2017	7	7	100%			
Febrero 2017	11	11	100%			
Marzo 2017	10	10	100%			
Abril 2017	9	9	100%			
Mayo 201	8	8	100%			
Junio 2017	15	15	100%			
Julio 2017	12	12	100%			
Agosto 2017	20	20	100%			
Septiembre 2017	7	7	100%			
Octubre 2017	3	3	100%			
Noviembre 2017	12	12	100%			
Diciembre 2017	11	11	100%			
Enero 2018	12	12	100%			
Febrero 2018	9	9	100%			
Marzo 2018	9	9	100%			
Abril 2018	5	5	100%			

Mayo 2018	24	24	100%			
Junio 2018	**12**	**12**	**100%**	**12**	**12**	**100%**
Julio 2018	16	16	100%			
Agosto 2018	12	12	100%			
Septiembre 2018	6	6	100%			
Octubre 2018	15	15	100%			
Noviembre 2018	14	14	100%			
Diciembre 2018	11	11	100%			
Enero 2019	15	15	100%			
Febrero 2019	**13**	**13**	**100%**	**13**	**13**	**100%**
Marzo 2019	9	9	100%			
Abril 2019	13	13	100%			

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado.

Por lo tanto, se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA GCL 1.13 /FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM:	2° EM:	3° EM:
Dirección o Gerencia	1	1	1	
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**	

CARACTERÍSTICA GCL 2.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

GCL 2.1 – Primer elemento medible: Se describen en documento de carácter institucional las medidas de prevención. Se han definido los responsables de su aplicación.

Nombre del documento	PROCEDIMIENTO MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A PROCESOS QUIRURGOS			
N° Resolución: Memo N° 000036 , del 15-05-2019	Versión: 06	Fecha: Abril 2019		
Elaborado por: Equipo de Unidad de Calidad y Seguridad del paciente	Aprobado por: Ricardo Salazar Cabrera Director Hospital Regional Antofagasta			
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 12		
Considera (SI/NO)	Cx.pac. equivocado: SI	Cx. lado equivocado: SI	Error tipo Cx: SI	Cuerpo extraño en sitio qx: SI
Responsable de la aplicación:	SI			

Breve descripción del contenido del documento: En el documento tenido a la vista destacan los siguientes elementos:
En página 2, ítem 3, define responsables:

- Unidad de Hospitalización o Unidad de emergencias:
  Enfermera, matrona o TPM a cargo del paciente: Verificar consentimiento informado, pabellón solicitado y exámenes preoperatorios, condiciones de ayuno, brazalete de identificación, control de latidos cardiacos fetales (LCF), preparación preoperatoria, evaluación pre anestésica y sitio quirúrgico marcado.
- Pabellón:

- Profesional clínico o de turno en pabellón: recibir a pacientes, confirmar la identidad con el brazalete, verificar que la sección de la Lista de verificación previa a pabellón esté completa según aplique.
- Médico anestesista y/o auxiliar de anestesia: verificar funcionamiento de sus equipos y vigencia de los medicamentos e insumos, mantener vía aérea permeable y vía venosa accesible y descartar alergias del paciente. E
- La auxiliar de anestesia asumirá la responsabilidad de dar inicio y/o registrar en la Lista de verificación de cirugía segura cuando la pabellonera no pueda efectuarlo.
- Médico cirujano (primer cirujano): Aplicación de la Lista de verificación de cirugía segura en el quirófano (puede aplicarla el o a quien se le delegue la función).

1. Pabellonera: antes del cierre de planos, verificar recuento completo de compresas, gasas, agujas e instrumental.
2. Arsenalera: Verificar a esterilidad vigente de los insumos e instrumental quirúrgico y de la disponibilidad del material requerido por el cirujano.

- En página 5, ítem 7, descripción del proceso, entre otros, señala:
- Las medidas de prevención de los eventos adversos asociados a procedimientos quirúrgicos entre ellos son:

1. Cirugía en paciente equivocado (verificación de identidad en pabellón).
2. Cirugía del lado equivocado (marcación del sitio a intervenir).
3. Error del tipo de cirugía (verificación de intervención previo al ingreso a pabellón y dentro de él).
4. Cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico (recuento de material antes del cierre de planos).

Ellas están contenidas en el registro "Lista de verificación de cirugía segura".

- El día previo a la cirugía: el funcionario responsable inicia la aplicación de la Lista de verificación de cirugía segura, corroborando solicitud de pabellón, existencia de consentimiento informado y de los exámenes preoperatorios.
- Antes de trasladar al paciente a pabellón: funcionario responsable, verifica que el paciente esté en ayuno, brazalete de identificación, entre otras actividades.
- Al ingreso en pabellón: La enfermera o matrona revisa que el registro esté completo en la sección previa a pabellón y además, corrobora condiciones de ayuno del paciente, brazalete de identificación, sitio quirúrgico marcado, entre otras actividades.

- En el quirófano: La Pabellonera u otro funcionario del pabellón por delegación del primer cirujano, realiza preguntas predefinidas y explicitadas en la Lista de verificación, consignado la repuesta con el registro SI-NO-NA (No aplica).
- Antes de la inducción en presencia del anestesista, pregunta al paciente: ¿cuál es su nombre? ¿Qué procedimiento se le va a realizar? ¿Cuál es el sitio quirúrgico a operar? Registra en la Lista de verificación, si el paciente confirma su identidad, procedimiento u sitio a operar.
- Luego le pregunta al anestesista y/o auxiliar de anestesia: ¿los monitores y equipos de anestesia están en correcto funcionamiento? ¿Tiene disponibilidad de equipo e instrumental para permeabilizar la vía área? ¿Existe riesgo de pérdida de sangre mayor a 500 ml. o, en el caso de niños mayor a 7 ml/kg? y ¿Dispone de vía venosa accesible y de fluidos en caso de que sea necesario?, ¿Tiene el paciente antecedente de alergia?
- Luego pregunta a la arsenalera: ¿Existe disponibilidad de insumos y del material quirúrgico necesario para la cirugía?, ¿Verificó su esterilidad?
- Antes de la incisión cutánea: Pabellonera o funcionario en función delegada, en presencia de todo el equipo quirúrgico, le solicita al primer cirujano dar inicio a la pausa quirúrgica. Le pregunta al primer cirujano: ¿Cuál es el nombre del paciente?, ¿Qué operación va a realizar? ¿Cuál es el sitio operatorio?, ¿cuáles son los pasos críticos de la cirugía? ¿Se le administró profilaxis antibiótica en la última hora? ¿Se le realizó prevención de enfermedad tromboembolia?, ¿Existen requerimientos espaciales? ¿Puede visualizar las imágenes esenciales para la cirugía?
- Antes de cerrar la piel: Pabellonera u otro funcionario en función delegada, pregunta al primer cirujano y a la anestesista, si se verificó recuento completo de compresas, gasas y de todo el material quirúrgico utilizado en la cirugía.
- Terminado el procedimiento quirúrgico (antes de que el paciente salga de pabellón): La Pabellonera u otro funcionario en función delegada, pregunta al anestesista y al cirujano: ¿hay indicaciones especiales para la recuperación y manejo del paciente?
- Luego pregunta al cirujano: ¿enviará muestras a anatomía patológica? , si procede, verifica identificación de las muestras biológicas (nombre y apellido del paciente, chuquea el correcto y completo llenado de la solicitud de examen histopatológico a entregar con la muestra a anatomía patológica.
    a. Verifica, la correcta completitud de datos en la lista de verificación:
    b. Nombre del paciente, Rut
    c. Fecha y hora del procedimiento
    d. Nombre el procedimiento
    e. Tipo de cirugía (urgencia o programada)
    f. Nombre del cirujano responsable
    g. Nombre del anestesista responsable
    h. Que este marcado quien aplicó la Lista de verificación en pabellón: Pabellón (Pab)-Auxiliar de anestesia (AA)-Matrona (Mat) o enfermera (EU).

Verificados estos ítems, la Lista de verificación, se puede archivar en ficha clínica del paciente.

- Supervisión del proceso: El supervisor de pabellón es responsable de la aplicación de la Pauta de supervisión, que corrobora que la lista de verificación de cirugía haya sido efectuada en forma completa. En ausencia de supervisor o en horario inhábil, la pauta será aplicada por la enfermera o matrona reemplazantes o de turno, respetivamente.

- En página 11 y 12, se describe el indicador y la Lista de verificación de cirugía segura (Formulario RG-PAB-01-01).

Observaciones:

1. Se tiene a la vista las siguientes versiones del documento:

- Procedimiento medidas de prevención de eventos adversos asociados a procesos quirúrgicos, versión 05, de fecha elaboración julio 2018, de 12 páginas, elaborado por equipo de unidad de calidad y seguridad del paciente HRA y aprobado por Dr. Edgardo Álvarez N, director (S) Hospital Regional Antofagasta.
- Procedimiento medidas de prevención de eventos adversos asociados a procesos quirúrgicos, versión 04, de fecha elaboración diciembre 2016, de 12 páginas, elaborado por equipo de unidad de calidad y seguridad del paciente HRA y aprobado por Dr. Francisco Bueno N, director (S) Hospital Regional Antofagasta.
- Procedimiento medidas de prevención de eventos adversos asociados a procesos quirúrgicos, versión 03, de fecha elaboración diciembre 2016, de 11 páginas, elaborado por Dra. Natalia Valenzuela S, Dra. Alejandra Muñoz M, y aprobado por Dr. Juan Pablo Mattatall, director Hospital Regional Antofagasta.
- Con la información tenida a la vista se cumple con el periodo retrospectivo que aplica a este proceso de acreditación.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA

Dirección o Gerencia	PQ	Cir. Adulto	Cir. Infantil
SI	**SI**	**SI**	**SI**

GCL 2.1 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

PQ 1	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJES DE PACIENTES OPERADOS EN LOS CUALES SE HAN CUMPLIDO LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A CIRUGÍA. Abril 2019 a la fecha
Fórmula matemática	N° de pacientes operados en los cuales se han cumplido las medidas de prevención de eventos adversos asociados a cirugía/N° Total de pacientes operados evaluados) x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJES DE PACIENTES INTERVENIDOS CON LISTA DE VERIFICACIÓN (LV) DE CIRUGÍA SEGURA APLICADA CORRECTAMENTE. Julio 2018 a marzo 2019
Fórmula matemática	N° de pacientes intervenidos con LV de cirugía segura aplicada correctamente/N° Total de pacientes intervenidos quirúrgicamente) x 100
Nombre del indicador (3)	PACIENTES INTERVENIDOS EN LOS PABELLONES DE HRA EN LOS CUALES SE CONSTATA LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA. Mayo 2016 a junio 2018
Fórmula matemática	N° de pacientes intervenidos con LV de cirugía segura aplicada correctamente/Total de pacientes

	intervenidos quirúrgicamente) x 100
PQ 2	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJES DE PACIENTES OPERADOS EN LOS CUALES SE HAN CUMPLIDO LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A CIRUGÍA.
Fórmula matemática	N° de pacientes operados en los cuales se han cumplido las medidas de prevención de eventos adversos asociados a cirugía/N° Total de pacientes operados evaluados x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ 3	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJES DE PACIENTES OPERADOS EN LOS CUALES SE HAN CUMPLIDO LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A CIRUGÍA. enero 2018 a la fecha
Fórmula matemática	N° de pacientes operados en los cuales se han cumplido las medidas de prevención de eventos adversos asociados a cirugía/N° Total de pacientes operados evaluados x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2)	PACIENTES INTERVENIDOS EN LOS PABELLONES DEL HRA EN LOS CUALES SE CONSTATA LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA. Abril 2016 a diciembre del 2017
Fórmula matemática	Nº de pacientes intervenidos con LV de cirugía segura aplicada correctamente / Nº total de pacientes intervenidos quirúrgicamente x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 2.1 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

PQ 1	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Supervisor de Unidad
Fuente primaria	Lista de verificación
Fuente secundaria	Pauta de supervisión, informe indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** para la aplicación de las pautas de supervisión se evaluará 1 diaria de lunes a viernes, según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. Mecanismo de sustitución: En caso de que el día programado coincida con un feriado legal, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** la pauta de supervisión verificación aplicación lista de chequeo quirúrgica contiene una tabla que incluye el servicio evaluado, fecha de verificación (mes evaluado), verifica (evaluador). Consiga metodología "revisión in situ de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura hasta completar un número de 30. Verificar que lo indicado en las unidades de hospitalización o urgencia sea lo real al recibir a paciente en pabellón. En una tabla indica el N° correlativo, fecha, nombre, dos apellidos del paciente. 1. Recepción del paciente en pabellón: registro completo registro concordante con lo observado en pabellón. 2. Aplicación de la lista en pabellón: Aplicación antes de la inducción anestésica, aplicación antes de la incisión cutánea y aplicación antes de salir del quirófano. 3. Información anexa completa.
Metodología de constatación	• **Periodo evaluado:** dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el 3° Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Informe evaluación periódica del indicador - Pauta de supervisión. - Ficha clínica única digitalizada (Lista de verificación) • **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) 1. La pauta de supervisión "Verificación aplicación lista de chequeo quirúrgica" (RG-CAL-10-00) consigna el servicio clínico, fecha de verificación (mes), verifica (evaluador) , fecha de evaluación, nombre y dos apellidos del paciente, luego dentro de los criterios a evaluar considera: a. **Recepción del paciente en pabellón**: registro completo, registro concordante con lo observado en pabellón. b. **Aplicación de la lista en pabellón**: aplicación antes de la inducción anestésica, aplicación antes de incisión cutánea, aplicación antes de salir del quirófano. **c. Información anexa completa.** - Se consigna además una columna de "Observaciones": Donde se registra el incumplimiento

detectado por quien aplica la pauta de supervisión.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 12 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado.
3. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019.
4. Luego, se constatan fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer. Se constata el estado de cumplimiento que ha reportado el prestador en su evaluación.

3° Trimestre 2018					Cumplimiento reportado	
Fecha EPA	N° de ficha o Rut	Criterio a	Criterio b	Criterio c	Prestador	EA
09-07-18	4154xx	NO	NO	NO	No cumple	No cumple
03-08-18	2451xx	NO	NO	NO	No cumple	No cumple
24-08-18	5697xx	SI	SI	NO	No cumple	No cumple
20-09-18	7449xx	NO	NO	NO	No cumple	No cumple
20-09-18	5903xx	NO	SI	NO	Cumple	**No cumple**
1° Trimestre 2019					Cumplimiento reportado	
Fecha EPA	N° de ficha o Rut	Criterio a	Criterio b	Criterio c	Prestador	EA
08-01-19	MDT/134242	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
10-01-19	CGR/360639	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
07-02-19	NAD/698147	NO	SI	NO	No cumple	No cumple
26-02-19	JFF/538461	NO	SI	NO	No cumple	No cumple
14-03-19	VOS/718498	NO	SI	NO	No cumple	No cumple

- Ficha 2451xx: Sin lista de verificación, prestador reporta no cumple, EA reporta no cumple, lo que es concordante con lo reportado.
- Ficha 5903xx: Discordancia entre lo constatado y reportado por el prestador, la lista de chequeo que se tiene a la vista no tiene "chequeado" todos los ítem a completar en cuanto al criterio a y c, ya descritos.

Período evaluado	**Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	85	90	94,44%			
3° Trimestre 2016	116	120	96,67%			
4° Trimestre 2016	117	120	97,50%			
1° Trimestre 2017	116	120	96,67%			
2° Trimestre 2017	118	120	98,33%			
3° Trimestre 2017	55	60	91,67%			
4° Trimestre 2017	55	60	91,67%			
1° Trimestre 2018	2	60	3,33%			
2° Trimestre 2018	4	60	6,67%			
3° Trimestre 2018	**10**	**60**	**16,67%**	**10**	**60**	**17%**
4° Trimestre 2018	20	60	33,33%			
1° Trimestre 2019	**14**	**60**	**23,33%**	**14**	**60**	**23%**

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado no es concordante con lo constatado.

Por lo anterior no se valida el elemento medible en pabellón central.

PQ 2

Nombre documento	INFORME DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora
Fuente primaria	Lista de verificación de cirugía segura
Fuente secundaria	Pauta de cotejo, Informe del indicador
Periodo evaluado	Octubre 2018 a abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. • **Metodología de muestreo:** la muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. Para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará 1 diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales.

En caso de que el día programado coincida con un feriado, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente.

- **Criterios de cumplimiento:** la pauta de supervisión verificación aplicación lista de chequeo quirúrgica contiene una tabla que incluye el servicio evaluado, fecha de verificación (mes evaluado), verifica (evaluador). Consiga metodología "revisión in situ de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. Verificar que lo indicado en las unidades de hospitalización o urgencia sea lo real al recibir a paciente en pabellón.

  En una tabla indica el N° correlativo, fecha, nombre, dos apellidos del paciente.

1. Recepción del paciente en pabellón: Registro completo registro concordante con lo observado en pabellón.
2. Aplicación de la lista en pabellón: Aplicación antes de la inducción anestésica, aplicación antes de la incisión cutánea y aplicación antes de salir del quirófano.
3. Información anexa completa.

Metodología de constatación

- **Periodo retrospectivo a evaluar:** dado que el PQ de CMA comienza sus actividades el mes de octubre del año 2018, correspondiendo su evaluación desde esa fecha hasta el mes de mayo del año 2019.
- **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza en el 4° Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019.
- **Registros revisados:**

- Informe evaluación periódica del indicador.
- Pauta de supervisión.
- Ficha clínica única digitalizada (Lista de verificación)

- **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019)

1. La pauta de supervisión "Verificación aplicación lista de chequeo quirúrgica", consigna el servicio clínico, fecha de verificación (mes), verifica (evaluador), fecha de evaluación, nombre y dos apellidos del paciente, luego dentro de los criterios a evaluar considera:

a. Recepción del paciente en pabellón: Registro completo, registro concordante con lo observado en pabellón.
b. Aplicación de la lista en pabellón: aplicación antes de la inducción anestésica, aplicación antes de incisión cutánea, aplicación antes de salir del quirófano.
c. Información anexa completa.

Se consigna además una columna de "Observaciones": donde se registra el incumplimiento detectado por el evaluador.

1. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 2 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado.
2. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 4° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019.
3. Luego, se constatan fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer según se indica a continuación:

- 4° Trimestre 2018: registros 5, 14, 28, 36, 53.
- 1° Trimestre 2019: registros 9, 26, 40, 50, 60.

N° de registro	Fecha	N° de ficha	Reportado por el prestador criterios a, b y c	Constatado por la entidad criterios a, b y c
5	10/10/2018	6045xx	SI	SI
14	25/10/2018	3633xx	SI	SI
28	19/11/2018	1262xx	SI	SI
36	26/11/2018	4337xx	SI	SI
53	11/12/2018.	5575xx	SI	SI

N° de registro	Fecha	N° de ficha	Cumple lo reportado en criterios a, b y c	Constatado por la entidad criterios a, b y c
9	22/01/2019	3013xx	SI	SI
26	11/02/2019	2064xx	SI	SI
40	28/02/2019	7501xx	SI	SI
50	14/03/2019.	7534xx	SI	SI
60	28/03/2019.	122xx	SI	SI

Período evaluado	Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado			Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
4° Trimestre 2018	5	60	8,3%	5	60	8,3%
1° Trimestre 2019	1	60	1,7%	1	60	1,7%

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado.

<table>
<tr><td colspan="2">Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.</td></tr>
<tr><td colspan="2">PQ 3</td></tr>
<tr><td>Nombre documento</td><td>INFORME DEL INDICADOR</td></tr>
<tr><td>Responsable medición</td><td>Enfermera supervisora</td></tr>
<tr><td>Fuente primaria</td><td>Lista de verificación de cirugía segura</td></tr>
<tr><td>Fuente secundaria</td><td>Pauta de cotejo, Informe del indicador</td></tr>
<tr><td>Periodo evaluado</td><td>01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019</td></tr>
<tr><td>Metodología de medición del prestador</td><td>• Metodología del cálculo de la muestra: La muestra fue calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%.
• Metodología de muestreo: La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes.
Para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará 1 diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 30 observaciones mensuales, hasta el 3° trimestre del año 2017 en que se determina aplicar 20 pautas mensuales.
En caso de que el día programado coincida con un feriado, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente.
• Criterios de cumplimiento: La pauta de supervisión verificación aplicación lista de chequeo quirúrgica contiene una tabla que incluye el servicio evaluado, fecha de verificación (mes evaluado), verifica (evaluador). Consiga metodología "revisión in situ de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura hasta completar un numero de 30. Verificar que lo indicado en las unidades de hospitalización o urgencia sea lo real al recibir a paciente en pabellón.
En una tabla indica el N° correlativo, fecha, nombre, dos apellidos del paciente.
a. Recepción del paciente en pabellón: Registro completo registro concordante con lo observado en pabellón.
b. Aplicación de la lista en pabellón: Aplicación antes de la inducción anestésica, aplicación antes de la incisión cutánea y aplicación antes de salir del quirófano.
c. Información anexa completa.</td></tr>
<tr><td>Metodología de constatación</td><td>• Periodo evaluado: dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.
• Selección de la muestra: La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el 3° Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019.
• Registros revisados:
- Informe evaluación periódica del indicador
- Pauta de supervisión.
- Ficha clínica única digitalizada (Lista de verificación)
• De la constatación: (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019)
1. La pauta de supervisión "Verificación aplicación lista de chequeo quirúrgica" (RG-CAL-10-00) consigna el servicio clínico, fecha de verificación (mes), verifica (evaluador), fecha de evaluación, nombre y dos apellidos del paciente, luego dentro de los criterios a evaluar considera:
2. Recepción del paciente en pabellón: registro completo, registro concordante con lo observado en pabellón.
3. Aplicación de la lista en pabellón: aplicación antes de la inducción anestésica, aplicación antes de incisión cutánea, aplicación antes de salir del quirófano. Información anexa completa.
2. Se consigna además una columna de "Observaciones": Donde se registra el incumplimiento detectado por el evaluador.
3. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 12 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado.
4. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, según lo indicado por la directora técnica, en el 3° trimestre de 2018 y 1° trimestre de 2019.
5. Luego, se constatan fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer.

<table>
<tr><td>N° de registro</td><td>Fecha</td><td>Nombre del paciente</td><td>Reportado por el prestador criterios a, b y c</td><td>Constatado por la entidad criterios a, b y c</td></tr>
<tr><td>9</td><td>12/07/2018</td><td>MAS.</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>25</td><td>07/08/2018</td><td>LSE</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>42</td><td>04/09/2018</td><td>MHG.</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>45</td><td>07/09/2018</td><td>JRI.</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>46</td><td>08/09/2019</td><td>EVB.</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>N° de registro</td><td>Fecha</td><td>Nombre del paciente</td><td>Reportado por el prestador criterios a, b y c</td><td>Constatado por la entidad criterios a, b y c</td></tr>
<tr><td>20</td><td>31/01/2019</td><td>ECR.</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>26</td><td>08/02/2019</td><td>WPM.</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>33</td><td>19/02/2019</td><td>HAC.</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

	43	05/03/2019	PET.	SI	SI
	52	18/03/2019	VVG.	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	90	90	100%			
3° Trimestre 2016	120	120	100%			
4° Trimestre 2016	120	120	100%			
1° Trimestre 2017	112	112	100%			
2° Trimestre 2017	110	110	100%			
3° Trimestre 2017	60	60	100%			
4° Trimestre 2017	60	60	100%			
1° Trimestre 2018	12	55	21,82%			
2° Trimestre 2018	15	60	25%			
3° Trimestre 2018	**19**	**60**	**31,67%**	**19**	**60**	**31,67%**
4° Trimestre 2018	26	60	43,33%			
1° Trimestre 2019	**25**	**60**	**41,67%**	**25**	**60**	**41,67%**

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA GCL 2.1 OBLIGATORIA /FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección	PQ	Cir. Adulto	Cir. Infantil
Primer elemento medible	1	1	1	1
Segundo elemento medible		1		
Tercer elemento medible		0		
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 5/6	Porcentaje obtenido: 83%		**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA
OBLIGATORIA / HALLAZGOS

GCL 2.2 – Primer elemento medible: Se describe en documento(s) de carácter institucional las medidas de prevención. Se han definido los responsables de su aplicación.

Error de medicación (1)			
Nombre del documento	PROCEDIMIENTO: MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ERROR DE MEDICACIÓN		
Fecha elaboración: Julio 2017	Fecha vigencia: 5 Años.	Versión: 04	N° páginas: 24
Elaborado por: Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	Aprobado por: Francisco Bueno Natusch Director Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: SI	Responsable aplicación: SI		

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En página 2, ítem 3 establece los **responsables de su aplicación**:
- Médico: registrar terapia en forma clara y legible, consignando los siguientes datos: nombre del medicamento, dosis, vía y frecuencia de administración.
- Enfermera o matrona supervisora: supervisar preparación y administración, de correcciones o capacitación.
- Enfermera, matrona o tecnólogo Médico: preparación y administración del medicamento según indicación médica y supervisar la administración en caso de delegación de la actividad.
- Técnico paramédico: preparación y administración del medicamento delegado por el profesional de enfermería o matronería.

En página 10, ítem 7.1 se describe las medidas de prevención de error de medicación, estableciendo que todo el personal involucrado en el proceso de administración de medicamento debe conocer las recomendaciones conocidas como los 7 correctos:
1. Paciente correcto: comprobar la identificación del paciente antes de la administración, verificando el brazalete de identificación instalado.
2. Administrar e medicamento correcto: al administrar cualquier fármaco debe conformar que es el correcto tanto al ser entregado por el personal de farmacia aso como antes de si administración, además de verificar la fecha de vencimiento.
3. Administrar el medicamento por la vía correcta: evite pasar medicamentos intravenosos directo. Utilice diluciones para infundir por bomba de infusión, a menos que la indicación sea por bolo, si no se establece la vía de administración, aclararla con el médico.
4. Administrar dosis correcta: cuando la dosis parezca elevada o baja, confirme indicación con el medico que la formuló, verificar los cálculos de dosis y velocidad de infusión, realizar doble comprobación de la dosis formulada.
5. Dejar el registro correcto: todo medicamento debe ser registrado tan pronto como se administre, se realiza a través de un ticket y en caso que no se administre se debe realizar un círculo dejando constancia del motivo de la no administración.
6. Horario correcto: compruebe en la tarjeta de medicamentos del paciente que sea el horario indicado de administración del fármaco.
7. Verificar fecha de vencimiento: comprobar el aspecto y fecha de caducidad del medicamento antes de administrar.

En página 12, ítem 2 se describe las medidas de prevención relacionadas con la transcripción:
- La transcripción de la indicación médica está permitida en tarjetas.

- La transcripción de indicaciones debe ser realizada desde la indicación médica original con letra clara y legible; debe contener nombre y apellidos del paciente, sala y número de cama, nombre del medicamento, dosis, vía y horario de administración, en el caso de diluciones indicar solución y volumen a utilizar tiempo de infusión cuando corresponda.

En página 13, ítem 7.5 se establece las indicaciones generales para la preparación de medicamentos a administrar, entre ellas:
- El personal sólo debe administrar los medicamentos preparados por el mismo p as preparaciones enviadas por la farmacia.
- Lavado de manos antes de preparar el medicamento.
- Las preparaciones deben ser rotuladas con la dosis, peso del paciente (si se requiere para la preparación de la mezcla), nombre del medicamento, fecha, hora de inicio quien lo preparó.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: Medidas de prevención de error de medicación, versión 3.0, fecha de emisión 2016, elaborado por EU. Stephany Escudero y Matrona Margorie Cisternas, aprobado por Juan Urrutia Reyes, director hospital Antofagasta.
   Se cumple con el periodo de retrospectividad que aplica a este proceso de reacreditación.

Caídas (2)

Nombre del documento	PROCEDIMIENTO: "MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTE"		
Fecha elaboración: Julio 2017	Fecha vigencia: 5 Años	Versión: 04	N° páginas: 20
Elaborado por: Equipo de Unidad de Calidad	Aprobado por: Francisco Bueno Natusch Director Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: SI	Responsable aplicación: SI		

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En página 3, ítem 3, se establece los **responsables de su aplicación**:
- Médico jefe de servicio: responsable del cumplimiento del procedimiento.
- Enfermera o matrona supervisora: controlar la evaluación del riesgo de caídas; aplicar pautas de supervisión, llevar estadísticas y confección de informes de resultados de las medias para la prevención de caídas y avisar a médico jefe de resultados.
- Enfermera o matrona clínica: aplicar pautas de riesgo de caídas, supervisar, programar cuidados necesarios según riesgo del paciente y llevar registro de las medidas de prevención de caídas.
- Técnico paramédico: ejecutar las medidas de prevención de caídas en pacientes en riesgo, registrar y comunicar a enfermera o matrona algún imprevisto o cambio de la condición del paciente.
- Auxiliar de servicio: mantener el área de circulación despejada, limpia y seca.

En página 5, ítem 7 se establece los puntos que componen la descripción del proceso, entre ellos:
- La medida preventiva se inicia con la aplicación de la escala a de riesgo al ingreso del paciente a la unidad.
- A partir de los resultados obtenidos, clasificar al paciente según el puntaje (bajo riesgo, mediano riesgo, alto riesgo).
- Dejar registro de la valoración en la ficha clínica del paciente.
- Planificar las medias preventivas según riesgo y necesidad el paciente.
- Registrar en hoja de enfermería las medias ejecutadas.

En página 12, anexo 4, se describen las medidas de prevención a implementar según riesgo de caídas en pacientes adultos y pediátricos, entre ellas:
- **Riesgo bajo:**
- Mantener despejados los accesos a la cama, baño y pasillos.
- Eduque al paciente para que haga uso de calzado que presente bajo riesgo de deslizamiento.
- Mantenga las ruedas de la cama con freno, lo más baja posible y con barandas arriba mientras el paciente esté acostado.
- **Riesgo moderado y riesgo alto:**
- Mantenga vigilancia continua, asista al paciente para ir al baño.
- Utilice dispositivos de sujeción sólo en casos puntuales y bajo indicación del médico tratante, reevaluación del paciente para determinar si permanece en riesgo moderado o alto, en caso de traslado, notifique a la unidad que recepciona la paciente el riego categorizado.

En página 13, se establece las Medidas a implementar en la unidad de pabellón: el personal a cargo del paciente debe procurar que las barandas se la cama o camilla estén en posición elevada y el paciente debe permanecer vigilado por el personal.
En ésta misma página se establece las medidas a implementar en el traslado del paciente: el traslado del paciente debe realizarse en camilla/cuna con barandas y permanecer acompañado de un funcionario.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Procedimiento medidas de prevención de caídas", versión 3, fecha de emisión marzo 2016, elaborado por Gloria Moraga; enfermera sub directora de gestión del cuidado y aprobado por Juan Urrutia, Director Hospital Antofagasta.
- Se cumple con el periodo de retrospectividad que aplica a este proceso de acreditación.

Ulceras por presión (3)

Nombre del documento	PROCEDIMIENTO: "MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN".		
Fecha elaboración: Agosto 2018.	Fecha vigencia: 5 Años	Versión: 5	N° páginas: 28
Elaborado por: Unidad de Calidad y seguridad del Paciente	Aprobado por: Edgardo Álvarez, Director.(s).		
Carácter institucional: SI	Responsable aplicación: SI		

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En página 2, ítem 3, se establece los responsables de su aplicación.
- Subdirección de enfermería y matonería: difundir y realizar el monitoreo del cumplimiento.
- Enfermera o matrona supervisora: responsable del cumplimiento del procedimiento.
- Enfermera o matrona clínica: aplicar la escala de evaluación de riesgo a todo paciente a s ingreso a la unidad y clasificar el

paciente según el riesgo, planificar, registrar, controlar, educar, evaluar, supervisar y/o realizar los cuidados de prevención de úlceras por presión.
- Técnico paramédico: realizar los cuidados de prevención según planificación realizada por el profesional del paciente, registrar los cuidados proporcionados e informar alteraciones de la piel a enfermera o matrona responsable.

En página 9, ítem 7, se establece la descripción del proceso, indicando que el proceso de medidas preventivas se inicia con la aplicación de la escala de riesgo al ingreso del paciente, el cual se desarrolla en tres puntos:
1. Ingresado el paciente, aplique la escala de identificación de riesgo individualizada (adultos o pediátricos y neonatos).
2. Marca en hoja de escala de Braden o Braden Q según corresponda.
3. Clasifique el riesgo del paciente según el puntaje obtenido en hoja de escala de Braden.

En página 9, ítem 7.2 se establece el desarrollo para la ejecución del plan de cuidados o indicación de medidas:
1. Planifique las medidas preventivas según el riesgo.
2. Deje registro de esta planificación en hoja de enfermería de la unidad asistencial correspondiente (frecuencia y horario según riesgo).
3. Ejecute las medidas según lo Planificado.
4. Deje registro de cada actividad realizada en la hoja correspondiente a su unidad asistencial, marcando dicha actividad, en horario planificado por profesional.
5. Eduque al familiar sobre las medidas de prevención mientras el paciente se encentre hospitalizado.

- En página 10, ítems 7.3, se describe la Reevaluación del riesgo de UPP: Cada vez que el paciente cambie la condición clínica.
- En página 13 hasta 22, en Anexo, se describen las escalas de evaluación de riesgo de padecer Ulceras por Presión en Adultos y Pediátricos (Escala de Braden y Braden Q), y sus interpretaciones.
- En página 24, Anexo 5, se describe las Medidas de prevención de aparición de Ulceras por presión en **pacientes adultos** según riesgo obtenido, se detallan ejemplo de ellas:

Medidas preventivas para pacientes adultos	
Pacientes Bajo Riesgo	• Evaluación e inspección de la piel en forma diaria 1 vez al día. • Incentivar al paciente para realizar baño una vez al día. • Proveer al paciente de un plan de deambulación.
Pacientes Riesgo Medio y Alto	• Evaluación e inspección de la piel cada 6 horas. • Lubricación de la piel con ungüento de barrera cada 6 horas. • Baño en cama cada 12 horas. • Monitorizar la ingesta de alimentos y la hidratación del paciente. • Estimular actividad motora del paciente con Kinesiólogo y/o familiar. • Cambios de posición o alivios de puntos de presión cada 4 horas en pacientes con riesgo alto y 6 horas en pacientes con riesgo medio. • Evaluar y rotas sujeciones cada 4-6 horas.

En página 25, anexo 6, se establece las medidas de prevención de aparición de ulceras por presión pacientes pediátricos y neonatos, se detallan ejemplo de ellas:

Medidas preventivas para pacientes pediátricos y neonatológicos	
Movilidad y Actividad	• Inspección y evaluación de la piel. • Evaluación de las prominencias óseas. • Cambios de posición o alivio de presión cada 4 horas.
Percepción Sensorial	• Usa colchón antiescaras. • Utiliza almohadillas en prominencias óseas y/o puntos de presión.
Humedad	• Lubricación de la piel con ungüento de barrera. • Baño o baño de esponja. • Cambio de pañal.
Fricción	• Cambio de ropa de cama diario y/o según necesidad. • Movilizar al paciente usando sabanilla. • Rotar sondas (nasogástrica, Foley, otras), cada 12 horas.
Nutrición	• Monitorizar la ingesta de alimentos. • Sugerir evaluación por nutriólogo/nutricionista.

Observaciones:
1. Se tienen a la vista versiones anteriores del documento:
- ” Procedimiento medidas de prevención de úlceras por presión”, versión 04, aprobado en julio 2017, elaborado por unidad de calidad y aprobado por Sr Francisco Bueno, Director Hospital de Antofagasta.
- “Procedimiento Medidas de prevención de úlceras por presión”, versión 3, aprobado en noviembre 2016, elaborado por las enfermeras Tamara Narváez, Daniela Dote, Carolina Echeverria, Rosa Santander, Katherine Castillo, Susana Aguirre, Jennifer Díaz, aprobado por Jaime Urrutia, Director Hospital de Antofagasta.
- “Procedimiento Medidas de prevención de úlceras por presión”, versión 02, aprobado en abril 2016, elaborado por Tirsa González, supervisora UCI adultos, Alejandra Milles, supervisora medicina, Janis Orellana, supervisora BQE, Verónica Contreras, supervisora UPC pediátrica, aprobado por Francisco Bueno, Director Hospital de Antofagasta.
- Con la información tenida a la vista, se cumple con el periodo de retrospectividad que aplica a este proceso de acreditación.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA

Dirección (1, 2 y 3)	PRO Endoscópicos (1 y 2)	UPC Ad (1, 2 y 3)	UPC Ped (1, 2 y 3)	Med. (1, 2 y 3)	Ped. (1, 2 y 3)	Cir. Adulto (1, 2 y 3)	Obst-gine (1 y 2)	URG (1 y 2)
SI	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**

GCL 2.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento, relacionados con el cumplimiento de las medidas de prevención.

PRO Endoscópicos	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS QUE CUMPLEN CON LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN.
Fórmula matemática	N° de tratamientos administrados que cumplen con las medidas para prevenir errores de medicación / N° total de tratamientos administrados x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE TRATAMIENTOS ENDOVENOSOS QUE CUMPLEN LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN CONTRA ERRORES DE MEDICACIÓN VIGENTE DESDE EL TERCER TRIMESTRE 2017
Fórmula matemática	N° de tratamientos endovenosos evaluados que cumplen las medidas de prevención para evitar errores de medicación en el periodo/ N° de tratamientos endovenosos evaluados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Ad 1	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CLASIFICADOS EN RIESGO MEDIANO-ALTO DE UPP, QUE CUMPLEN MEDIDAS DE PREVENCIÓN. Diciembre 2016 a la fecha
Fórmula matemática	(N° de pacientes hospitalizados clasificados en riesgo mediano-alto de UPP que cumplen con las medidas de prevención según pauta en un periodo/ N° total de pacientes hospitalizados clasificados en riesgo mediano-alto de UPP evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE APLICACIÓN DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE UPP DE ALTO Y MEDIANO RIESGO APLICADAS A PACIENTES SEGÚN PROCEDIMIENTO. Abril 2015 a noviembre 2016
Fórmula matemática	(N° de pacientes hospitalizados clasificados con riesgo mediano o alto de desarrollar UPP con indicación y aplicación a lo menos 2 medidas de prevención según norma/ N° total de pacientes hospitalizados clasificados con riesgo mediano o alto de desarrollar UPP) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad 2	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CLASIFICADOS EN RIESGO MEDIANO-ALTO DE UPP, QUE CUMPLEN MEDIDAS DE PREVENCIÓN.
Fórmula matemática	N° de pacientes hospitalizados clasificados en riesgo mediano-alto de UPP que cumplen con las medidas de prevención según pauta en un periodo/ N° total de pacientes hospitalizados clasificados en riesgo mediano-alto de UPP evaluados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE APLICACIÓN DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE UPP DE ALTO Y MEDIANO RIESGO APLICADAS A PACIENTES SEGÚN PROCEDIMIENTOS. 3°- 4° trimestre 2016 y año 2017
Fórmula matemática	N° de pacientes hospitalizados clasificados con riesgo mediano o alto de desarrollar UPP, con indicación y aplicación a lo menos de 2 medidas de prevención según norma/ N° total de pacientes hospitalizados clasificados en riesgo mediano o alto de desarrollar UPP x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad 3	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CLASIFICADOS EN RIESGO MEDIANO-ALTO DE UPP, QUE CUMPLEN MEDIDAS DE PREVENCIÓN. Diciembre 2016 a la fecha
Fórmula matemática	(N° de pacientes hospitalizados clasificados en riesgo mediano-alto de UPP que cumplen con las medidas de prevención según pauta en un periodo/ N° total de pacientes hospitalizados clasificados en riesgo mediano-alto de UPP evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE APLICACIÓN DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE UPP DE ALTO Y MEDIANO RIESGO APLICADAS A PACIENTES SEGÚN PROCEDIMIENTO. Abril 2015 a noviembre 2016
Fórmula matemática	(N° de pacientes hospitalizados clasificados con riesgo mediano o alto de desarrollar UPP con indicación y aplicación a lo menos 2 medidas de prevención según norma/ N° total de pacientes hospitalizados clasificados con riesgo mediano o alto de desarrollar UPP) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ped	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS QUE CUMPLEN CON LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN
Fórmula matemática	Nº de tratamientos administrados que cumplen con las medidas para prevenir errores de medicación/Nº total de tratamientos administrados) x 100
Umbral de cumplimiento: 90 %	Periodicidad de la evaluación: trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE TRATAMIENTOS ENDOVENOSOS QUE CUMPLEN LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN
Fórmula matemática	Nº de tratamientos endovenosos evaluados que cumplen las medidas de prevención para evitar errores de medicación en el periodo/ nº de tratamientos endovenosos evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: trimestral
MQ 1	
Nombre del indicador	% DE TRATAMIENTO EV QUE CUMPLE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN
Fórmula matemática	Nº de tratamientos EV evaluados que cumplen las medidas de prevención para evitar errores de

	medicación en el periodo/Nº de tratamientos EV evaluados en el mismo periodo
Umbral de cumplimiento: 90	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador	% DE TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS QUE CUMPLEN LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN (2° trimestre 2016 a 2° trimestre 2017)
Fórmula matemática	N° de tratamientos administrados que cumplen con las medidas de prevención para evitar errores de medicación/N° de tratamientos administrados x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 2	
Nombre del indicador	% DE TRATAMIENTO EV QUE CUMPLE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN
Fórmula matemática	Nº de tratamientos EV evaluados que cumplen las medidas de prevención para evitar errores de medicación en el periodo/Nº de tratamientos EV evaluados en el mismo periodo
Umbral de cumplimiento: 90	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador	% DE TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS QUE CUMPLEN LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN (2° trimestre 2016 a 2° trimestre 2017)
Fórmula matemática	N° de tratamientos administrados que cumplen con las medidas de prevención para evitar errores de medicación/N° de tratamientos administrados x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 3	
Nombre del indicador	% DE TRATAMIENTO EV QUE CUMPLE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN
Fórmula matemática	Nº de tratamientos EV evaluados que cumplen las medidas de prevención para evitar errores de medicación en el periodo/Nº de tratamientos EV evaluados en el mismo periodo
Umbral de cumplimiento: 90	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador	% DE TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS QUE CUMPLEN LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN (2° trimestre 2016 a 2° trimestre 2017)
Fórmula matemática	N° de tratamientos administrados que cumplen con las medidas de prevención para evitar errores de medicación/N° de tratamientos administrados x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 4	
Nombre del indicador	% DE TRATAMIENTO EV QUE CUMPLE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN
Fórmula matemática	Nº de tratamientos EV evaluados que cumplen las medidas de prevención para evitar errores de medicación en el periodo/Nº de tratamientos EV evaluados en el mismo periodo
Umbral de cumplimiento: 90	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 5	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE TRATAMIENTOS ENDOVENOSOS QUE CUMPLEN LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN.
Fórmula matemática	N° de tratamientos endovenosos que cumplen las medidas de prevención para evitar errores de medicación/N° de tratamientos endovenosos evaluados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS QUE CUMPLEN LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN. 2° trimestre 2016 a 2° trimestre 2017
Fórmula matemática	N° de tratamientos administrados que cumplen con las medidas de prevención para evitar errores de medicación/N° de tratamientos administrados x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 6	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE TRATAMIENTOS ENDOVENOSOS QUE CUMPLEN LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN.
Fórmula matemática	N° de tratamientos endovenosos que cumplen las medidas de prevención para evitar errores de medicación/N° de tratamientos endovenosos evaluados en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Ped	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS QUE CUMPLEN CON LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN
Fórmula matemática	Nº de tratamientos administrados que cumplen con las medidas para prevenir errores de medicación/Nº total de tratamientos administrados) x 100
Umbral de cumplimiento: 90 %	Periodicidad de la evaluación: trimestral
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE TRATAMIENTOS ENDOVENOSOS QUE CUMPLEN LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN
Fórmula matemática	Nº de tratamientos endovenosos evaluados que cumplen las medidas de prevención para evitar errores de medicación en el periodo/ Nº de tratamientos endovenosos evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 90 %	Periodicidad de la evaluación: trimestral
Obst-gine	
Nombre del indicador (1)	% PACIENTES HOSPITALIZADOS CLASIFICADOS EN RIESGO MODERADO O ALTO DE CAÍDA QUE CUMPLEN MEDIDAS DE PREVENCIÓN
Fórmula matemática	Nº de pacientes hospitalizados clasificados en riesgo moderado o alto de caídas que cumplen con medidas de prevención según pauta en un período de tiempo / Nº total de pacientes hospitalizados

	clasificados en riesgo moderado o alto de caídas evaluados en el mismo periodo X 100
URG	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE TRATAMIENTOS ENDOVENOSOS QUE CUMPLEN LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN.
Fórmula matemática	Nº de tratamientos endovenosos evaluados que cumplen las medidas de prevención para evitar errores de medicación en el periodo/ Nº de tratamientos endovenosos evaluados en el mismo periodo X 100.
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador no vigente.	PORCENTAJE DE TRATAMIENTOS ENDOVENOSOS QUE CUMPLEN CON LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN.
Fórmula matemática	Nº de tratamientos administrados que cumplen las medidas de prevención para prevenir errores de medicación / Nº total de tratamientos administrados X 100.
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 2.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

PRO Endoscópicos	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera Supervisora Endoscopía
Fuente primaria	Pauta de supervisión de medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso
Fuente secundaria	Informe de evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** a través de la calculadora del tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido (umbral de cumplimiento 80%, margen de error 80%, dividiendo la muestra en 12 meses) obteniendo una muestra de 20 observaciones mensuales. • **Metodología de muestreo:** No aplica, se evaluará una pauta diaria de lunes a viernes según oportunidad, en el caso que el día programado coincida con un feriado se aplicará las pautas al día hábil siguiente. **Indicador 1** • **Criterios de cumplimiento:** se evalúan los siguientes criterios a través de la Pauta de supervisión de medidas de prevención de error de medicación: 1. Paciente correcto 2. Administra el medicamento correcto 3. Administra el medicamento por la vía correcta 4. Administra la dosis correcta 5. Deja registro correcto 6. Horario correcto 7. Verifica fecha de vencimiento El instrumento de evaluación registra mes evaluado, unidad, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente y evaluador. **Indicador 2 (desde julio de 2017)** • **Criterios de cumplimiento:** se evalúan los siguientes criterios a través de la Pauta de supervisión de medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso: 1. Verifica paciente correcto 2. Administra el medicamento correcto 3. Administra el medicamento por la vía correcta 4. Administra la dosis correcta 5. Deja registro correcto 6. Verifica horario correcto 7. Verifica fecha de vencimiento El instrumento de evaluación registra mes evaluado, unidad, fecha de evaluación, nombre del funcionario y evaluador, no incluye el N° de ficha del paciente.
Metodología de constatación	• **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación el periodo de retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3° Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados**: - Procedimiento medidas de prevención error de medicación página 23, anexo 4 Indicador, registra; Nombre del indicador, tipo, fórmula definición de términos, fuente primaria y secundaria y metodología, periodicidad responsable de la medición. - Informe de evaluación periódica del indicador 2017, 2018 y 2019 (primer trimestre). - Pauta de supervisión de medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso. - Control de asistencia "marcas reloj control HRA" • **De la constatación:** 1. Se constata que los criterios evaluados en la Pauta de supervisión de medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso están contenidos en el documento local. La pauta solicita verificar horario correcto a través de una "tarjeta" y **este servicio no**

confecciona tarjetas.

2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 12 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de evaluaciones a través de la revisión de las pautas de supervisión de medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso, del tercer trimestre de 2018 y primer trimestre 2019.
4. El prestador declara que en su pauta de evaluación realiza una observación directa al funcionario, para constatar la fiabilidad de las evaluaciones se solicita registro de control de asistencia de los funcionarios evaluados verificando que se encuentren presentes el día de la evaluación, resultado de la constatación:

Iniciales del funcionario evaluado	Fecha del control de asistencia	Fecha aplicación de la pauta	Se constata registro de asistencia el día de la evaluación
1. OALV	25-07-2018	25-07-2018	SI
2. OALV	20-08-2018	20-08-2018	SI
3. OALV	10-08-2018	10-08-2018	SI
4. OALV	28-09-2018	28-09-2018	SI
5. OALV	05-09-2018	05-09-2018	SI
6. ASRV	23-01-2019	23-01-2019	SI
7. ASRV	05-03-2019	05-03-2019	SI
8. ASRV	27-03-2019	27-03-2019	SI
9. OALV	12-02-2019	12-02-2019	SI
10. OALV	19-02-2019	19-02-2019	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	20	20	100%			
3° Trimestre 2016	20	20	100%			
4° Trimestre 2016	20	20	100%			
1° Trimestre 2017	61	61	100%			
2° Trimestre 2017	60	60	100%			
3° Trimestre 2017	60	60	100%			
4° Trimestre 2017	60	60	100%			
1° Trimestre 2018	60	60	100%			
2° Trimestre 2018	60	60	100%			
3° Trimestre 2018	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
4° Trimestre 2018	60	60	100%			
1° Trimestre 2019	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
2° Trimestre 2016	20	20	100%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. De los 7 atributos de cumplimiento contenidos en la pauta de supervisión, del criterio N°2 al N°6, no es posible constatar el paciente y el medicamento administrado. Lo anterior dado que la pauta de evaluación no consigna identificación del paciente y el medicamento que se administró.
3. Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata la presencia en turno de personal evaluado utilizando las planillas de rotativa de turnos, lo reportado es concordante con lo constatado.

Lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad, se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ad 1	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Enfermera encargada de calidad
Fuente primaria	Pauta de supervisión de procedimiento de prevención de UPP
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** a de calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** Para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. Mecanismo de sustitución: En caso de que el día programado coincida con un feriado legal o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión procedimiento de prevención de UPP

contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterios) y evaluador. Los criterios de evaluación corresponden a:

1. Escala de evaluación de riesgo de UPP aplicada
2. Se planifican cambios de posición según riesgo
3. Se planifica lubricación de la piel cada 6 horas
4. Cambios de posición ejecutados según riesgo
5. Lubricación de la piel ejecutado (

Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado NA: No aplica).

Metodología de constatación

- **Periodo evaluado:** Periodo evaluado: dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.
- **Selección de la muestra:** la constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el 3° y 4° trimestre 2018.
- **Registros revisados:**

- Informe evaluación periódica del indicador
- Pauta de supervisión procedimiento de prevención de UPP.
- Hoja de enfermería

- **De la constatación:**

1. La pauta de supervisión procedimiento de prevención de UPP contiene 5 criterios, los cuales se encuentran contenidos en el protocolo local.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 12 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado.
3. Se realiza una constatación cuantitativa de los criterios evaluados en las pautas de supervisión, del 3° y 4° trimestre de 2018, con el objeto de contrastar la información consignada en las pautas con el cumplimiento reportado por el prestador.
4. Del conteo de pautas:

3° Trimestre 2018		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Julio	18/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Agosto	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Septiembre	19/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	57/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

4° Trimestre 2018		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Octubre	19/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Noviembre	17/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Diciembre	15/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	51/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	37	60	61,67%			
3° Trimestre 2016	69	90	76,67%			
4° Trimestre 2016	86	90	95,56%			
1° Trimestre 2017	80	90	88,89%			
2° Trimestre 2017	86	90	95,56%			
3° Trimestre 2017	56	60	93,33%			
4° Trimestre 2017	56	60	93,33%			
1° Trimestre 2018	56	60	93,33%			
2° Trimestre 2018	60	60	100%			
3° Trimestre 2018	**54**	**60**	**90%**	**54**	**60**	**90%**
4° Trimestre 2018	**51**	**60**	**85%**	**51**	**60**	**85%**
1° Trimestre 2019	49	60	81,67%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ad 2	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera encargada de calidad

Fuente primaria	Pauta de supervisión de procedimiento de prevención de UPP
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** Para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** - El prestador utiliza una pauta de supervisión que consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, N° ficha del paciente, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Escala de evaluación de riesgo de UPP aplicada. 2. Se planifican cambios de posición según riesgo. 3. Se planifica lubricación de la piel cada 6 horas. 4. Cambios de posición ejecutados según riesgo. 5. Lubricación de la piel ejecutada.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, resultando seleccionados: 3° Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión de procedimiento de prevención de UPP. - Informe de evaluación del indicador. - Fichas clínicas • **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) 1. Pauta de "supervisión de procedimiento de prevención de UPP", contiene 5 criterios que se encuentran descritos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 12 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado. 3. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° trimestre de 2018 y 1° trimestre de 2019, para ello se revisa el total de evaluaciones (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019). 4. Luego, se constatan fuentes primarias (5) de 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, resultado de la constatación de la fuente primaria:

3º trimestre 2018								
Fecha evaluación	N° ficha	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Criterio 5	Reportado por prestador	Constado por entidad
03-08-18	88578	SI	NA	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
03-09-18	555489	SI	NA	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
10-07-18	456291	SI	NO	SI	SI	SI	Cumple	**No cumple**
20-09-18	14484	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
20-08-18	731361	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

1º trimestre 2019								
22-02-19	48513	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
14-03-19	737762	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
05-02-19	418769	SI	NO	SI	SI	NO	Cumple	**No cumple**
02-01-19	529575	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
21-01-19	727711	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2 trimestre 2016	56	60	93.3%			
3 trimestre 2016	84	90	93.3%			
4 trimestre 2016	91	91	100%			
1 trimestre 2017	86	88	97.7%			

2 trimestre 2017	87	90	96.6%			
3 trimestre 2017	57	60	95%			
4 trimestre 2017	56	60	93.3%			
1 trimestre 2018	54	60	90%			
2 trimestre 2018	59	60	98.3%			
3 trimestre 2018	**58**	**60**	**96.6%**	**58**	**60**	**96,6%**
4 trimestre 2018	53	60	88.3%			
1 trimestre 2019	**54**	**60**	**90%**	**54**	**60**	**90%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado no es concordante con lo constatado,

Por lo expuesto en el punto 2, no se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ad 3

Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Enfermera encargada de calidad
Fuente primaria	Pauta de supervisión de procedimiento de prevención de UPP
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019

Metodología de medición del prestador

- **Metodología de cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS, para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario.
- Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes.
- **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales.
  En caso de que el día programado coincida con un feriado legal o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida.
- **Criterios de cumplimiento:** la pauta de supervisión procedimiento de prevención de UPP contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterios) y evaluador. Los criterios de evaluación corresponden a:

1. Escala de evaluación de riesgo de UPP aplicada
2. Se planifican cambios de posición según riesgo
3. Se planifica lubricación de la piel cada 6 horas
4. Cambios de posición ejecutados según riesgo
5. Lubricación de la piel ejecutado

Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado NA: No aplica).

Metodología de constatación

- **Periodo evaluado:** Periodo evaluado: Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.
- **Selección de la muestra:** La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el 3° y 4° trimestre 2018.
- **Registros revisados:**

- Informe evaluación periódica del indicadorº
- Pauta de supervisión procedimiento de prevención de UPP.
- Hoja de enfermería

- **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019)

1. La pauta de supervisión procedimiento de prevención de UPP contiene 5 criterios, los cuales se encuentran contenidos en el protocolo local.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 12 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado.
3. Se realiza una constatación cuantitativa de los criterios evaluados en las pautas de supervisión, del 3° y 4° trimestre de 2018, con el objeto de contrastar la información consignada en las pautas con el cumplimiento reportado por el prestador.

3° Trimestre 2018		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Julio	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Agosto	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Septiembre	18/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	58/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

4° Trimestre 2018		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha de evaluación	N° Pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Octubre	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Noviembre	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Diciembre	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Total	60/60	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	60	60	100%			
3° Trimestre 2016	87	90	96,67%			
4° Trimestre 2016	90	90	100%			
1° Trimestre 2017	83	90	92,22%			
2° Trimestre 2017	83	90	92,22%			
3° Trimestre 2017	54	60	90%			
4° Trimestre 2017	58	60	96,67%			
1° Trimestre 2018	50	50	100%			
2° Trimestre 2018	56	60	93,33%			
3° Trimestre 2018	**58**	**60**	**96,67%**	**58**	**60**	**96,67%**
4° Trimestre 2018	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
1° Trimestre 2019	60	60	100%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

UCP Ped.	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora y enfermera de calidad de la unidad
Fuente primaria	Pautas de supervisión medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** Para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado legal o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** la pauta de supervisión de medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso contiene una tabla que incluye: mes evaluado Nº correlativo, fecha de evaluación, nombre del funcionario, parámetros a evaluar (criterios) y evaluador. Los criterios de evaluación corresponden a: 1. Verifica paciente correcto. 2. Administra el medicamento correcto. 3. Administra el medicamento por la vía correcta. 4. Administra la dosis correcta. 5. Deja registro correcto. 6. Verifica horario correcto. 7. Verifica fecha de vencimiento. Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado).
Metodología de constatación	• **Período a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3° Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Informe de evaluación periódica del indicador - Pauta de supervisión medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso. - Rotación de turnos. • **De la constatación:** (Según Ord. IP N° 5 del 17 de mayo de 2019)

1. Pauta de supervisión "Pauta de supervisión medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso", contiene 7 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 12 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019.
4. El prestador declara que su pauta de evaluación es una observación directa a los funcionarios, para constatar la fiabilidad de las evaluaciones se solicita registro de control de asistencia de los funcionarios evaluados verificando que se encuentren presentes el día de la evaluación, resultado de la constatación de las fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5. Resultado de la constatación de la fuente primaria:

3º trimestre 2018				
Randomizer	Funcionario	Fecha de Evaluación	En turno	Cumplimiento
3	O. C.	06-07-2018	SI	Cumple
13	R. R.	17-07-2018	SI	Cumple
24	K. F.	03-08-2018	SI	Cumple
30	C. V.	09-08-2018	SI	Cumple
58	Y. R.	27-09-2018	SI	Cumple
1º trimestre 2019				
Randomizer	Funcionario	Fecha de Evaluación	En turno	Cumplimiento
3	K. F.	03-01-2019	SI	Cumple
13	G. A.	23-01-2019	SI	Cumple
24	S. D.	05-02-2019	SI	Cumple
30	J. R.	11-02-2019	SI	Cumple
58	P. G	28-03-2019	SI	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	59	60	98,33%			
3º trimestre 2016	90	90	100%			
4º trimestre 2016	90	90	100%			
1º trimestre 2017	90	90	100%			
2º trimestre 2017	90	90	100%			
3º trimestre 2017	60	60	100%			
4º trimestre 2017	60	60	100%			
1º trimestre 2018	60	60	100%			
2º trimestre 2018	60	60	100%			
3º trimestre 2018	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
4º trimestre 2018	60	60	100%			
1º trimestre 2019	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. De los 7 atributos de cumplimiento contenidos en la pauta de supervisión, del criterio N°2 al N°6, no es posible constatar el paciente y el medicamento administrado. Lo anterior dado que la pauta de evaluación no consigna identificación del paciente y el medicamento que se administró.
3. Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata la presencia en turno de personal evaluado utilizando las planillas de rotativa de turnos, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 1	
Nombre documento	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Supervisora, enfermeras diurna
Fuente primaria	Pautas de supervisión medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo muestral:** a través de la calculada de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5% (el umbral de cumplimiento del indicador es 90%) .La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo: p**ara determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En el servicio, la enfermera supervisora realiza una selección aleatoria de las camas donde se realizará la evaluación, para lo cual se utiliza randomizer. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las

pautas al día hábil siguiente.
En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida.

- **Criterios de cumplimiento:**

1. Verifica paciente correcto
2. Administra el medicamento correcto
3. Administra medicamento por la vía correcta
4. Administra la dosis correcta
5. Deja registro correcto
6. Verifica horario correcto
7. Verifica fecha de vencimiento

La pauta de supervisión consigna además: mes evaluado, unidad, fecha de evaluación, nombre del funcionario e identificación del evaluador.

Metodología de la constatación

- **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de re acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, periodo que comprende desde 01 de abril de 2016, al 30 de abril de 2019.
- **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, resultando seleccionados 2 trimestres: 3° y 4° Trimestre 2018.
- **Registros revisados:**

- Pauta de supervisión de medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso.
- Informe de evaluación del indicador.
- Rotación de turnos del personal.

De la constatación: (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019).

1. Pauta de supervisión "Pauta de supervisión medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso", contiene 7 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 12 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° y 4° Trimestre 2018.
4. El prestador declara que su pauta de evaluación es una observación directa a los funcionarios, para constatar la fiabilidad de las evaluaciones se solicita registro de control de asistencia de los funcionarios evaluados verificando que se encuentren presentes el día de la evaluación, se constatan fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer.
5. Resultado de la constatación de la fuente primaria:

3° trimestre 2018				
Randomizer	**Funcionario**	**Fecha evaluación**	**En turno**	**Cumplimiento**
5	J.B.	09-08-2018	SI	Cumple
14	N.R	10-09-2018	SI	Cumple
28	S.C	19-09-2018	SI	Cumple
36	S.C	22-11-2018	SI	Cumple
53	D.R	07-08-2018	SI	Cumple

4º Trimestre 2018				
Randomizer	**Funcionario**	**Fecha evaluación**	**En turno**	**Cumplimiento**
34	N.J	07-08-2018	SI	Cumple
77	C.V	23-10-2018	SI	Cumple
79	S.C	26-10-2018	SI	Cumple
94	E.G	19-11-2018	SI	Cumple
102	R.J	06-12-2018	SI	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º Trimestre 2016	58	60	96,6 %			
3º Trimestre 2016	70	90	77,7 %			
4º Trimestre 2016	81	90	90,0 %			
1º Trimestre 2017	81	90	90,0 %			
2º Trimestre 2017	82	90	91,2 %			
3º Trimestre 2017	50	60	83,3 %			
4º Trimestre 2017	53	60	88,3 %			
1º Trimestre 2018	52	60	86,6 %			

2º Trimestre 2018	54	60	90,0 %			
3º Trimestre 2018	**51**	**60**	**85,0 %**	**51**	**60**	**85,0 %**
4º Trimestre 2018	**56**	**60**	**93,3 %**	**56**	**60**	**93,3 %**
1º Trimestre 2019	49	60	81,6 %			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. De los 7 atributos de cumplimiento contenidos en la pauta de supervisión, del criterio N°2 al N°6, no es posible constatar el paciente y el medicamento administrado. Lo anterior dado que la pauta de evaluación no consigna identificación del paciente y el medicamento que se administró.
3. Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata la presencia en turno de personal evaluado utilizando las planillas de rotativa de turnos, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 2

Nombre documento	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Supervisora, enfermeras diurna
Fuente primaria	Pautas de supervisión medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo muestral:** a través de la calculada de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5% (el umbral de cumplimiento del indicador es 90%) .La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo: p**ara determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En el servicio, la enfermera supervisora realiza una selección aleatoria de las camas donde se realizará la evaluación, para lo cual se utiliza randomizer. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** 1. Verifica paciente correcto 2. Administra el medicamento correcto 3. Administra medicamento por la vía correcta 4. Administra la dosis correcta 5. Deja registro correcto 6. Verifica horario correcto 7. Verifica fecha de vencimiento La pauta de supervisión consigna además: mes evaluado, unidad, fecha de evaluación, nombre del funcionario e identificación del evaluador.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de re acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, periodo que comprende desde 01 de abril de 2016, al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, resultando seleccionados 2 trimestres: 3° y 4° Trimestre 2018. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión de medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso. - Informe de evaluación del indicador. - Rotación de turnos del personal. **De la constatación:** (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019). 1. Pauta de supervisión "Pauta de supervisión medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso", contiene 7 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 12 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° y 4° Trimestre 2018.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º Trimestre 2016	60	60	100 %			
3º Trimestre 2016	90	90	100 %			
4º Trimestre 2016	81	90	97,8 %			
1º Trimestre 2017	88	90	97,8 %			

2º Trimestre 2017	88	90	97,8 %			
3º Trimestre 2017	56	60	93,3 %			
4º Trimestre 2017	60	60	100 %			
1º Trimestre 2018	53	60	88,3 %			
2º Trimestre 2018	54	60	90,0 %			
3º Trimestre 2018	**56**	**60**	**93,3 %**	**56**	**60**	**93,3 %**
4º Trimestre 2018	**59**	**60**	**98,3 %**	**59**	**60**	**98,3 %**
1º Trimestre 2019	60	60	100 %			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 3

Nombre documento	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Supervisora, enfermeras diurna
Fuente primaria	Pautas de supervisión medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo muestral:** a través de la calculada de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5% (el umbral de cumplimiento del indicador es 90%) .La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En el servicio, la enfermera supervisora realiza una selección aleatoria de las camas donde se realizará la evaluación, para lo cual se utiliza randomizer. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** 1. Verifica paciente correcto 2. Administra el medicamento correcto 3. Administra medicamento por la vía correcta 4. Administra la dosis correcta 5. Deja registro correcto 6. Verifica horario correcto 7. Verifica fecha de vencimiento La pauta de supervisión consigna además: mes evaluado, unidad, fecha de evaluación, nombre del funcionario e identificación del evaluador.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de re acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, periodo que comprende desde 01 de abril de 2016, al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, resultando seleccionados 2 trimestres: 3° y 4° Trimestre 2018. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión de medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso. - Informe de evaluación del indicador. - Rotación de turnos del personal. **De la constatación:** (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019). 1. Pauta de supervisión "Pauta de supervisión medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso", contiene 7 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 12 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º Trimestre 2016	52	60	86,7 %			
3º Trimestre 2016	87	90	96,7 %			
4º Trimestre 2016	81	85	95,3 %			
1º Trimestre 2017	90	90	100 %			
2º Trimestre 2017	89	90	98,9 %			
3º Trimestre 2017	55	60	91,7 %			
4º Trimestre 2017	60	60	100 %			

1º Trimestre 2018	55	60	91,7 %			
2º Trimestre 2018	57	60	95,0 %			
3º Trimestre 2018	**57**	**60**	**95,0 %**	**57**	**60**	**95,0 %**
4º Trimestre 2018	**60**	**60**	**100 %**	**60**	**60**	**100 %**
1º Trimestre 2019	60	60	100 %			

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 4	
Nombre documento	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Supervisora, enfermeras diurna
Fuente primaria	Pautas de supervisión medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	febrero 2019 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo muestral:** a través de la calculada de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5% (el umbral de cumplimiento del indicador es 90%) .La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo: p**ara determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En el servicio, la enfermera supervisora realiza una selección aleatoria de las camas donde se realizará la evaluación, para lo cual se utiliza randomizer. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** 1. Verifica paciente correcto 2. Administra el medicamento correcto 3. Administra medicamento por la vía correcta 4. Administra la dosis correcta 5. Deja registro correcto 6. Verifica horario correcto 7. Verifica fecha de vencimiento La pauta de supervisión consigna además: mes evaluado, unidad, fecha de evaluación, nombre del funcionario e identificación del evaluador.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de reacreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, este servicio que inició su funcionamiento el 24 de Enero de 2019, evaluara desde el primer trimestre de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, resultando seleccionados 2 trimestres: 3° y 4° Trimestre 2018. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión de medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso. - Informe de evaluación del indicador. - Rotación de turnos del personal. • **De la constatación:** (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019). 1. Pauta de supervisión "Pauta de supervisión medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso", contiene 7 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado del 1° trimestre 2019, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
1º Trimestre 2019	13	13	100 %	13	13	100 %

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 5	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera encargada de calidad
Fuente primaria	Pautas de supervisión medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso

Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS, para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** Para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. - En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. - En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión de medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, nombre del funcionario e identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Verifica paciente correcto 2. Administra el medicamento correcto 3. Administra medicamento por la vía correcta 4. Deja registro correcto 5. Verifica horario correcto 6. Verifica fecha de vencimiento.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, resultando seleccionados: 3° Trimestre 2018 y 4° Trimestre 2018. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso. - Informe de evaluación del indicador. - Rotaciones de turno del personal • **De la constatación:** 1. Pauta de "supervisión de medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso", contiene 6 criterios que se encuentran descritos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 12 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado. 3. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° trimestre de 2018 y 4° trimestre de 2018, para ello se revisa el total de evaluaciones (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	57	60	95%			
3º trimestre 2016	80	89	89.89%			
4º trimestre 2016	80	87	91,95%			
1º trimestre 2017	88	90	97,78%			
2º trimestre 2017	89	90	98.89%			
3º trimestre 2017	55	60	91,67%			
4º trimestre 2017	58	60	96,67%			
1º trimestre 2018	57	60	95%			
2º trimestre 2018	59	60	98,33%			
3º trimestre 2018	**30**	**60**	**50%**	**30**	**60**	**50%**
4º trimestre 2018	**54**	**60**	**90%**	**54**	**60**	**90%**
1º trimestre 2019	53	60	88,33%			

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 6	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera encargada de calidad
Fuente primaria	Pautas de supervisión medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 febrero 2018 al 30 abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS, para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de

cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes.

- **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales.
  En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente.
  En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida.
- **Criterios de cumplimiento:** el prestador utiliza una pauta de supervisión que consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, nombre del funcionario e identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios:

1. Verifica paciente correcto
2. Administra el medicamento correcto
3. Administra medicamento por la vía correcta
4. Deja registro correcto
5. Verifica horario correcto
6. Verifica fecha de vencimiento.

Metodología de constatación

- **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de reacreditación aplica un periodo retrospectivo desde 01 de febrero de 2018, fecha de inicio de funcionamiento de la unidad, al 30 de abril de 2019.
- **Selección de la muestra:** La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, resultando seleccionados: 3° Trimestre 2018 y 4° Trimestre 2018.
- **Registros revisados:**

- Pauta de supervisión de medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso.
- Informe de evaluación del indicador.
- Rotación de turnos del personal.

- **De la constatación:**

1. Pauta de "supervisión de medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso", contiene 6 criterios que se encuentran descritos en el protocolo.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 6 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado.
3. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° trimestre de 2018 y 4° trimestre de 2018, para ello se revisa el total de evaluaciones (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019).
4. Luego, se constatan fuentes primarias (5) de 3° trimestre, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, resultado de la constatación de la fuente primaria:

3° trimestre 2018			
Funcionario	Fecha evaluación	En turno	Cumplimiento
B. C.	03-08-2018	SI	Cumple
K. Y.	09-08-2018	SI	Cumple
D. O.	11-09-2018	SI	Cumple
G. O.	17-07-2018	SI	Cumple
G. O.	30-07-2018	SI	Cumple

4° trimestre 2018			
Funcionario	Fecha evaluación	En turno	Cumplimiento
N. O.	05-10-2018	SI	Cumple
P. P.	19-10-2018	SI	Cumple
P. CH.	21-11-2018	SI	Cumple
V. M.	28-11-2018	SI	Cumple
V. M.	14-12-2018	SI	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Febrero 2018	8	12	66,67			
Marzo 2018	18	20	90			
2 trimestre 2018	56	60	93,33			
3 trimestre 2018	**58**	**60**	**96,67**	**58**	**60**	**96,67**
4 trimestre 2018	**59**	**60**	**98,33**	**59**	**60**	**98,33**
1 trimestre 2019	60	60	100%			

Descripción de los hallazgos: Lo reportado por el prestador es concordante con lo constatado.

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

2. De los 6 atributos de cumplimiento contenidos en la pauta de supervisión, del criterio N°2 al N°6, no es posible constatar el paciente y el medicamento administrado. Lo anterior dado que la pauta de evaluación no consigna identificación del paciente y el medicamento que se administró.
3. Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata la presencia en turno de personal evaluado utilizando las planillas de rotativa de turnos, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se da por cumplido el elemento medible

Ped	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora y enfermera de calidad de la unidad
Fuente primaria	Pautas de supervisión medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS, para indicadores clínicos de calidad universo desconocido con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado legal o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión de medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso contiene una tabla que incluye: mes evaluado Nº correlativo, fecha de evaluación, nombre del funcionario, parámetros a evaluar (criterios) y evaluador. Los criterios de evaluación corresponden a: 1. Verifica paciente correcto. 2. Administra el medicamento correcto. 3. Administra el medicamento por la vía correcta. 4. Administra la dosis correcta. 5. Deja registro correcto. 6. Verifica horario correcto. 7. Verifica fecha de vencimiento. Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/1: cumple con el parámetro solicitado).
Metodología de constatación	• **Período a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3° Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Informe de evaluación periódica del indicador - Pauta de supervisión. - Rotación de turnos. - Marcación por SIRH. • **De la constatación:** (Según Ord. IP N° 5 del 17 de mayo de 2019) 1. Pauta de supervisión "Pauta de supervisión medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso", contiene 7 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 12 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado. 3. El prestador declara que su pauta de evaluación es una observación directa a los funcionarios, para constatar la fiabilidad de las evaluaciones se solicita registro de control de asistencia de los funcionarios evaluados verificando que se encuentren presentes el día de la evaluación. 4. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019. 5. Se constatan fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5. 6. Resultado de la constatación de la fuente primaria:

3º trimestre 2018

Randomizer	Funcionario	Fecha de Evaluación	En turno	Cumplimiento
26	I. C.	06-08-2018	SI	Cumple
27	P. A.	07-08-2018	SI	Cumple
47	C. O.	11-09-2018	SI	Cumple
58	V. L.	27-09-2018	SI	Cumple
59	K. C.	28-09-2018	SI	Cumple

1º trimestre 2019

Randomizer	Funcionario	Fecha de Evaluación	En turno	Cumplimiento
26	R. F.	07-02-2019	SI	Cumple
27	E. F.	08-02-2018	SI	Cumple
47	E. F.	12-03-2019	SI	Cumple
58	R. V.	28-03-2019	NO	No cumple
59	E. F.	29-03-2019	NO	No cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	58	60	96,67%			
3º trimestre 2016	83	90	92,22%			
4º trimestre 2016	83	90	92,22%			
1º trimestre 2017	85	90	94,44%			
2º trimestre 2017	87	90	96,67%			
3º trimestre 2017	58	60	96,67%			
4º trimestre 2017	57	60	95,00%			
1º trimestre 2018	55	60	91,67%			
2º trimestre 2018	57	60	95,00%			
3º trimestre 2018	**56**	**60**	**93,33%**	56	60	93,33%
4º trimestre 2018	58	60	96,67%			
1º trimestre 2019	**51**	**60**	**85,00%**	51	60	85,00%

Descripción de los hallazgos: Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. De los 7 atributos de cumplimiento contenidos en la pauta de supervisión, del criterio N°2 al N°6, no es posible constatar el paciente y el medicamento administrado, no se puede acceder a la ficha clínica. Lo anterior dado que la pauta de evaluación no consigna identificación del paciente y el medicamento que se administró.
3. Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata la presencia en turno de personal evaluado utilizando las planillas de rotativa de turnos. Se coteja con rotación de turnos y marcaje en SIRH. Dos constataciones de fuente primaria no coinciden con la rotación de turnos. Las pautas fueron aplicadas por funcionaria que durante la visita en terreno no se encontraba presente. Lo reportado no es concordante con lo constatado por la entidad.

Por lo señalado en el punto 3, no se da por cumplido el elemento medible.

Obst-Gine	
Nombre documento	PROCEDIMIENTO MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTE – INDICADOR
Responsable medición	Matrona encargada de calidad por unidad
Fuente primaria	Ficha clínica
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador, pauta de supervisión de procedimiento de prevención de caídas
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** para el cálculo de la muestra utiliza calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido. Umbral de cumplimiento 80% y margen de error del 5%. Descrito lo anterior el prestador aplica al menos 20 pautas mensuales. • **Metodología de muestreo:** se seleccionan los días (10 días) y las camas a evaluar, usando el randomizer. Se aplican mensualmente 2 pautas por día randomizado. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana o no hallan casos, se aplican las pautas al día hábil siguiente. De no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada, se sustituye por la cama consecutiva. • **Criterios de cumplimiento:** la pauta de supervisión de procedimiento de prevención de caídas en pacientes hospitalizados consigna fecha de evaluación, Nº de ficha del paciente, evaluador y los siguientes criterios de cumplimiento: 1. Escala de riesgo aplicada. 2. Clasificación de riesgo registrado. 3. Medidas de prevención planificadas (uso de barandas y frenos de cama). 4. Medidas de prevención ejecutadas (uso de barandas y frenos de cama).
Metodología de constatación	• **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período de retrospectividad es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando randomizer entregado por el Director Técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3º Trimestre 2018 y 1º trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Informe evaluación periódica del indicador. - Pauta de supervisión de procedimiento de prevención de caídas en pacientes hospitalizados. - Ficha clínica de pacientes. • **De la constatación:** 1. La pauta de supervisión de "Procedimiento de Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados" contiene 4 criterios de cumplimiento descritos en metodología de medición del prestador y que

está contenido en el protocolo local.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 12 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de las evaluaciones realizadas en el período randomizado: 3º trimestre 2018 y 1º trimestre 2019.
4. Se constatan 5 fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar seleccionadas usando el randomizer, según Ord. Circular IP Nº 5, resultado de la constatación de fuente primaria:

3º trimestre 2018					
Nº Ficha / RUT	Iniciales del Paciente	Fecha de Evaluación	Medidas de prevención planificadas	Cumplimiento reportado por el prestador	Cumplimiento reportado por la entidad
1. 520XXX	MMP	13-07-2018	NO	No Cumple	No Cumple
2.608XXX	ANA	20-07-2018	SI	Cumple	Cumple
3. 12XXX	LRV	13-08-2018	NO	No Cumple	No Cumple
4.595XXX	GUS	06-09-2018	NO	No Cumple	No Cumple
5.748XXX	FMM	20-09-2018	SI	Cumple	Cumple

1º trimestre 2019					
Nº Ficha / RUT	Iniciales del Paciente	Fecha de Evaluación	Medidas de prevención planificadas	Cumplimiento reportado por el prestador	Cumplimiento reportado por la entidad
6.499XXX	UAU	20-02-2019	NO	No Cumple	No Cumple
7.755XXX	MBF	05-03-2019	SI	Cumple	Cumple
8.467XXX	KVB	08-03-2019	SI	Cumple	Cumple
9.28XXX	FGA	21-03-2019	NO	No Cumple	No Cumple
10. 157XXX	MZV	29-03-2019	SI	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	60	60	100%			
3º trimestre 2016	90	90	100%			
4º trimestre 2016	84	84	100%			
1º trimestre 2017	85	85	100%			
2º trimestre 2017	89	89	100%			
3º trimestre 2017	60	60	100%			
4º trimestre 2017	60	60	100%			
1º trimestre 2018	7	7	100%			
2º trimestre 2018	6	11	54,55%			
3º trimestre 2018	**5**	**10**	**50%**	**5**	**10**	**50%**
4º trimestre 2018	5	5	100%			
1º trimestre 2019	**5**	**8**	**62,5%**	**5**	**8**	**62,5%**

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Para período anterior al I trimestre de 2018 entrevistada, refiere como metodología de la evaluación en todas las pacientes seleccionadas de acuerdo al día y cama randomizadas, independiente del riesgo que tuvieran; desde el año 2018 se evalúan aquellas pacientes que efectivamente tienen un riesgo moderado o alto; dado la baja casuística de este tipo de pacientes se usa el mecanismo de sustitución.
3. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

URG	
Nombre documento	PAUTA DE SUPERVISIÓN DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ERROR DE MEDICACIÓN EN TRATAMIENTO ENDOVENOSO.
Responsable medición	Enfermera encargada de calidad por unidad.
Fuente primaria	Pautas de supervisión medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019

<table>
<tr><td>Metodología de medición del prestador</td><td>

Metodología de cálculo del muestreo: a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento de 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el Nº de pautas de supervisión que serán aplicadas al mes.
Metodología de muestreo: para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará una diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado, se aplicaran las pautas al día hábil siguiente.
Criterio evaluado: El prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna, el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, nombre del funcionario, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios:

1. Verificar paciente correcto.
2. Administrar el medicamento correcto.
3. Administrar el medicamento por la vía correcta.
4. Administrar la dosis correcta.
5. Dejar registro correcto.
6. Verificar horario correcto.
7. Verificar fecha de vencimiento.
</td></tr>
<tr><td>Metodología de constatación</td><td>

Periodo retrospectivo evaluado: dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende del 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.
Selección de la muestra: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa el III trimestre 2018 y I trimestre 2019.
Registros Revisados:

- Informe evaluación periódica, III trimestre 2018 y I trimestre 2019.
- Pauta de supervisión, 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019.
- Turnos del personal, 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019.

De la constatación:

1. Pauta de supervisión “Pauta de supervisión medidas de prevención de error de medicación en tratamiento endovenoso”, contiene 7 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 12 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado.
3. El prestador declara que su pauta de evaluación es una observación directa a los funcionarios, para constatar la fiabilidad de las evaluaciones se solicita registro de control de asistencia de los funcionarios evaluados verificando que se encuentren presentes el día de la evaluación.
4. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019, para ello se revisan el total de evaluaciones (según ord. Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019).
5. Se verifican 5 fuentes primarias del 3° Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019, verificando las rotativas de turno, constatando que el personal evaluado se encontraba en turno el día de la aplicación de la pauta de supervisión.
6. Resultado de constatación fuente primaria:
<table>
<tr><th colspan="3">3° trimestre 2018</th></tr>
<tr><td>Fecha constatada</td><td>Iníciales de funcionario</td><td>Funcionario presente el día de la evaluación</td></tr>
<tr><td>12-07-2018</td><td>B.V.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>06-08-2018</td><td>S.L.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>10-08-2018</td><td>P.M.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>22-08-2018</td><td>S.L.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>28-08-2018</td><td>E.D.</td><td>SI</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th colspan="3">1° trimestre 2019</th></tr>
<tr><td>Fecha constatada</td><td>Iníciales de funcionario</td><td>Funcionario presente el día de la evaluación</td></tr>
<tr><td>08-01-2019</td><td>M.I.A.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>24-01-2019</td><td>K.A.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>20-02-2019</td><td>C.T.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>11-03-2019</td><td>J.D.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>20-03-2019</td><td>A.D.</td><td>SI</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	59	60	98.3%			
3º trimestre 2016	90	90	100%			
4º trimestre 2016	90	90	100%			
1º trimestre 2017	89	90	98.8%			
2º trimestre 2017	87	90	96.6%			
3º trimestre 2017	58	60	96.6%			
4º trimestre 2017	60	60	100%			

1º trimestre 2018	57	60	95%			
2º trimestre 2018	60	60	100%			
3º trimestre 2018	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
4º trimestre 2018	60	60	100%			
1º trimestre 2019	**51**	**60**	**85%**	**51**	**60**	**85%**

Descripción de los hallazgos

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. De los 7 atributos de cumplimiento contenidos en la pauta de supervisión, del criterio N°2 al N°6, no es posible constatar el paciente y el medicamento administrado. Lo anterior dado que la pauta de evaluación no consigna identificación del paciente y el medicamento que se administró.
3. Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata la presencia en turno de personal evaluado utilizando las planillas de rotativa de turnos cuanto a lo cualitativo.

Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA GCL 2.2 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje (1-0-NA)	Dirección	PRO Endos.	UPC Ad	UPC Ped	Med	Ped	Cir.Adulto	Obst-gine	URG
1° elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2° elemento medible		1	1	1	1	1	1	1	1
3° elemento medible		1	0	1	1	0	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 23/25		Porcentaje obtenido: 92%					**Cumple: SI**	

CARACTERÍSTICA GCL 2.3 / HALLAZGOS

GCL 2.3 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención, que contempla al menos. Se han definido los responsables de su aplicación.

Nombre del documento	SISTEMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN								
Resolución: Exenta N° 5138 27 de mayo 2016.		Versión: 04			Fecha: Marzo 2016				
Elaborado por: Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente HRA Revisado por: Dra. Alejandra Muñoz, Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente			Aprobado por: Dr. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional Antofagasta						
Carácter institucional: SI		Fecha vigencia: 5 años			N° páginas: 17				
Considera SI/NO	Eventos adversos:	SI	Eventos centinela:	SI	Sistema vigilancia:	SI	Proced. reporte:	SI	
Responsable de la aplicación	SI								

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista el documento de carácter institucional.
En la página 2 define:
Los responsables:

- Director: tomar conocimiento y acciones de los eventos y tomar las acciones, generar documento que acredite la ausencia o existencia de EC.
- Subdirector Médico, Subdirectora Enfermería, Subdirectora Matronería: implementación de las medidas.
- Profesional UCSP: mantener una base de datos, para el análisis y reporte de los incidentes, EA o EC.
- Funcionario HRA: notificar directamente a la UCSP los eventos detectados o identificados, participar ante solicitud de participación en los análisis causales y/o plan de mejora.
- Supervisor de la Unidad asistencial y/o apoyo: notificar los EA a la UCSP e informar al jefe, realizar análisis causal y plan de mejora, ejecución de mejoras.
- Jefe de unidad asistencial y/o apoyo: tomar conocimiento de los EA de su unidad y participar en el proceso de análisis causal y plan de mejora de los eventos centinelas.

• Alcance: aplicará a todas las Unidades clínicas y de apoyo.

• En las páginas 4 a 6, ítem 7, describe el **sistema de vigilancia**:

- Vigilancia Activa: se realiza semanalmente a través de visitas dirigidas a las unidades y revisión de libro de parto para perseguir muertes fetales o asfixias neonatales moderadas.
- Vigilancia pasiva: Se realiza a través de Notificaciones voluntarias a la UCSP y la Unidad de Gestión de Usuarios (UGU), asociados al ítem competencia técnica.
- Se registrará en planilla de vigilancia activa.

• **Sistema de notificación** (procedimiento de reporte): a través de formulario de notificación el cual se puede obtener de la página web www.hospitalantofagasta.gob.cl del link Unidad de Calidad y Seguridad del paciente, directamente en la UCSP en forma verbal, vía telefónica o correo electrónico (unidadcalidadhra@gmail.com).
El formulario (anexo 3) que contiene:

- Fecha de reporte, lugar de ocurrencia, hora, unidad donde ocurre el evento.
- Tipo o nombre del evento.
- Datos del paciente: Nombre, Rut o ficha, edad, sexo, diagnóstico.
- Descripción del evento.
- Estamento que reporta.

• Evaluación: mediante un informe al finalizar el primer semestre y un informe anual. Este será difundido en una reunión ampliada a todos los jefes de servicios y supervisores de las unidades.
• En la página 9, anexo 1, se describen los **eventos adversos** y/o incidentes a vigilar asociados a:

Atención o procedimientos de enfermería, matronería y de tecnología médica:
- Error de medicación (administración).
- Extravasación de medicamentos, fleboclisis, medio de contraste, etc.
- Reacción adversa a transfusión.
- Caída de pacientes sin resultado de muerte.
- Úlceras por presión (grado 1 y 11, o aumento en grados durante Hospitalización).
- Error de identificación de pacientes.
- Quemadura
- Fuga de pacientes.
- Lesiones a RN asociados al parto.
- Otros

Atención o procedimientos médicos:
- Error de medicación (indicación).
- Dehiscencia de sutura
- Reintervenciones quirúrgicas no programada ocurridos antes de 30 días de realizada la cirugía (vigilada por indicadores de seguridad).
- Lesiones a RN asociados a cesárea.
- otros

- En las páginas 10 a 11, anexo 2, se describen los **eventos centinelas** a vigilar asociados a la atención o procedimientos:

Seguridad de la cirugía:
- Enfermedades trombo-embolicas en pacientes quirúrgicos (TVP O TEP).
- Cirugía de paciente equivocado.
- Cirugía de sitio equivocado.
- Cuerpo extraño olvidado.
- Cirugía equivocada.
- Paro cardio respiratorio intraoperatorio.
- Extirpación no programada de un órgano.

Atención obstétrica:
- Muerte materna.
- Muerte fetal tardía.
- Asfixia neonatal no recuperada.
- Recién nacido dado de alta a la persona equivocada.
- Muerte o discapacidad grave asociada con el trabajo de parto o el parto mismo en un embarazo de bajo riesgo mientras está hospitalizada

Atención y cuidados de los pacientes:
- Muerte o discapacidad grave de un paciente asociado a un error de medicación: medicamento, dosis, paciente y vía de administración equivocados.
- Úlceras por presión grado 111 o IV adquiridas durante la Hospitalización. En el caso de aquellos pacientes que por contraindicación medica no es posible aplicar las medidas de prevención descrita en el procedimiento PO-SDEM-1O y presentan estos eventos, serán clasificados como EA excluyéndolos como EC.
- Muerte de un paciente por causa de una caída intrahospitalaria.
- Quemadura recibida de cualquier fuente mientras está hospitalizado desde segundo grado profundo hasta cuarto grado.
- Extravió de biopsia.

Seguridad de la medicina transfusional:
- Transfusión del paciente equivocado.
- Transfusión de componentes sanguíneos sin tamizaje microbiológicos conformes.
- Infecciones por un agente transmisible que se puede transmitir por transfusión.
- Reacciones hemolíticas aguda por incompatibilidad de grupo sanguíneo.
- Reacción por sobre carga de volumen.

Infecciones asociadas a la atención:
- Prolongación o reaparición de brote epidémico.
- Distribución de material no estéril a los servicios clínicos.

Entre las páginas 12 a 17, se observan los siguientes anexos a los que hace referencia el documento:
- Anexo 3: Formulario de notificación de eventos adversos.
- Anexo 4: Formulario análisis causal y plan de mejora.
- Anexo 5: Informe de eventos adversos y centinela.
- Anexo 6: Escala de gravedad de los incidentes o eventos adversos v/s clasificación del suceso según definición local.
- Anexo 7: Formulario de vigilancia activa.

Observaciones:
1. El documento no define en forma explícita eventos adversos para la unidad de anatomía patológica.
2. El documento presentado cumple con la retrospectividad que le aplica a este proceso de reacreditación.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA

Dirección	PQ	*PRO	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med	Cir Ad	Cir Inf	Ped
SI	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**
Neo	Obst-gine	APF	APQ	API	APA	APT	APR	Dental	URG
SI	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**SI**	**NA**	**SI**	**SI**

GCL 2.3 – Segundo elemento medible: Existen registros implementados y en uso para reportes de EA de acuerdo al sistema de vigilancia local.

Punto	Describir sistema de reporte de Eventos Adversos y el contenido de éste
PQ 1	Formulario de notificación de eventos adversos, disponible en formato digital o físico en los distintos computadores de pabellón. Se realiza entrevista a funcionarios del servicio, para efecto de constatar el procedimiento de notificación. El reporte se deriva vía correo electrónico a jefe director y unidad de calidad, para su posterior análisis. El formulario contiene los siguientes elementos: - N° de reporte (lo completa la UCSP) - Fecha de reporte, fecha de ocurrencia del evento, hora de ocurrencia del evento. - Unidad que notifica el evento, unidad donde ocurre el evento. - Tipo o nombre del evento - Datos del paciente: nombre del paciente, Rut o N° de ficha, edad, sexo, diagnóstico principal - Breve descripción del evento - Estamento que reporta Se da por cumplido el elemento medible.
PQ 2	El sistema de reporte se realiza a través de un "formulario de notificación de eventos adversos" que contiene: - Fecha de reporte, lugar de ocurrencia, hora, unidad donde ocurre el evento. - Tipo o nombre del evento. - Datos del paciente: Nombre, Rut o ficha, edad, sexo, diagnóstico. - Descripción del evento. - Estamento que reporta. Para constatar el uso de los formularios se entrevista a un funcionario de PQ CMA. - Criterio evaluado: en caso de presenciar un evento adverso cómo realizan la notificación de éste. - Respuesta esperada: a través de formulario de notificación, disponible en la página web o a través de un formulario impreso. - Entrevistada CV, TENS: a través de un formulario impreso. Se da por cumplido el elemento medible.
PQ 3	El sistema de reporte se realiza a través de un "formulario de notificación de eventos adversos" que contiene: - Fecha de reporte, lugar de ocurrencia, hora, unidad donde ocurre el evento. - Tipo o nombre del evento. - Datos del paciente: Nombre, Rut o ficha, edad, sexo, diagnóstico. - Descripción del evento. - Estamento que reporta. Para constatar el uso de los formularios se entrevista a un funcionario de PQ cardiovascular. - Criterio evaluado: en caso de presenciar un evento adverso cómo realizan la notificación de éste. - Respuesta esperada: a través de formulario de notificación, disponible en la página web o a través de un formulario impreso. - Entrevistada PA, TENS: a través de un formulario impreso Se da por cumplido el elemento medible
PRO Endoscópicos	El sistema de reporte se realiza a través de un "formulario de notificación de eventos adversos" que contiene: - Fecha de reporte, lugar de ocurrencia, hora, unidad donde ocurre el evento. - Tipo o nombre del evento. - Datos del paciente: Nombre, Rut o ficha, edad, sexo, diagnóstico. - Descripción del evento. - Estamento que reporta. Para constatar el uso de los formularios se entrevista a dos funcionarios de la unidad de Endoscopía. - Criterio evaluado: en caso de presenciar un evento adverso cómo realizan la notificación de éste. - Respuesta esperada: a través de formulario de notificación, disponible en la página web www.hospitalantofagasta.gob.cl del link Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, directamente en la UCSP en forma verbal, vía telefónica o correo electrónico (unidadcalidadhra@gmail.com). Resultados constatación: - Entrevistada OALV, enfermera endoscopia, se dirige a la supervisora quien notifica el evento antes de las 48 horas, ella notifica vía escrita antes de 48 horas, vía escrita o por vía a la Unidad de Calidad. - Entrevistada NFAA, supervisora endoscopía, la notificación se realiza vía online o vía escrita a través de un formulario, se descarga a través de la página www.hospitalantofagasta.gob.cl del link Unidad de Calidad y Seguridad del paciente, el formulario tenido a la vista es declarado en el protocolo local, posterior a su registro se envía por correspondencia o vía mail unidadcalidadhra@gmail.com) o vía telefónica. Se da por cumplido el elemento medible.

PRO Hemodinamia	El sistema de reporte es a través del "formulario de notificación de eventos adversos" que contiene: - Fecha de reporte, lugar de ocurrencia, hora, unidad donde ocurre el evento. - Tipo o nombre del evento. - Datos del paciente: Nombre, Rut o ficha, edad, sexo, diagnóstico. - Descripción del evento. - Estamento que reporta. Para constatar el uso de los formularios se consulta a un funcionario de la unidad de Hemodinamia. - Criterio evaluado: Si ocurre un evento adverso o centinela como lo notifica. - Respuesta esperada: a través de formulario de notificación, disponible en la página web del Hospital. Resultados constatación: - Entrevistada EU A. Salazar notifica en el formulario que se encuentra en la página web o en formulario impreso antes de 48 horas. Se da por cumplido el elemento medible
UPC Ad 1	Formulario de notificación de eventos adversos, disponible en formato digital o físico en los distintos computadores de UPC (uci adulto y UCI coronaria). Se realiza entrevista a funcionarios del servicio, para efecto de constatar el procedimiento de notificación. El reporte se deriva vía correo electrónico a jefe director y unidad de calidad, para su posterior análisis. El formulario contiene los siguientes elementos: - N° de reporte (lo completa la UCSP) - Fecha de reporte, fecha de ocurrencia del evento, hora de ocurrencia del evento. - Unidad que notifica el evento, unidad donde ocurre el evento. - Tipo o nombre del evento - Datos del paciente: nombre del paciente, Rut o N° de ficha, edad, sexo, diagnóstico principal - Breve descripción del evento - Estamento que reporta
UPC Ad 2	El sistema de reporte es a través del "formulario de notificación de eventos adversos" que contiene: - Fecha de reporte, lugar de ocurrencia, hora, unidad donde ocurre el evento. - Tipo o nombre del evento. - Datos del paciente: Nombre, Rut o ficha, edad, sexo, diagnóstico. - Descripción del evento. - Estamento que reporta. Para constatar el uso de los formularios se entrevista a dos funcionarios de la unidad TIM. - Criterio evaluado: Si ocurre un evento adverso o centinela como lo notifica. - Respuesta esperada: a través de formulario de notificación, disponible en la página web del Hospital. Resultados constatación: - Entrevistada EU C. Bascuñán notifica en el formulario que se encuentra en la página web antes de 48 horas. - Entrevistada EU E. Pinto notifica en el formulario que se encuentra en la página web antes de 48 horas. Se da por cumplido el elemento medible
UPC Ad 3	Formulario de notificación de eventos adversos, disponible en formato digital o físico en los distintos computadores de UPC (uci adulto y UCI coronaria). Se realiza entrevista a funcionarios del servicio, para efecto de constatar el procedimiento de notificación. El reporte se deriva vía correo electrónico a jefe director y unidad de calidad, para su posterior análisis. El formulario contiene los siguientes elementos: - N° de reporte (lo completa la UCSP) - Fecha de reporte, fecha de ocurrencia del evento, hora de ocurrencia del evento. - Unidad que notifica el evento, unidad donde ocurre el evento. - Tipo o nombre del evento - Datos del paciente: nombre del paciente, Rut o N° de ficha, edad, sexo, diagnóstico principal - Breve descripción del evento - Estamento que reporta Se da por cumplido el elemento medible
UPC Ped	• **Criterios de cumplimiento:** Existencia de formulario de notificación de evento adverso contenido en el documento local, que contiene los siguientes criterios: - Fecha de reporte. - Fecha de ocurrencia del evento. - Hora de ocurrencia del evento. - Unidad que notifica el evento. - Unidad donde ocurre el evento. - Tipo o nombre del evento. - Nombre del paciente. - RUT o Nº de ficha. - Edad, sexo. - Diagnóstico principal. - Breve descripción del evento.

	- Estamento que reporta. Se da por cumplido el elemento medible
UPC Neo	• **Criterios de cumplimiento:** Existencia de formulario de notificación de evento adverso contenido en el documento local, que contiene los siguientes criterios: - Fecha de reporte. - Fecha de ocurrencia del evento. - Hora de ocurrencia del evento. - Unidad que notifica el evento. - Unidad donde ocurre el evento. - Tipo o nombre del evento. - Nombre del paciente. - RUT o Nº de ficha. - Edad, sexo. - Diagnóstico principal. - Breve descripción del evento. - Estamento que reporta. Se da por cumplido el elemento medible
UPC Neo	• **Criterios de cumplimiento:** Existencia de formulario de notificación de evento adverso contenido en el documento local, que contiene los siguientes criterios: - Fecha de reporte. - Fecha de ocurrencia del evento. - Hora de ocurrencia del evento. - Unidad que notifica el evento. - Unidad donde ocurre el evento. - Tipo o nombre del evento. - Nombre del paciente. - RUT o Nº de ficha. - Edad, sexo. - Diagnóstico principal. - Breve descripción del evento. - Estamento que reporta. Se da por cumplido el elemento medible
MQ 1	El sistema de reporte considera un Formulario de notificación de eventos adversos, disponible en formato digital o físico, que contiene los siguientes criterios: - N° de reporte (lo completa la UCSP) - Fecha de reporte, fecha de ocurrencia del evento, hora de ocurrencia del eventos. - Unidad que notifica el eventos, unidad donde ocurre el eventos. - Tipo o nombre del evento - Datos del paciente: nombre del paciente, Rut o N° de ficha, edad, sexo, diagnóstico principal - Breve descripción del evento - Estamento que reporta Para constatar el uso de los formularios se consulta a un funcionario de la unidad de Medicina: - Si ocurre un evento adverso o centinela como lo notifica. - Respuesta esperada: a través de formulario de notificación, disponible en la página web del Hospital. Resultados constatación: - Se entrevista a EU I.D, refiere que se notifica en el formulario que se encuentra en la página web o en formulario impreso antes de 48 horas. Se da por cumplido el elemento medible.
MQ 2	El sistema de reporte considera un Formulario de notificación de eventos adversos, disponible en formato digital o físico, que contiene los siguientes criterios: - N° de reporte (lo completa la UCSP) - Fecha de reporte, fecha de ocurrencia del evento, hora de ocurrencia del evento. - Unidad que notifica el evento, unidad donde ocurre el evento. - Tipo o nombre del evento - Datos del paciente: nombre del paciente, Rut o N° de ficha, edad, sexo, diagnóstico principal - Breve descripción del evento - Estamento que reporta Para constatar el uso de los formularios se consulta a un funcionario de la unidad de BQE: - Si ocurre un evento adverso o centinela como lo notifica. - Respuesta esperada: a través de formulario de notificación, disponible en la página web del Hospital. Resultados constatación: - Se entrevista a EU N.N, refiere que se notifica en el formulario que se encuentra en la página web o en formulario impreso antes de 48 horas.

	Se da por cumplido el elemento medible.
MQ 3	El sistema de reporte considera un Formulario de notificación de eventos adversos, disponible en formato digital o físico, que contiene los siguientes criterios: - N° de reporte (lo completa la UCSP) - Fecha de reporte, fecha de ocurrencia del evento, hora de ocurrencia del evento. - Unidad que notifica el evento, unidad donde ocurre el evento. - Tipo o nombre del evento - Datos del paciente: nombre del paciente, Rut o N° de ficha, edad, sexo, diagnóstico principal - Breve descripción del evento - Estamento que reporta Para constatar el uso de los formularios se consulta a un funcionario de la unidad de Cirugía: - Si ocurre un evento adverso o centinela como lo notifica. - Respuesta esperada: a través de formulario de notificación, disponible en la página web del Hospital. Resultados constatación: - Se entrevista a EU Y.A., refiere que se notifica en el formulario que se encuentra en la página web o en formulario impreso antes de 48 horas. Se da por cumplido el elemento medible.
MQ 4	El sistema de reporte considera un Formulario de notificación de eventos adversos, disponible en formato digital o físico, que contiene los siguientes criterios: - N° de reporte (lo completa la UCSP) - Fecha de reporte, fecha de ocurrencia del evento, hora de ocurrencia del evento. - Unidad que notifica el evento, unidad donde ocurre el eventos. - Tipo o nombre del evento - Datos del paciente: nombre del paciente, Rut o N° de ficha, edad, sexo, diagnóstico principal - Breve descripción del evento - Estamento que reporta Para constatar el uso de los formularios se consulta a un funcionario de la unidad de Camas Indiferenciadas: - Si ocurre un evento adverso o centinela como lo notifica. - Respuesta esperada: a través de formulario de notificación, disponible en la página web del Hospital. Resultados constatación: - Se entrevista a EU s., refiere que se notifica en el formulario que se encuentra en la página web o en formulario impreso antes de 48 horas. Se da por cumplido el elemento medible
MQ 5	El sistema de reporte se realiza a través de un "formulario de notificación de eventos adversos" que contiene: - Fecha de reporte, lugar de ocurrencia, hora, unidad donde ocurre el evento. - Tipo o nombre del evento. - Datos del paciente: Nombre, Rut o ficha, edad, sexo, diagnóstico. - Descripción del evento. - Estamento que reporta. Para constatar el uso de los formularios se consulta a un funcionario de la unidad de UCM. - Criterio evaluado: Si ocurre un evento adverso o centinela como lo notifica. - Respuesta esperada: a través de formulario de notificación, disponible en la página web o en un formulario impreso, vía telefónica o correo electrónico (unidadcalidadhra@gmail.com). Resultados constatación: - Entrevistada EU Karin Estivales notifica antes de 48 horas, vía escrita o por vía correo electrónico a la Unidad de Calidad. Se da por cumplido el elemento medible
MQ 6	El sistema de reporte se realiza a través de un "formulario de notificación de eventos adversos" que contiene: - Fecha de reporte, lugar de ocurrencia, hora, unidad donde ocurre el evento. - Tipo o nombre del evento. - Datos del paciente: Nombre, Rut o ficha, edad, sexo, diagnóstico. - Descripción del evento. - Estamento que reporta. Para constatar el uso de los formularios se entrevista a un funcionario de la unidad Cardio-neuro. - Criterio evaluado: en caso de presenciar un evento adverso cómo realizan la notificación de éste. - Respuesta esperada: a través de formulario de notificación, disponible en la página web o a través de un formulario impreso. - Entrevistada EU Jennifer Mariño notifica vía escrita antes de 48 horas en los formularios que se encuentran en la estación de enfermería Se da por cumplido el elemento medible

Cir. Inf.	• **Criterios de cumplimiento:** Existencia de formulario de notificación de evento adverso contenido en el documento local, que contiene los siguientes criterios: - Fecha de reporte. - Fecha de ocurrencia del evento. - Hora de ocurrencia del evento. - Unidad que notifica el evento. - Unidad donde ocurre el evento. - Tipo o nombre del evento. - Nombre del paciente. - RUT o Nº de ficha. - Edad, sexo. - Diagnóstico principal. - Breve descripción del evento. - Estamento que reporta. Se da por cumplido el elemento medible
Ped	• **Criterios de cumplimiento:** Existencia de formulario de notificación de evento adverso contenido en el documento local, que contiene los siguientes criterios: - Fecha de reporte. - Fecha de ocurrencia del evento. - Hora de ocurrencia del evento. - Unidad que notifica el evento. - Unidad donde ocurre el evento. - Tipo o nombre del evento. - Nombre del paciente. - RUT o Nº de ficha. - Edad, sexo. - Diagnóstico principal. - Breve descripción del evento. - Estamento que reporta. Se da por cumplido el elemento medible
Neo	• **Criterios de cumplimiento:** Existencia de formulario de notificación de evento adverso contenido en el documento local, que contiene los siguientes criterios: - Fecha de reporte. - Fecha de ocurrencia del evento. - Hora de ocurrencia del evento. - Unidad que notifica el evento. - Unidad donde ocurre el evento. - Tipo o nombre del evento. - Nombre del paciente. - RUT o Nº de ficha. - Edad, sexo. - Diagnóstico principal. - Breve descripción del evento. - Estamento que reporta. Se da por cumplido el elemento medible
Obst-gine	**Criterios de cumplimiento:** Existencia de formulario de notificación de evento adverso contenido en el documento local, que contiene los siguientes criterios: - Fecha de reporte - Fecha de ocurrencia del evento - Hora de ocurrencia del evento - Unidad que notifica el evento - Unidad donde ocurre el evento - Tipo o nombre del evento - Nombre del paciente - RUT o Nº de ficha - Edad, sexo - Diagnóstico principal - Breve descripción del evento - Estamento que reporta **De la constatación**: Se constata existencia de formulario de notificación de eventos adversos en el servicio de Obstetricia y Ginecología a través de entrevista a personal de turno, quienes acceden al documento descrito en "Criterios de Cumplimiento" y que se encuentra contenido en la normativa local.

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th>Iniciales personal entrevistado</th><th>RUT personal entrevistado</th><th>Estamento</th><th>Lugar de entrevista</th><th>Vía de acceso</th></tr>
<tr><td>NLB</td><td>1743XXX-X</td><td>Matrona</td><td>Puerperio</td><td>Carpeta en computador</td></tr>
<tr><td>PRR</td><td>1364XXX-X</td><td>Matrona</td><td>Alto Riesgo Obstétrico</td><td>Carpeta en computador</td></tr>
</table>

Se da por cumplido el elemento medible.</td></tr>
<tr><td>APF</td><td>Se dispone de formulario de notificación de eventos adversos, el cual se encuentra en formato digital o físico en punto de verificación farmacia. Se realiza entrevista a funcionarios del servicio, para evaluar la disponibilidad del formulario y el procedimiento de notificación.
El formulario contiene los siguientes elementos:
- N° de reporte (lo completa la UCSP)
- Fecha de reporte, fecha de ocurrencia del evento, hora de ocurrencia del evento.
- Unidad que notifica el evento, unidad donde ocurre el evento.
- Tipo o nombre del evento
- Datos del paciente: nombre del paciente, Rut o N° de ficha, edad, sexo, diagnóstico principal
- Breve descripción del evento
- Estamento que reporta.

Se da por cumplido el elemento medible.</td></tr>
<tr><td>APQ</td><td>Formulario de reporte de evento adverso, el cual contiene los siguientes datos:
- Fecha de reporte.
- Fecha de ocurrencia del evento.
- Hora de ocurrencia del evento.
- Unidad que notifica el evento.
- Unidad donde ocurre el evento.
- Tipo o nombre del evento.
1. Datos del paciente el cual incluye:
• Nombre del paciente.
• RUT o Nº de ficha.
• Edad.
• Sexo.
• Diagnostico principal.
2. Breve descripción del evento.
3. Estamento que reporta (medico, enfermera, matrona, tens, etc.).

Se tiene a la vista formulario de reporte de evento adverso, en formato digital (disponible en pagina web) y en formato de papel, este último se encuentra en carpeta de color rojo, disponible en la unidad de quimioterapia adulto y pediatría.
Existe disponibilidad en el prestador de ambos formularios, los cuales son de fácil acceso para los funcionarios.
Para constatar el fácil acceso de los formularios, se solicita a 2 funcionarios, de ambos servicios que accedan al reporte de EA.

Resultado de la constatación:
La funcionarias identificadas por su N° de RUT 19.693.xxx-x y 10.240.xxx-x, responden que existe disponibilidad en el servicio de formularios en formato papel, formulario digital y a través de pagina Web: www.hospitalantofagasta.gob.cl, icono unidad de calidad y seguridad dela paciente, descargar formulario de notificación de eventos adversos.

Se da por cumplido el elemento medible.</td></tr>
<tr><td>API</td><td>Formulario de reporte de evento adverso, el cual contiene los siguientes datos:
- Fecha de reporte.
- Fecha de ocurrencia del evento.
- Hora de ocurrencia del evento.
- Unidad que notifica el evento.
- Unidad donde ocurre el evento.
- Tipo o nombre del evento.
1. Datos del paciente el cual incluye:
•Nombre del paciente.
•RUT o Nº de ficha.
•Edad.
•Sexo.
•Diagnostico principal.
2. Breve descripción del evento.
3. Estamento que reporta (medico, enfermera, matrona, tens, etc.).

Se tiene a la vista formulario de reporte de evento adverso, en formato digital, disponible en los PC de la unidad de imagenología.
Existe disponibilidad en el prestador del formulario, el cuales son de fácil acceso para los funcionarios.
Para constatar el fácil acceso de los formularios, se les solicita a 2 funcionarios, que accedan al reporte de EA.</td></tr>
</table>

	Resultado de la constatación: Las funcionarias identificadas por su N° de RUT 19.494.xxx-x y 12.609.xxx-x, responden que existe disponibilidad en el servicio de formularios en formato digital existentes en las salas 1 y 2 de scanner. Se da por cumplido el elemento medible.
APA	El sistema de reporte se realiza a través de un "formulario de notificación de eventos adversos" que contiene: - Fecha de reporte, lugar de ocurrencia, hora, unidad donde ocurre el evento. - Tipo o nombre del evento. - Datos del paciente: Nombre, Rut o ficha, edad, sexo, diagnóstico. - Descripción del evento. - Estamento que reporta. Para constatar el uso de los formularios se entrevista a dos funcionarios de la unidad de Anatomía patológica. - Criterio evaluado: en caso de presenciar un evento adverso cómo realizan la notificación de éste. - Respuesta esperada: a través de formulario de notificación, disponible en la página web www.hospitalantofagasta.gob.cl del link Unidad de Calidad y Seguridad del paciente, directamente en la UCSP en forma verbal, vía telefónica o correo electrónico (unidadcalidadhra@gmail.com). Resultados constatación: - Entrevistado RPL, tecnólogo médico supervisor UAP notifica a través del formulario de notificación de eventos adversos, enviando reporte, vía mail o por mano a la Unidad de Calidad. - Entrevistado FGL, tecnólogo medico UAP, la notificación se realiza vía online o vía escrita a través de un formulario de notificación de eventos adversos, el cual se tiene a la vista, posterior a su registro se envía por correspondencia o vía mail unidadcalidadhra@gmail.com) con copia al correo de la UAP. Se da por cumplido el elemento medible.
APT	El prestador ha definido un formulario de notificación de eventos adversos, el cual se puede obtener de la página web www.hospitalantofagasta.gob.cl del link Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, directamente en la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente en forma verbal, vía telefónica, o al correo electrónico unidadcalidadhra@gmail.com. Este formulario contempla: - Fecha de reporte - Fecha de ocurrencia del evento - Hora de ocurrencia del evento - Unidad que notifica el evento - Unidad donde ocurre el evento - Tipo o nombre del evento - Nombre del paciente - Rut o N° ficha - Edad - Sexo - Diagnóstico principal - Breve descripción del evento - Estamento que reporta Referente del punto de verificación accede al formulario de notificación a través de la página web del Hospital Regional Antofagasta, luego ingresa al link "Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente" y al final figura el link "Nuevo Formulario de Notificación de Eventos Adversos (Descargar)", en donde se despliega el formulario de notificación. A la vez, se tienen a la vista hojas impresas de los formularios de notificación en carpeta.
Dental	El prestador ha definido un formulario de notificación de eventos adversos, el cual se puede obtener de la página web www.hospitalantofagasta.gob.cl del link Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, directamente en la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente en forma verbal, vía telefónica, o al correo electrónico unidadcalidadhra@gmail.com. Este formulario contempla: - Fecha de reporte - Fecha de ocurrencia del evento - Hora de ocurrencia del evento - Unidad que notifica el evento - Unidad donde ocurre el evento - Tipo o nombre del evento - Nombre del paciente - Rut o N° ficha - Edad - Sexo - Diagnóstico principal - Breve descripción del evento - Estamento que reporta Referente del punto de verificación accede al formulario de notificación a través de la página web del

	Hospital Regional Antofagasta, luego ingresa al link "Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente" y al final figura el link "Nuevo Formulario de Notificación de Eventos Adversos (Descargar)", en donde se despliega el formulario de notificación. Se da por cumplido el elemento medible.
URG	Formulario de reporte de evento adverso, el cual contiene los siguientes datos: - Fecha de reporte. - Fecha de ocurrencia del evento. - Hora de ocurrencia del evento. - Unidad que notifica el evento. - Unidad donde ocurre el evento. - Tipo o nombre del evento. 1. Datos del paciente el cual incluye: • Nombre del paciente. • RUT o Nº de ficha. • Edad. • Sexo. • Diagnostico principal. 2. Breve descripción del evento. 3. Estamento que reporta (medico, enfermera, matrona, tens, etc.). Se tiene a la vista formulario de reporte de evento adverso, en formato digital, disponible en los PC de la unidad de emergencia. Existe disponibilidad en el prestador del formulario, el cuales son de fácil acceso para los funcionarios. Para constatar el fácil acceso de los formularios, se les solicita a 2 funcionarios, que accedan al reporte de EA. Resultado de la constatación: Las funcionarias identificadas por su N° de RUT 17.829.xxx-x y 13.861.xxx-x, responden que existe disponibilidad en el servicio de formularios en formato digital existentes en PC de box de atención y de sala de alto riesgo. Se da por cumplido el elemento medible.

GCL 2.3 – Tercer elemento medible: Se constata análisis de eventos centinelas, según lo definido por el Prestador

Punto	Registrar nombre del documento, fecha y contenido de éste
PQ 1	Se tiene a la vista los siguientes documentos: **Año 2016:** - Informe de eventos centinelas del 2°, 3° y 4° trimestre 2016, donde se explicita que durante el periodo consignado **no se han producido eventos centinelas** en la unidad de pabellón central. En pie de firma registra el nombre y firma de Jessica Bravo Rodríguez (Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente) y D. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional de Antofagasta. **Año 2017:** - Informe de eventos centinelas del 1°, 2° trimestre 2017, donde se explicita que durante el periodo consignado **no se han presentado eventos centinelas** en la unidad de pabellón central. En pie de firma registra el nombre y firma de Jessica Bravo Rodríguez (Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente) y Dr. Francisco Bueno Natush, Director Hospital Regional de Antofagasta. - Informe de evento centinelas del 3° trimestre 2017, donde se indica la ocurrencia de **01 evento centinela**. En pie de firma registra el nombre y firma de Jessica Bravo Rodríguez (Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente) y Dr. Francisco Bueno Natush, Director Hospital Regional de Antofagasta. - Documento **análisis causal-plan de mejora** (según lo declarado en protocolo local), fecha de reunión análisis, 16 de agosto de 2017. (3° trimestre 2017). Evento notificado "Abandono de cuerpo extraño en cavidad). Se tiene a la vista formulario de notificación de evento adverso de fecha 10-08-2017. - Informe de eventos centinelas del 4° trimestre 2017, donde se indica la ocurrencia de **01 evento centinela**. En pie de firma registra el nombre y firma de Jessica Bravo Rodríguez (Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente) y Dr. Francisco Bueno Natush, Director Hospital Regional de Antofagasta. Se tiene a la vista formulario de notificación de evento adversos de fecha 27-12-2017 - Documento **análisis causal-plan de mejora** (según lo declarado en protocolo local), fecha reunión de análisis, 28 de diciembre 2017 (4° trimestre 2017). **Año 2018:** - Informe de eventos centinelas del 1°, 3° y 4° de 2018, donde se explicita que durante el periodo consignado **no se han presentado eventos centinelas** en la unidad de pabellón central. En pie de firma registra el nombre y firma de Jessica Bravo Rodríguez (Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente) y del Director Hospital Regional de Antofagasta. - Informe de eventos centinelas del 2° trimestre 2018, donde se indica la ocurrencia de **03 eventos centinelas.** En pie de firma registra el nombre y firma de Jessica Bravo Rodríguez (Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente) y Dr. Francisco Bueno Natush, Director Hospital Regional de Antofagasta. Se tiene a la vista formulario de notificación de evento adverso de fecha 20-06-2018. - Documento análisis causal-plan de mejora (según lo declarado en protocolo local), fecha de reunión

	análisis, 02-05-2018. Se considera para este análisis la ocurrencia de 2 eventos, por involucrar a dos unidades (pabellón y esterilización). Se tiene a la vista el mismo informe para los dos eventos notificados (N° 172 y N° 173). La unidad de pabellón no dispone de formulario de notificación de eventos adversos notificados en el periodo. Lo anterior es que los documentos se encuentran en la Unidad de Calidad de Hospital Regional de Antofagasta. **Año 2019:** - Informe de eventos centinelas del 1° de 2019, donde se explicita que durante el periodo consignado **no se han presentado eventos centinelas** en la unidad de pabellón central. En pie de firma registra el nombre y firma de Jessica Bravo Rodríguez (Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente) y Ricardo Salazar Cabrera, Director Hospital Regional de Antofagasta. Con la información tenida a la vista se valida el elemento medible.
PQ 2	El prestador presenta informes trimestrales, que indican que el servicio de PQ CMA no ha presentado eventos centinelas. Informes enviados por la unidad de calidad y firmados por la jefatura de calidad y seguridad del paciente y el director del HRA, según se indica: - Informe de eventos centinelas. Firmado por director de HRA Ricardo Salazar. Enero 2019 - Informe de eventos centinelas. Firmado por director de HRA Francisco Bueno. Abril 2019.
PQ 3	El prestador presenta informes trimestrales, que indican que el servicio de PQ cardiovascular no ha presentado eventos centinelas. Informes enviados por la unidad de calidad y firmados por la jefatura de calidad y seguridad del paciente y el director del HRA, según se indica: - Informe de eventos centinelas. Firmado por director de HRA Juan Urrutia. Junio 2016 - Informe de eventos centinelas. Firmado por director de HRA Juan Urrutia. Octubre 2016 - Informe de eventos centinelas. Firmado por director de HRA Juan Urrutia. Enero 2017. - Informe de eventos centinelas. Firmado por director de HRA Francisco Bueno. Abril 2017. - Informe de eventos centinelas. Firmado por director de HRA Francisco Bueno. Julio 2017. - Informe de eventos centinelas. Firmado por director de HRA Francisco Bueno. Octubre 2017. - Informe de eventos centinelas. Firmado por director de HRA Francisco Bueno. Enero 2018. - Informe de eventos centinelas. Firmado por director de HRA Francisco Bueno. Abril 2018. - Informe de eventos centinelas. Firmado por director de HRA Francisco Bueno. julio 2018. - Informe de eventos centinelas. Firmado por director de HRA Francisco Bueno. octubre2018. - Informe de eventos centinelas. Firmado por director de HRA Ricardo Salazar. Enero 2019 - Informe de eventos centinelas. Firmado por director de HRA Francisco Bueno. Abril 2019.
PRO Endoscópicos	La unidad de endoscopia no reporta eventos centinelas en el periodo evaluado. El prestador presenta informe eventos centinelas en los cuales declara que no se han producido eventos centinelas en el periodo retrospectivo a evaluar. Estos informes son trimestrales y emanan desde la unidad de calidad. Los informes tenidos a la vista se tienen a la vista van desde el segundo trimestre de 2016 al primer trimestre 2019, están firmados por la jefatura de calidad y seguridad del paciente y el director del HRA. Por lo anteriormente descrito se da por cumplido el elemento medible.
PRO Hemodinamia	El prestador presenta informes de eventos centinelas trimestrales enviados por la unidad de calidad están firmados por la jefatura de calidad y seguridad del paciente y el director del HRA: - Abril 2016 a diciembre 2016: tres informes, sin eventos centinela. - Enero 2017 a diciembre 2017: cuatro informes, sin eventos centinela. - Enero 2018 a diciembre 2018: cuatro informes, sin eventos centinela. - Enero 2019 a abril 2019: sin eventos centinela. Se da por cumplido el elemento medible.
UPC Ad 1	**Año 2016:** - Informe de eventos centinelas del 2°, 3° y 4° trimestre 2016, donde se explicita que durante el periodo consignado **no se han producido eventos centinelas** en la unidad de pabellón central. En pie de firma registra el nombre y firma de Jessica Bravo Rodríguez (Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente) y D. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional de Antofagasta **Año 2017:** - Informe de eventos centinelas del 1°, 2° y 3° trimestre 2017, donde se explicita que durante el periodo consignado **no se han presentado eventos centinelas** en la unidad de pabellón central. En pie de firma registra el nombre y firma de Jessica Bravo Rodríguez (Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente) y Dr. Francisco Bueno Natush, Director Hospital Regional de Antofagasta. - Informe de eventos centinelas del 4° trimestre de 2017 donde se indica la ocurrencia de 01 evento centinela. En pie de firma registra el nombre y firma de Jessica Bravo Rodríguez (Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente) y Dr. Francisco Bueno Natush, Director Hospital Regional de Antofagasta. - Documento análisis causal-plan de mejora (según lo declarado en protocolo local), fecha de reunión análisis, diciembre 2017. **Año 2018:** - Informe de eventos centinelas del 1°, 3° y 4° de 2018, donde se explicita que durante el periodo consignado **no se han presentado eventos centinelas** en la unidad de pabellón central. En pie de firma registra el nombre y firma de Jessica Bravo Rodríguez (Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente) y del Director Hospital Regional de Antofagasta. **Año 2019:**

<table>
<tr><td></td><td>- Informe de eventos centinelas del 1° de 2019, donde se explicita que durante el periodo consignado no se han presentado eventos centinelas en la unidad de pabellón central. En pie de firma registra el nombre y firma de Jessica Bravo Rodríguez (Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente) y Ricardo Salazar Cabrera, Director Hospital Regional de Antofagasta.

Con la información tenida a la vista se constata la no ocurrencia de eventos centinelas en la unidad de UPC UCI Adulto,</td></tr>
<tr><td>UPC Ad 2</td><td>El prestador presenta informes de eventos centinelas trimestrales enviados por la unidad de calidad están firmados por la jefatura de calidad y seguridad del paciente y el director del HRA:
- Abril- junio 2016: sin eventos centinela
- Julio- septiembre 2016: un evento centinela (UPP grado III), se tiene a la vista la notificación de evento adverso, el análisis causal-plan de mejora y el seguimiento del plan de mejora.
- Octubre- diciembre 2016: sin eventos centinela.
- Enero- Marzo 2017: dos eventos centinela (UPP en zona sacra G°IV, UPP grado III), se tienen a la vista las notificaciones de evento adverso, los análisis causal-plan de mejora y el seguimiento de los planes de mejora.
- Abril- diciembre 2017: tres informes que declaran que no hay eventos centinela.
- Enero- diciembre 2018: cuatro informes que declaran que no hay eventos centinela.
- Enero- marzo 2019: Sin eventos centinela.

Se da por cumplido el elemento medible.</td></tr>
<tr><td>UPC Ad 3</td><td>Año 2016:
- Informe de eventos centinelas del 2°, 3° y 4° trimestre 2016, donde se explicita que durante el periodo consignado no se han producido eventos centinelas en la UCI coronaria. En pie de firma registra el nombre y firma de Jessica Bravo Rodríguez (Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente) y D. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional de Antofagasta

Año 2017:
- Informe de eventos centinelas del 1°, 2° trimestre 2017, donde se explicita que durante el periodo consignado no se han presentado eventos centinelas en la unidad UCI coronaria. En pie de firma registra el nombre y firma de Jessica Bravo Rodríguez (Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente) y Dr. Francisco Bueno Natush, Director Hospital Regional de Antofagasta.
Año 2018:
- Informe de eventos centinelas del 1°, 3° y 4° de 2018, donde se explicita que durante el periodo consignado no se han presentado eventos centinelas en la unidad UCI coronaria. En pie de firma registra el nombre y firma de Jessica Bravo Rodríguez (Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente) y del Director Hospital Regional de Antofagasta.

Año 2019:
- Informe de eventos centinelas del 1° de 2019, donde se explicita que durante el periodo consignado no se han presentado eventos centinelas en la UCI coronaria. En pie de firma registra el nombre y firma de Jessica Bravo Rodríguez (Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente) y Ricardo Salazar Cabrera, Director Hospital Regional de Antofagasta.

Con la información tenida a la vista se constata la no ocurrencia de eventos centinelas en la unidad de UPC coronaria.</td></tr>
<tr><td>UPC Ped</td><td>• Período retrospectivo a evaluar:
Dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período de retrospectividad es de 36 meses, correspondiendo a 01 de abril de 2016 al 31 de marzo de 2019.

• De la constatación:
Se tienen a la vista informes trimestrales de no ocurrencia de eventos centinelas en la unidad de UPC Pediátrica para los siguientes períodos:

<table>
<tr><th>Periodo</th><th>Firma 1 (nombre y cargo)</th><th>Firma 2 (nombre y cargo)</th><th>Fecha emisión</th></tr>
<tr><td>2º trim .2016</td><td>Jessica Bravo Rodríguez
Jefe (S) Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.</td><td>Juan Urrutia Reyes.
Director Hospital Clínico Regional Antofagasta.</td><td>Abril 2016</td></tr>
<tr><td>3º trim. 2016</td><td>Jessica Bravo Rodríguez
Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.</td><td>Juan Urrutia Reyes.
Director Hospital Clínico Regional Antofagasta.</td><td>Septiembre 2016</td></tr>
<tr><td>4º trim. 2016</td><td>Jessica Bravo Rodríguez
Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.</td><td>Juan Urrutia Reyes.
Director Hospital Clínico Regional Antofagasta.</td><td>Diciembre 2016</td></tr>
<tr><td>1º trim. 2017</td><td>Jessica Bravo Rodríguez.
Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.</td><td>Dr. Francisco Bueno Natusch.
Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.</td><td>Abril 2017</td></tr>
<tr><td>2º trim .2017</td><td>Jessica Bravo Rodríguez.
Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.</td><td>Dr. Francisco Bueno Natusch.
Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.</td><td>Julio 2017</td></tr>
<tr><td>3º trim. 2017</td><td>Jessica Bravo Rodríguez.</td><td>Dr. Francisco Bueno Natusch.</td><td>Octubre 2017</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

	Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	
4º trim. 2017	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Enero 2018
1º trim. 2018	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Abril 2018
2º trim .2018	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Julio 2018
3º trim. 2018	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Octubre 2018
4º trim. 2018	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HRA.	Ricardo Salazar Cabrera Director Hospital Regional Antofagasta.	Enero 2019
1º trim. 2019	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HRA.	Ricardo Salazar Cabrera Director Hospital Regional Antofagasta.	Abril 2019

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Neo

- **Período retrospectivo a evaluar:**
  Dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período de retrospectividad es de 36 meses, correspondiendo a 01 de abril de 2016 al 31 de marzo de 2019.

- **De la constatación:**
  Se tienen a la vista informes trimestrales de no ocurrencia de eventos centinelas en la unidad de UPC Neonatal para los siguientes períodos:

Periodo	Firma 1 (nombre y cargo)	Firma 2 (nombre y cargo)	Fecha emisión
2º trim .2016	Jessica Bravo Rodríguez Jefe (S) Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Juan Urrutia Reyes. Director Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Abril 2016
3º trim. 2016	Jessica Bravo Rodríguez Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Juan Urrutia Reyes. Director Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Septiembre 2016
4º trim. 2016	Jessica Bravo Rodríguez Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Juan Urrutia Reyes. Director Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Diciembre 2016
1º trim. 2017	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Abril 2017
2º trim .2017	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Julio 2017
3º trim. 2017	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Octubre 2017
4º trim. 2017	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Enero 2018
1º trim. 2018	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Abril 2018
2º trim .2018	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Julio 2018
3º trim. 2018	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Octubre 2018
4º trim. 2018	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HRA.	Ricardo Salazar Cabrera Director Hospital Regional Antofagasta.	Enero 2019
1º trim. 2019	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HRA.	Ricardo Salazar Cabrera Director Hospital Regional Antofagasta.	Abril 2019

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 1 | El prestador presenta informes de eventos centinelas trimestrales enviados por la unidad de calidad están

<table>
<tr><td></td><td>firmados por la jefatura de calidad y seguridad del paciente y el director del HRA:
• Abril 2016 a diciembre 2016: tres informes, sin eventos centinela.
• Enero 2017 a diciembre 2017: cuatro informes, sin eventos centinela.
• Enero 2018 a marzo 2018: un evento centinela, quemadura química de paciente por infusión. Se tiene a la vista :
- Correo informando situación de enfermera clínica a unidad de calidad
- Notificación del evento
- Análisis causal-plan de mejora
- Seguimiento plan de mejora
- Acta de reunión del análisis
• Enero 2019 a abril 2019: sin eventos centinela.

Se da por cumplido el elemento medible.</td></tr>
<tr><td>MQ 2</td><td>El prestador presenta informes de eventos centinelas trimestrales enviados por la unidad de calidad están firmados por la jefatura de calidad y seguridad del paciente y el director del HRA:
• Abril- septiembre 2016: sin eventos centinela
• Octubre a diciembre 2016: un evento centinela, caída de paciente sin lesión. Se tiene a la vista los siguientes documentos:
– Notificación del evento adverso.
– Análisis causal- plan de mejora
– Seguimiento plan de mejora
– Acta de reunión del análisis.
• Enero a Diciembre 2017: cuatro informes, sin eventos centinelas.
• Enero a diciembre 2018: cuatro informes, sin eventos centinelas.
• Enero a Marzo 2019:un informe ,sin eventos centinelas.

Se da por cumplido el elemento medible.</td></tr>
<tr><td>MQ 3</td><td>El prestador presenta informes de eventos centinelas trimestrales enviados por la unidad de calidad están firmados por la jefatura de calidad y seguridad del paciente y el director del HRA:
• Abril a diciembre 2016: cuatro informes, sin eventos centinelas.
• Enero a Diciembre 2017: cuatro informes, sin eventos centinelas.
• Enero a diciembre 2018: cuatro informes, sin eventos centinelas.
• Enero a marzo 2019: un informe, sin eventos centinela.

Se da por cumplido el elemento medible.</td></tr>
<tr><td>MQ 4</td><td>El prestador presenta informes de eventos centinelas trimestrales enviados por la unidad de calidad están firmados por la jefatura de calidad y seguridad del paciente y el director del HRA:
• Enero a marzo 2019: un informe, sin eventos centinela

Se da por cumplido el elemento medible.</td></tr>
<tr><td>MQ 5</td><td>El prestador presenta informes de eventos centinelas trimestrales enviados por la unidad de calidad están firmados por la jefatura de calidad y seguridad del paciente y el director del HRA:
- Abril 2016 a diciembre 2016: tres informes, sin eventos centinela.
- Enero 2017 a diciembre 2017: cuatro informes, sin eventos centinela.
- Enero 2018 a diciembre 2018: cuatro informes, sin eventos centinela.
- Enero 2019 a abril 2019: sin eventos centinela.

Se da por cumplido el elemento medible.</td></tr>
<tr><td>MQ 6</td><td>El prestador presenta informes de eventos centinelas trimestrales enviados por la unidad de calidad están firmados por la jefatura de calidad y seguridad del paciente y el director del HRA:
- Abril- junio 2018: un evento centinela (sepsis en paciente de CDH tunelizado sin retiro), se tiene a la vista l
- a notificación de evento adverso, el análisis causal-plan de mejora.
- Julio- septiembre 2018: sin eventos centinela.
- Octubre- diciembre 2018: sin eventos centinela.
- Enero- Marzo 2019: sin eventos centinela

Observación: La unidad de cuidados medios cardiológicos y neurología inicio su funcionamiento en febrero 2018.

Se da por cumplido el elemento medible.</td></tr>
<tr><td>Cir. Inf.</td><td>• Período retrospectivo a evaluar:
Dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período de retrospectividad es de 36 meses, correspondiendo a 01 de abril de 2016 al 31 de marzo de 2019.

• De la constatación:
Se tienen a la vista informes trimestrales de no ocurrencia de eventos centinelas en la unidad de Cirugía Infantil para los siguientes períodos:

<table>
<tr><td>Periodo</td><td>Firma 1 (nombre y cargo)</td><td>Firma 2 (nombre y cargo)</td><td>Fecha emisión</td></tr>
<tr><td>2º trim .2016</td><td>Jessica Bravo Rodríguez</td><td>Juan Urrutia Reyes.</td><td>Abril 2016</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

	Jefe (S) Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Director Hospital Clínico Regional Antofagasta.	
3º trim. 2016	Jessica Bravo Rodríguez Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Juan Urrutia Reyes. Director Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Septiembre 2016
4º trim. 2016	Jessica Bravo Rodríguez Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Juan Urrutia Reyes. Director Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Diciembre 2016
1º trim. 2017	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Abril 2017
2º trim .2017	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Julio 2017
3º trim. 2017	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Octubre 2017
4º trim. 2017	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Enero 2018
1º trim. 2018	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Abril 2018
2º trim .2018	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Julio 2018
3º trim. 2018	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Octubre 2018
4º trim. 2018	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HRA.	Ricardo Salazar Cabrera Director Hospital Regional Antofagasta.	Enero 2019
1º trim. 2019	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HRA.	Ricardo Salazar Cabrera Director Hospital Regional Antofagasta.	Abril 2019

Ped

- **Período retrospectivo a evaluar:**
  Dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período de retrospectividad es de 36 meses, correspondiendo a 01 de abril de 2016 al 31 de marzo de 2019.

- **De la constatación:**
  Se tienen a la vista informes trimestrales de no ocurrencia de eventos centinelas en la unidad de Pediatría para los siguientes períodos:

Periodo	Firma 1 (nombre y cargo)	Firma 2 (nombre y cargo)	Fecha emisión
2º trim .2016	Jessica Bravo Rodríguez Jefe (S) Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Juan Urrutia Reyes. Director Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Abril 2016
3º trim. 2016	Jessica Bravo Rodríguez Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Juan Urrutia Reyes. Director Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Septiembre 2016
4º trim. 2016	Jessica Bravo Rodríguez Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Juan Urrutia Reyes. Director Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Diciembre 2016
1º trim. 2017	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Abril 2017
2º trim .2017	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Julio 2017
3º trim. 2017	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Octubre 2017
4º trim. 2017	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Enero 2018
1º trim. 2018	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Abril 2018
2º trim .2018	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Julio 2018

	3º trim. 2018	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Octubre 2018
	4º trim. 2018	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HRA.	Ricardo Salazar Cabrera Director Hospital Regional Antofagasta.	Enero 2019
	1º trim. 2019	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HRA.	Ricardo Salazar Cabrera Director Hospital Regional Antofagasta.	Abril 2019

Se da por cumplido el elemento medible

Neo

- **Período retrospectivo a evaluar:**
  Dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período de retrospectividad es de 36 meses, correspondiendo a 01 de abril de 2016 al 31 de marzo de 2019.
- **De la constatación:**
  Se tienen a la vista informes trimestrales de no ocurrencia de eventos centinelas en la unidad de Neonatología para los siguientes períodos:

Periodo	Firma 1 (nombre y cargo)	Firma 2 (nombre y cargo)	Fecha emisión
2º trim .2016	Jessica Bravo Rodríguez Jefe (S) Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Juan Urrutia Reyes. Director Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Abril 2016
3º trim. 2016	Jessica Bravo Rodríguez Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Juan Urrutia Reyes. Director Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Septiembre 2016
4º trim. 2016	Jessica Bravo Rodríguez Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Juan Urrutia Reyes. Director Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Diciembre 2016
1º trim. 2017	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Abril 2017
2º trim .2017	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Julio 2017
3º trim. 2017	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Octubre 2017
4º trim. 2017	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Enero 2018
1º trim. 2018	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Abril 2018
2º trim .2018	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Julio 2018
3º trim. 2018	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HCRA.	Dr. Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	Octubre 2018
4º trim. 2018	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HRA.	Ricardo Salazar Cabrera Director Hospital Regional Antofagasta.	Enero 2019
1º trim. 2019	Jessica Bravo Rodríguez. Jefe Unidad Calidad y seguridad de paciente HRA.	Ricardo Salazar Cabrera Director Hospital Regional Antofagasta.	Abril 2019

Se da por cumplido el elemento

Obst-gine

Período retrospectivo a evaluar:
Dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período de retrospectividad es de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019.
De la constatación:
Se tienen a la vista informes trimestrales de no ocurrencia de eventos centinelas para los siguientes períodos:

- Abril - junio 2016; firmado por Jessica Bravo Rodríguez, Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente HRA; D. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional Antofagasta; emisión abril 2016.
- Julio - septiembre 2016; firmado por Jessica Bravo Rodríguez, Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente HRA; D. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional Antofagasta; emisión septiembre 2016.
- Octubre – diciembre 2016; firmado por Jessica Bravo Rodríguez, Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente HRA; D. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional Antofagasta; emisión diciembre 2016.
- Enero – marzo 2017; firmado por Jessica Bravo Rodríguez, Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del

	Paciente HRA; Dr. Francisco Bueno Natush, Director (S) Hospital Regional Antofagasta; emisión abril 2017. • Abril – junio 2017; firmado por Jessica Bravo Rodríguez, Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente HRA; Dr. Francisco Bueno Natush, Director (S) Hospital Regional Antofagasta; emisión julio 2017. • Julio – septiembre 2017; firmado por Jessica Bravo Rodríguez, Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente HRA; Dr. Francisco Bueno Natush, Director (S) Hospital Regional Antofagasta; emisión octubre 2017. • Octubre – diciembre 2017; firmado por Jessica Bravo Rodríguez, Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente HRA; Dr. Francisco Bueno Natush, Director (S) Hospital Regional Antofagasta; emisión enero 2018. • Enero – marzo 2018; firmado por Jessica Bravo Rodríguez, Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente HRA; Dr. Francisco Bueno Natush, Director (S) Hospital Regional Antofagasta; emisión abril 2018. • Abril – junio 2018; firmado por Jessica Bravo Rodríguez, Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente HRA; Dr. Francisco Bueno Natush, Director (S) Hospital Regional Antofagasta; emisión julio 2018. • Julio – septiembre 2018; firmado por Jessica Bravo Rodríguez, Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente HRA; Dr. Francisco Bueno Natush, Director (S) Hospital Regional Antofagasta; emisión octubre 2018. • Octubre – diciembre 2018; firmado por Jessica Bravo Rodríguez, Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente HRA; Ricardo Salazar Cabrera, Director Hospital Regional Antofagasta; emisión enero 2019. Para el período **enero – marzo de 2019**, se tiene a la vista informe que notifica la ocurrencia de **1 evento centinela** en la Unidad de Ginecología – Obstetricia; firmado por Jessica Bravo Rodríguez, Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente HRA; Ricardo Salazar Cabrera, Director Hospital Regional Antofagasta; emitido en abril de 2019. A este informe se adjuntan los siguientes documentos: • Notificación de evento adverso: fecha de ocurrencia 23-01-2019, tipo de evento caída. • Formulario de análisis causal del evento: contiene listado de asistentes, causas detectadas y la contribución de ellas en la ocurrencia del evento. • Plan de mejora: detalle seis acciones a implementar, responsables de la implementación, fecha de implementación, verificador efectividad de la acción implementada y un ítem de seguimiento por UCSP del cumplimiento de las acciones. Se da por cumplido el elemento medible.
APF	Se tiene a la vista los siguientes informes: Año 2016: - Informe de eventos centinelas del 2°, 3° y 4° trimestre 2016, donde se consigna que no se han producido eventos centinelas en la unidad de farmacia. El documento registra el nombre y firma de Jessica Bravo Rodríguez (Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente) y D. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional de Antofagasta. Año 2017: - Informe de eventos centinelas del 1°, 2°, 3° y 4° trimestre 2017, donde se consigna que no se han presentado eventos centinelas en la unidad de farmacia. El documento registra el nombre y firma de Jessica Bravo Rodríguez (Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente) y D. Francisco Bueno Natusch, Director Hospital Regional de Antofagasta. Año 2018: - Informe de eventos centinelas del 1° trimestre 2018, donde se consigna que durante el período se presentó 1 evento centinela en la unidad de farmacia. El documento registra el nombre y firma de Jessica Bravo Rodríguez (Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente) y D. Francisco Bueno Natusch, Director Hospital Regional de Antofagasta. - Se tiene a la vista evento adverso centinela notificado el 16/03/2018, ocurrido en servicio de medicina y reportado por químico farmacéutico, el evento notificado corresponde a "omisión de administración terapia con registro", se constata análisis causal con nombre y firma de profesionales de la unidad involucrada, profesionales de la unidad de calidad y de farmacia, se evidencia el seguimiento de las medidas de mejora que acuerdan implementar. - Informe del 2°, 3° y 4° trimestre 2018, donde se consigna que no se han presentado eventos centinelas en la unidad de farmacia. El documento registra el nombre y firma de Jessica Bravo Rodríguez (Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente) y D. Francisco Bueno Natusch, Director Hospital Regional de Antofagasta y D. Ricardo Salazar, Director Hospital Regional de Antofagasta en el cuarto trimestre 2018. Año 2019: Informe del 1° trimestre 2019, donde se consigna que no se han presentado eventos centinelas en la unidad de farmacia. El documento registra el nombre y firma de Jessica Bravo Rodríguez (Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente) y D. Ricardo Salazar, Director Hospital Regional de Antofagasta Observaciones: 1. En el evento centinela tenido a la vista, no se consigna la participación de jefaturas de la unidad involucrada, tal como lo establece el compendio de circulares interpretativa de Superintendencia de Salud, versión 4, página 37, numeral 48. Por lo anterior, no se da por cumplido el elemento medible.
APQ	Se tiene a la vista documento, los siguientes documentos:

	- Informe de eventos centinelas del II, III y IV trimestre del 2016, que describe que no se han producido eventos centinelas en la unidad de quimioterapia adulto y pediatría, información validada por el Don Juan Urrutia Reyes, director HRA. - Informe de eventos centinelas del I, II, III y IV trimestre 2017, que describe que no se han producido eventos centinelas en la unidad de quimioterapia adulto y pediatría, información validada por Dr. Francisco Bueno Natusch, director (s) HRA. - Informe de eventos centinelas del I, II, III y IV trimestre 2018, que describe que no se han producido eventos centinelas en la unidad de quimioterapia adulto y pediatría, información validada por Dr. Francisco Bueno Natusch, director (s) HRA y Ricardo Salazar Cabrera, director HRA. - Informe I trimestre del 2019, que describe que no se han producido eventos centinelas en la unidad de quimioterapia adulto y pediatría, información validada por Ricardo Salazar Cabrera, director HRA. Se da por cumplido el elemento medible.
API	Se tiene a la vista documento, los siguientes documentos: - Informe de eventos centinelas del II, III y IV trimestre del 2016, que describe que no se han producido eventos centinelas en la unidad de imagenología, información validada por el Don Juan Urrutia Reyes, directores HRA. - Informe de eventos centinelas del I, II, III y IV trimestre 2017, que describe que no se han producido eventos centinelas en la unidad de imagenología, información validada por Dr. Francisco Bueno Natusch, director (s) HRA. - Informe de eventos centinelas del I, II, III y IV trimestre 2018, que describe que no se han producido eventos centinelas en la unidad de imagenología, información validada por Dr. Francisco Bueno Natusch, director (s) HRA y Ricardo Salazar Cabrera, director HRA. - Informe I trimestre del 2019, que describe que no se han producido eventos centinelas en la unidad de imagenología, información validada por Ricardo Salazar Cabrera, directores HRA. Se da por cumplido el elemento medible.
APA	La unidad de anatomía patológica reporta 1 evento centinela en el periodo evaluado. - Fecha: 29-03-2019 - Causa: Discordancia de resultados en técnica. - Evento centinela vigilado: No definido en el documento local, el prestador considero que debido a la relevancia del caso lo notificación como evento centinela. - Nombre de paciente: BAA - Presenta análisis: Sí (causal y plan de mejora). **Observación:** 1. El prestador describe como evento centinela para APA el "extravío de la biopsia". 2. El evento centinela constatado no está definido en el protocolo local. Según lo indicado en el punto 2, no se constata análisis de los centinelas según lo definido por el prestador en su documento local. No se cumple el elemento medible.
APT	Sin eventos centinela. La unidad de transporte no reporta eventos centinelas en el periodo evaluado. El prestador presenta informe eventos centinelas en los cuales declara que no se han producido eventos centinelas en el periodo retrospectivo a evaluar. Estos informes son trimestrales y emanan desde la unidad de calidad. Los informes tenidos a la vistase tienen a la vista van desde el segundo trimestre de 2016 al primer trimestre 2019, están firmados por la jefatura de calidad y seguridad del paciente y el director del Hospital Regional Antofagasta. Por lo anteriormente descrito se da por cumplido el elemento medible.
Dental	Sin eventos centinela. La unidad de dental no reporta eventos centinelas en el periodo evaluado. El prestador presenta informe eventos centinelas en los cuales declara que no se han producido eventos centinelas en el periodo retrospectivo a evaluar. Estos informes son trimestrales y emanan desde la unidad de calidad. Los informes tenidos a la vista desde el segundo trimestre de 2016 al primer trimestre 2019, están firmados por la jefatura de calidad y seguridad del paciente y el director del Hospital Regional Antofagasta. Por lo anteriormente descrito se da por cumplido el elemento medible.
URG	Se tiene a la vista documento, los siguientes documentos: - Informe de eventos centinelas del III y IV trimestre del 2016, que describe que no se han producido eventos centinelas en la unidad de urgencia adulto y pediatría, información validada por el Don Juan Urrutia Reyes, director HRA - Informe de eventos centinelas del I, II, III y IV trimestre 2017, que describe que no se han producido eventos centinelas en la unidad de emergencia, información validada por Dr. Francisco Bueno Natusch, director (s) HRA. - Informe de eventos centinelas del II, III y IV trimestre 2018, que describe que no se han producido

	eventos centinelas en la unidad de emergencia, información validada por Dr. Francisco Bueno Natusch, director (s) HRA y Ricardo Salazar Cabrera, director HRA. - Informe I trimestre del 2019, que describe que no se han producido eventos centinelas en la unidad de emergencia adulto pediatría, información validada por Ricardo Salazar Cabrera, director HRA. - Informes del II trimestre 2016 y I trimestre 2018, se describe la existencia de 2 eventos centinelas en el cual se describe lo siguiente: 1. **II trimestre 2016**: evento analizado tras reclamo (urgencia infantil) realizado en OIRS, con fecha 19-04-2016, motivo negligencia médica, se realiza reunión el 25-05-2016 con equipo de urgencia pediátrica, en el desarrollo de la reunión, se describen los siguientes ítems: objetivo, presentación del caso, análisis, plan de mejora y tareas. Se realiza además análisis causal y plan de mejora, que contiene los siguientes datos: - Integrantes. - Análisis causal: recurso humano (atención de los médicos sin protocolo) y procedimiento reglamentario (no hay registro completo de la atención). - Plan de mejora que incluye acción a implementar, responsable de la implementación, fecha implementación y verificador efectividad acción implementada. 2. **I trimestre 2018**: evento analizado con fecha 23-01-2018, tras falla sistema informático, retraso en el proceso de categorización y aspectos relacionados con las condiciones de trabajo (aseo deficiente en sala de categorización), se realiza análisis causal y plan de mejora, el que incluye acción a implementar, responsable de la implementación, fecha implementación y verificador efectividad acción implementada. Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA GCL 2.3 /FUNDAMENTOS

EM	Dirección	PQ	PRO	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med	Cir Ad	Cir Inf	Ped	Neo	ObstGne	APF	APQ	API	APA	APT	APR	Dental	URG
1°	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	NA	1	1
2°		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	1	1
3°		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	NA	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%						Puntaje total: 52/55					Porcentaje obtenido: 95%						**Cumple: SI**			

CARACTERÍSTICA GCL 3.1 /HALLAZGOS

GCL 3.1 – Primer elemento medible: Existe un Comité de Infecciones Intrahospitalarias designado por la Dirección del establecimiento, con descripción explicita de sus integrantes y su ámbito de acción.

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento Nº1: Resolución exenta N° 1761			
Fecha elaboración: 06 febrero 2019	Fecha vigencia: No consigna	Versión: No consigna	N° páginas: 2
Elaborado por: Asesoría jurídica Hospital Regional Antofagasta	Aprobado por: Dr. Antonio Cárdenas Tadich, Director (S) Hospital Regional Antofagasta		
Comité SI/NO	Designado por la Dirección: SI	Descripción explícita integrantes: SI	Describe ámbito acción: SI

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista el documento de carácter institucional, que corresponde a la designación de los integrantes de la Unidad de infecciones Asociadas a la Atención de Salud IAAS y Epidemiología del HRA.

En ítem 2, (hoja1) "Desígnese nueva nómina de integrantes de la Unidad de infecciones Asociadas a la Atención de Salud IAAS y Epidemiología del Hospital Regional Antofagasta " el cual además consigna horas destinadas a dicha unidad de Infecciones asociadas a la Atención en Salud y Epidemiología:

Médico Titular IAAS:	Dra. Yoselyn Castillo Blanco 22 hrs.
2° Médico subrogante IAAS:	Dr. Pedro Usedo López
3º Médico subrogante IAAS:	Dra. Natalia Valenzuela Sandoval
Enfermeras Control de Infecciones:	Patricia Cáceres Jara 44 horas
	Claudia Fuenteseca Palavecino 44 horas
	Mariluz Varela Collao 22 horas

En ítem 3, establece el **propósito del PCI**: disminuir las tasa de infecciones asociadas a la atención en salud y los brotes epidémicos, así como verificar el cumplimiento de las prácticas preventivas en materia de prevención y control en salud.
En el ítem 4, determina las unidades con las cuales el Programa de Control de Infecciones se relaciona para establecer estrategias de acción en prevención IAAS y contención de resistencia antimicrobiana: Unidad de Infectología, Programa VIH, Encargado REAS, Laboratorio Microbiología, Programa TBC entre otros.

Observaciones:
1. Resolución exenta en ítem 1 deja sin efecto a la RE 5234 del año 2017, la cual a su vez actualiza la RE 4687 del 19 de mayo 2016, referente a la nómina de integrantes de la Unidad de Infecciones asociadas a la Atención en Salud y Epidemiología del HRA, por cambios en subrogante y especificación de funciones del Programa.
2. Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.
3. Para complementar evaluación del elemento medible con respecto al equipo de IAAS y sus funciones se tiene a la vista "MANUAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD"

Dirección o Gerencia

Nombre del documento Nº2: MANUAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD			
Fecha elab: Diciembre 2018	Fecha vigencia: 5 años	Versión: 02	N° páginas: 42
Elaborado por: Enfermeras Unidad IAAS y Epidemiología		Aprobado por: Ricardo Salazar Director Hospital Regional Antofagasta	
Comité SI/NO	Designado por la Dirección: NO	Descripción explícita integrantes: SI	Describe ámbito acción: SI

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista el documento de carácter institucional.

En el ítem 3.0 se describen las responsabilidades de:
Unidad de Prevención y Control de IAAS y Epidemiología:
- Producir, mantener y difundir el diagnóstico de situación de IAAS del Hospital actualizado, con registros de información, tablas y gráficos y nivel de cumplimiento de las prácticas preventivas.
- Informar el diagnóstico epidemiológico, avances del PCI y planes de intervención en materias de IAAS en reuniones ampliadas a nivel directivo del Hospital y al conjunto de Jefes Unidades Clínicas y de Apoyo, con una periodicidad de al menos 3 reuniones anuales.
- Realizar el registro actualizado en el sistema de monitoreo ministerial SICARS
- Relación formal con los servicios clínicos para articular intervenciones de forma de agilizar el proceso de toma de decisiones; y participar en la elaboración de las directrices técnicas locales oficiales actualizadas para la prevención y control de las iAAS. Lo anterior facultado porque el equipo de PCI depende del nivel de decisiones técnicas más alto del hospital y cuenta con el mandato oficial explícito sobre las funciones y áreas de competencia que le dan a la autoridad para las intervenciones.

Médico Jefe IAAS:
- Interpretar las definiciones en casos particulares en los que existan dudas sobre su aplicación.
- Revisar semanalmente la información epidemiológica con el fin de detectar brotes epidémicos o acúmulos de infecciones que merezcan estudios especiales.
- Evaluar el cumplimiento de los procedimientos de la VE de IAAS
- Preparar el informe periódico con el análisis de los datos de la VE
- Organizar y realizar investigaciones en IAAS
- Trabajar en equipo con las Enfermeras PCI y todos los otros profesionales que realizan actividades con la VE de las IAAS. Es el jefe del equipo.

Enfermera de IAAS:
- Realizar las actividades de VE: detección de casos por medio de la revisión semanal de las fichas clínicas de pacientes sujetos a vigilancia activa (en cada unidad de paciente) y selectiva (pacientes con factores de riesgos); interpretar y aplicar las definiciones estandarizadas a cada caso y notificar las IAAS por medio de registrar los datos epidemiológicos en los formularios específicos; consolidar la información: calcular las tasas específicas e informar los resultados del análisis.
- Participar en la planificación y realización del estudio y manejo de los brotes epidémicos y acúmulos de infecciones, así como de otras investigaciones epidemiológicas.
- Participar en la planificación y realización de los programas de prevención y control de las IAAS: elaboración de normas, programas de capacitación, orientación en servicio en materias de IAAS, supervisión de las normas y procedimientos.
- Asesorar al equipo de salud en materias de IAAS.
- Trabajar en equipo con el médico responsable de la epidemiología; otras enfermeras del PCI, Tecnólogo Médico Microbiólogo del PCI y todos los otros profesionales que realizan actividades con la VE.

Observaciones:
1. Este documento complementa a RE 1761 en la descripción de las funciones de los integrantes de la Unidad IAAS. El documento a la vista presentado por el establecimiento describe las funciones de la Unidad de Infecciones, sus integrantes y las relaciones con otras Unidades.
2. Se tienen a la vista versiones anteriores del documento: "MANUAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD – IAAS" Versión 01, fecha de aprobación noviembre 2013, vigente por 5 años, elaborado por EU Patricia Cáceres Unidad IAAS y Epidemiología y aprobado por Dr. Juan P Matriatall, Director Hospital Regional Antofagasta.

Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

De lo anterior descrito se da por cumplido lo solicitado en el elemento medible

GCL 3.1 – Segundo elemento medible: Existe un médico encargado del programa y una enfermera de Infecciones Intrahospitalarias que cuentan con la capacitación necesaria (al menos curso de 80 horas en la materia), descripción de sus funciones y tiempo asignado.

Dirección o Gerencia			
Documento que designa médico y enfermeras como integrantes de la Unidad de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud: Resolución exenta N° 1761			
Fecha elab: 06 febrero 2019	Fecha vigencia: No indica	Aprobado por: Dr. Antonio Cárdenas Tadich, Director (S) Hospital Regional Antofagasta	
Considera:	N° horas asignadas: SI	Descripción funciones: SI	Capacitación necesaria (IIH): SI

Breve descripción del contenido del documento:

En dicha resolución en el ítem 2, designa nueva nómina de integrantes y horas destinadas:

Médico Titular IAAS:	Dra. Yoselyn Castillo Blanco 22 hrs.
Enfermeras Control de Infecciones:	Patricia Cáceres Jara 44 hrs.
	Claudia Fuenteseca Palavecino 44 hrs.
	Mariluz Varela Collao 22 hrs.

Además se tiene a la vista:
Del médico Titular Dra. Yoselyn Castillo
- Certificado aprobación Dra. Yoselyn Castillo, de curso Prevención y Control de IAAS de 80 hrs pedagógicas, del 20 octubre al 17 diciembre 2017, otorgado por Macrocao Capacitación – Mundosanitario. Certificado autentificado ante Ministro de Fe del establecimiento.

Con respecto actualizaciones de los profesionales de enfermería del equipo técnico de IAAS se tiene a la vista:
De la enfermera Patricia Cáceres
- Certificado aprobación de Diplomado e-learning Prevención y Control de IAAS de EU Patricia Cáceres, de 200 hrs cronológicas, del 25 mayo al 11 diciembre 2010, otorgado por Escuela de Enfermería – Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Certificado aprobación de contenidos de Jornada de Actualización de IAAS de EU Patricia Cáceres, de 22 hrs académicas, del 3 y 4 de septiembre 2015, otorgado por Sociedad Chilena de Control de Infecciones y Epidemiología Hospitalaria.

De la enfermera Claudia Fuenteseca
- Certificado aprobación de Diplomado Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias de EU Claudia Fuenteseca, de 200 hrs. cronológicas, de octubre 2007 a junio 2008, otorgado por Escuela de Enfermería – Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Certificado aprobación de curso Prevención y Control de IAAS de EU Claudia Fuenteseca, de 80 hrs pedagógicas, del 19 junio al 13 de septiembre 2013, otorgado por e-Campus de Medwave.

De la enfermera Mariluz Varela
- Certificado aprobación de curso Prevención y Control de IAAS de EU Mariluz Varela, de 120 hrs pedagógicas, del 23 mayo al 18 agosto 2017, otorgado por TELEDUC – Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Los certificados autentificados ante Ministro de Fe del establecimiento.

Observaciones:
1. RE que en el ítem 1 deja sin efecto a la RE 5234 del año 2017, la cual a su vez actualiza la RE 4687 del 19 de mayo 2016, referente a la nómina de integrantes de la Unidad de Infecciones asociadas a la Atención en Salud y Epidemiología del H. Regional Antofagasta, por cambios en subrogante y especificación de funciones del Programa.
2. Se complementa con "MANUAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD", en ítem 3.2 página 5 en relación a funciones del médico IAAS y en ítem 3.3 página 6 en relación a funciones de enfermeras IAAS.

Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible

GCL 3.1 – Tercer elemento medible: Se constata funcionamiento del Comité de Infecciones Intrahospitalarias, verificándose al menos 3 reuniones anuales.

Dirección o Gerencia

Tipo documento que respalda las reuniones:
Período retrospectivo evaluado: Para este primer proceso de re acreditación, aplica un período retrospectivo de 3 años, que comprende los meses del 01 de junio 2016 al 30 mayo 2019.
Registros revisados:
- Actas de reuniones firmadas por Director y Médico IAAS
- Presentaciones en power point
- Listados de firmas asistencia a reuniones
- Correos de respaldo período 2016 - 2019

De la Constatación: se constata actas de reuniones, listados de firmas asistencia a reuniones, presentaciones enviadas y correo de respaldo con envío de presentaciones en el año 2018:

- 2ª reunión IAAS 2016: 14 septiembre 2016
- 3ª reunión IAAS 2016: 30 noviembre 2016
- 1ª reunión IAAS 2017: 19 junio 2017
- 2ª reunión IAAS 2017: 17 julio 2017
- 3ª reunión IAAS 2017: octubre 2017
- 1ª reunión IAAS 2018: 31 enero 2018
- 2ª reunión IAAS 2018: 7 junio 2018
- 3ª reunión IAAS 2018: 24 julio 2018
- 4ª reunión IAAS 2018: 29 noviembre 2018
- 1ª reunión IAAS 2019: 16 enero 2019

Observaciones:
1. 3ª reunión IAAS 2017: octubre 2017. Suspendida por inicio de plan piloto de traslado al nuevo hospital. Respaldo por acta y correo del 16 de octubre 2017 con envío de presentaciones de la reunión. Se recupera esta reunión el 31 de enero 2018, y se realizan 3 más durante el año 2018

Considera al menos 3 reuniones anuales **(SI/NO): SI**	Fecha 1° Reunión: 19 junio 2017 31 enero 2018 16 enero 2019	Fecha 2° Reunión: 14 septiembre 2016 17 julio 2017 7 junio 2018	Fecha 3° Reunión: 30 noviembre 2016 octubre 2017 24 julio 2018	Fecha 4ª reunión: 29 noviembre 2018

CARACTERÍSTICA GCL 3.1 /FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1

Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA GCL 3.2 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

GCL 3.2 – Primer elemento medible: Existe un documento de carácter institucional que describe el sistema de vigilancia activo en infecciones intrahospitalarias, donde se explicitan IIH vigiladas, procedimiento de vigilancia y criterios de notificación.

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento	MANUAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD		
N° Resolución: RE 1831 del 07-02- 2019	Versión: 02	Fecha: Diciembre 2018	
Elaborado por: Enfermeras Unidad IAAS y Epidemiología	Aprobado por: Ricardo Salazar Director Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 42	
Considera (SI/NO)	1. IIH vigiladas: SI	2. Procedimientos de vigilancia: SI	3. Criterios de notificación: SI

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista el documento de carácter institucional
El ítem 1.0 expone un resumen de los fundamentos de la vigilancia epidemiológica activa y las normas MINSAL que la rigen.

En página 4, el ítem 3.0 se describen las responsabilidades de:

Unidad de Prevención y Control de IAAS y Epidemiología:
- Producir, mantener y difundir el diagnóstico de situación de IAAS del Hospital actualizado, con registros de información, tablas y gráficos y nivel de cumplimiento de las prácticas preventivas.
- Informar el diagnóstico epidemiológico y avances en reuniones ampliadas a nivel directivo.
- Realizar el registro actualizado en el sistema de monitoreo ministerial SICARS
- Relación formal con los servicios clínicos para articular intervenciones

Médico Jefe IAAS:
- Interpretar las definiciones en caso de dudas
- Revisar semanalmente la información epidemiológica
- Evaluar el cumplimiento de la Vigilancia epidemiológica (VE)
- Preparar el informe periódico con el análisis de los datos de la VE
- Organizar y realizar investigaciones en IAAS
- Trabajar en equipo con las Enfermeras del Programa Control de Infecciones (PCI)

Enfermera de IAAS:
- Realizar las actividades de VE: detección de casos por medio de la revisión semanal de las fichas clínicas de pacientes sujetos a vigilancia activa (en cada unidad de paciente) y selectiva (pacientes con factores de riesgos); interpretar y aplicar las definiciones estandarizadas a cada caso y notificar las IAAS por medio de registrar los datos epidemiológicos en los formularios específicos; consolidar la información: calcular las tasas específicas e informar los resultados del análisis.
- Participar en los estudios y manejo de brotes
- Participar en la planificación y realización de los programas de prevención y control de las IAAS
- Asesorar al equipo de salud en materias de IAAS.
- Trabajar en equipo con el médico responsable

Tecnólogo Médico de Microbiología:
- Proveer el diagnóstico de los patógenos que producen las infecciones y la caracterización de ellos, con el análisis sistemático de etiologías, localizaciones y posibles vías de transmisión para la orientación en las medidas de prevención.
- Trabajo en equipo con el Médico y Enfermeras de IAAS
- Elaboración y distribución de normas de toma de muestras para estudio microbiológico.

En página 9, el ítem 6.0 se describe el proceso:

6.1 Se definen los hechos que se vigilarán: Definiciones operacionales normadas por el MINSAL. El Hospital anualmente define los indicadores vigilados y programa los períodos de vigilancia, que se documenta en el **Programa Anual de IAAS**.

6.2 **Recolección de datos**: Es un sistema activo y selectivo de búsqueda. Activo porque la obtención de los datos se basa en la pesquisa dirigida de lAAS en las Unidades Clínicas y de Apoyo, por personal capacitado con tiempo suficiente y dedicado a la búsqueda. Selectivo pues solo se vigilan pacientes seleccionados por tener factores de interés para los programas de prevención y control de las IAAS. Los datos que deben ser recolectados están definidos por el numerador y denominador del indicador de IAAS (tasa) que se utilice.

6.3 Consolidación y análisis de datos

Tasas

a) Pacientes infectados/pacientes expuestos: exposición única, solo se espera un episodio. Se expresa en porcentaje por cada 100 expuestos
b) Episodio de IAAS/días de exposición: exposición prolongada en el tiempo y se pueden presentar varios episodios de IAAS durante este periodo. Se expresa en porcentaje por cada 1000 días de exposición.

6.4 **Notificación y divulgación de los resultados** a las personas que deben utilizarlos: a las Unidades Clínicas, jefes y supervisores, Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. Se registrará mensualmente en SICARS. Se realizará anualmente al menos 3 reuniones con el equipo directivo y jefaturas.

En página 10, el ítem 6.5 se describen los criterios definitorios de la localización de las IAAS:

a) INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADAS A CATETERES VENOSOS CENTRALES
b) INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO AL CATÉTER URINARIO PERMANENTE
c) INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA
d) SINDROME DIARREICO AGUDO EN NEONATOS Y LACTANTES
e) SINDROME DIARREICO AGUDO POR *Clostridioides difficile* (ex *Clostridium difficile*) EN PACIENTES ADULTOS
f) NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA
g) INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS AGUDAS VIRALES EN LACTANTES

h) ENDOMETRITIS POST PARTO
i) INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL ASOCIADO A VÁLVULAS DERIVATIVAS
j) ENDOFTALMITIS POST CIRUGÍA DE CATARATAS

En el ítem 6.6 se describe el análisis local de la vigilancia epidemiológica de las IAAS: consolidados mensuales, trimestrales, semestrales y anuales de la información, con cálculo de tasas para análisis de tendencias. Se comparan las tasas con los niveles estandarizados que publica el MINSAL anualmente. Se documentará la calidad de la información con estudio de prevalencia anual.

En página 21, el ítem 6.7 se detalla lo que el hospital ha definido realizar vigilancia de los síndromes clínicos en las distintas unidades clínicas con sus respectivos indicadores de vigilancia los que serán aplicados con una periodicidad mensual:

a.1 Infección del tracto urinario asociada al uso del Catéter Urinario Permanente: Unidad de Paciente Crítico adulto, pediátrico y neonatológico, Unidades de cuidados medios (quirúrgico, cardiológico, neurológico), Unidades de Cirugía, Medicina, Médico quirúrgicos básicos y Bloque quirúrgico de especialidades (Traumatología, Neurocirugía)
b.1 Infección Del Torrente Sanguíneo Asociado a Catéter Venoso Central: Unidad de Paciente Crítico adulto, pediátrico y neonatológico, Unidades de cuidados medios (quirúrgico, cardiológico, neurológico), Unidades de Cirugía, Medicina, Medico quirúrgicos básicos y Bloque quirúrgico de especialidades (Traumatología, Urología, Neurocirugía)
b.2 Infección Del Torrente Sanguíneo Asociado a Catéter de hemodiálisis: Unidad de Paciente Crítico adulto y Unidad de Diálisis
b.3 Infección Del Torrente Sanguíneo Asociado a Catéter Umbilical: Unidad de Paciente Crítico neonatal
b.4 Infección Del Torrente Sanguíneo Asociado a Nutrición Parenteral Total: Unidad de Paciente Crítico adulto, pediátrico y neonatológico, Unidad de cuidados medios
c.1 Neumonía asociada a Ventilación Mecánica: Unidad de Paciente Crítico adulto, pediátrico y neonatológico
d.1 Endometritis puerperal parto vaginal
d.2 Endometritis puerperal parto cesárea con y sin trabajo de parto: Unidad de Obstetricia y Ginecología
e.1 Infección de Herida Operatoria en pacientes operados de Hernia Inguinal: Unidad Cirugía Adultos y médico quirúrgica básica
e.2 Infección de Herida Operatoria en pacientes operados Colecistectomía por laparotomía: Unidad Cirugía Adultos y médico quirúrgica básica
e.3 Infección de Herida Operatoria en pacientes operados Colecistectomía por laparoscopía: Unidad Cirugía Adultos y médico quirúrgica básica
e.4 Infección de Herida Operatoria en cesárea: Unidad de Obstetricia y Ginecología
e.5 Infección de Herida Operatoria en Craneotomía por tumor neuroquirúrgico: Unidad de Neurocirugía
e.6 Infección de Herida Operatoria en paciente operado de prótesis de cadera: Unidad de Traumatología y médico quirúrgica básica
f Infección Gastrointestinal en Recién Nacidos y Lactantes: Pediatría (lactantes) y Neonatología
g Infección Respiratoria en Lactantes: Pediatría (lactantes)
h Infección del SNC asociada a la instalación de válvulas derivativas: Unidad de Paciente Crítico adulto, pediátrico y neonatológico, Bloque quirúrgico de Especialidades/Neurocirugía.

En página 24 el ítem 6.8 se describen los **Complementos del Sistema de Vigilancia de IAAS:**
- Estudios de Letalidad en página 24
- Susceptibilidad a los antimicrobianos en página 25
- Evaluación Interna del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Estudio de prevalencia) en página 26
- Vigilancia post egreso en página 27: "se recibirá información sobre pesquisa de IAAS mensual por Enfermera Supervisora del Centro Diagnóstico Terapéutico adulto e infantil y de cualquier unidad Hospitalaria, Servicio de Urgencia, UPC, etc. a partir del primer control postoperatorio y en base al registro de las atenciones realizadas a pacientes intervenidos en forma electiva de Hernia Inguinal adulto, Colecistectomías, Prótesis de Cadera y Tumores Neuroquirúrgico, Cesáreas, Bypass coronario".
- Evaluación externa del Sistema de Vigilancia: Acreditación en IAAS. en página 27

En ítem 7.1, se mencionan los Registros asociados: Ficha clínica, Planillas electrónicas, Formularios de vigilancia epidemiológica.

Observaciones:
1. El Manual de vigilancia hace referencia al Programa anual de IAAS y la actualización de indicadores que en dicho programa se consideran los vigilados por el prestador. En página 9 de dicho manual se cita textual "El hospital anualmente define los indicadores que serán vigilados y programa los periodos de vigilancia de cada uno. Esta decisión se documenta en Programa Anual de IAAS", dentro de los indicadores está el de IHO de Bypass coronario.
2. De la Vigilancia de IHO post alta, es realizada por enfermera Supervisora del Centro Diagnóstico Terapéutico tanto adulto como infantil a partir del primer control post operatorio, dicha enfermera realiza el primer control post alta dentro de sus activades completa un formulario específico para ello, "Registro vigilancia epidemiológica de IIH, infección de herida operatoria, código RG-IIH-08"; dentro de los contenidos que se completan están, nombre de pacientes, edad, ficha, fecha de intervención, equipo quirúrgico, fecha inicio IIH, agente etiológico, observaciones, y tipo de cirugía. Dicha planilla es enviada a la unidad de IAAS para su tabulación y su posterior registro en el SICARS, vía mail.
3. Se describen criterios de infección de: Diarrea por *Clostridioides difficile* y endoftalmitis post cirugía de cataratas no se describen en el documento indicadores locales para la vigilancia, se consulta referente quien señala que los lleva aparte, en cuanto a *Clostridioides difficile, en* un archivo Excel, ya que lo maneja como brote y las endoftalmitis recientemente inicia medición desde octubre 2018.
4. En el ítem 6.5, las definiciones establecidas de las IAAS a vigilar son consistentes con la normativa MINSAL vigente (Circular MINSAL C13 N° 6 del 09 diciembre 2016).
5. Se tienen a la vista versiones anteriores del documento: "MANUAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD – IAAS" Versión 01, fecha de aprobación Noviembre 2013, vigente por 5 años, elaborado por EU Patricia Cáceres Unidad IAAS y Epidemiología y aprobado por Dr. Juan P. Matriatall, Director Hospital Regional Antofagasta
6. Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

De lo anterior se da por cumplido el elemento medible.

GCL 3.2 – Segundo elemento medible: Se han definido indicadores y umbrales para cada una de las IIH vigiladas.
(Debe describir todos los indicadores y umbrales vigilados)

Dirección o Gerencia	
Nombre del indicador **1**	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA A CATÉTER URINARIO PERMANENTE EN PACIENTES ADULTOS
Fórmula matemática	Infección del Tracto urinario (ITU)/ 1000 días de catéter urinario permanente (CUP) en pacientes adultos. Por servicio clínico vigilado
Umbral de cumplimiento: Medicina: 3,7 x 1000 días CUP Cirugía: 3,0 x 1000 días CUP UCI: 4,3 x 1000 días CUP	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador **2**	NEUMONÍA EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA
Fórmula matemática	N° NVM / Total de días de uso de VM X 1000 días. En el mismo período de tiempo por servicio clínico vigilado
Umbral de cumplimiento: Adulto: 8,1 x 1000 días VM Pediátrico: 3,0 x 1000 días VM Neonatología: 6,3 x 1000 días VM	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador **3**	ENDOMETRITIS PUERPERAL ASOCIADA A PARTO VAGINAL
Fórmula matemática	N° EP en parto vaginal en un mes/ Total de pacientes con parto vaginal en el mismo período de tiempo X 100
Umbral de cumplimiento: 0,3 x 100 partos	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador **4**	ENDOMETRITIS PUERPERAL ASOCIADA A PARTO POR CESÁREA CON Y SIN TRABAJO DE PARTO
Fórmula matemática	N° EP en parto cesárea en un mes/ Total de pacientes con parto cesárea en el mismo período de tiempo X 100. Registro deparado con y sin trabajo de parto
Umbral de cumplimiento: Cesárea con Trabajo de parto: 0,4 x 100 partos Cesárea sin Trabajo de parto: 0,1 x 100 partos	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador **5**	INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO AL USO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL
Fórmula matemática	N° ITS asociada a CVC en un mes / Total de días de uso de CVC en el mismo período de tiempo X 1000
Umbral de cumplimiento: Catéteres venosos centrales en adultos: 2,0 x 1000 días CVC Catéteres venosos centrales en niños: 2,6 x 1000 días CVC	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador **6**	INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO AL USO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL EN HEMODIÁLISIS
Fórmula matemática	N° ITS asociada a Catéter de hemodiálisis en un mes / Total de días de uso de Catéter de hemodiálisis en el mismo período de tiempo X 1000
Umbral de cumplimiento: 0,9 x 1000 días catéter	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador **7**	INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO AL USO DE CATÉTER UMBILICAL
Fórmula matemática	N° ITS asociada a CU en un mes / Total de días de uso CU en el mismo período de tiempo X 1000
Umbral de cumplimiento: 3,0 x 1000 días catéter	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador **8**	INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A INDICACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL
Fórmula matemática	N° ITS asociada a NPT en un mes / Total de días de NPT en el mismo período de tiempo X 1000
Umbral de cumplimiento: NPT adultos: 1,2 x 1000 días catéter NPT niños: 1,6 x 1000 días catéter	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador **9**	INFECCIÓN INTESTINAL EN LACTANTES Y NEONATOS
Fórmula matemática	N° Infecciones gastrointestinales en un mes/ total de días de hospitalización en el mismo período de tiempo X 100
Umbral de cumplimiento: Lactantes: 1,7 x 1000 días hospitalización Neonatología: 0,01 x 1000 días hospitalización	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador **10**	INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN LACTANTES
Fórmula matemática	N° Infecciones respiratorias agudas en un mes/ total de días de hospitalización en el mismo período de tiempo x 100
Umbral de cumplimiento: 1,4 x 1000 días hospitalización	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador **11**	INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA HERNIA INGUINAL ADULTOS
Fórmula matemática	N° IHOP hernia inguinal en un mes /total de cirugías de hernia inguinal en el mismo período de tiempo X 100
Umbral de cumplimiento: 0,4 x 100 pacientes operados	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador **12**	INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA COLECISTECTOMÍA POR LAPAROTOMÍA
Fórmula matemática	N° IHOP colecistectomía por laparotomía en un mes /total de cirugías de colecistectomía por laparotomía en el mismo período de tiempo X 100
Umbral de cumplimiento: 0,9 x 100 pacientes operados	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador **13**	INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA COLECISTECTOMÍA POR LAPAROSCOPÍA
Fórmula matemática	N° IHOP colecistectomía por laparoscopia en un mes /total de cirugías de colecistectomía por

	laparoscopia en el mismo período de tiempo X 100
Umbral de cumplimiento: 0,2 x 100 pacientes operados	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador **14**	INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA CESÁREA
Fórmula matemática	N° IHOP cesárea en un mes /total de cirugías de cesárea en el mismo período de tiempo X 100
Umbral de cumplimiento: 0,8 x 100 pacientes operados	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador **15**	INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA TUMOR NEUROQUIRÚRGICO
Fórmula matemática	N° IHOP de craneotomía en un mes /total de cirugías de craneotomía por tumor neuroquirúrgico en el mismo período de tiempo X 100
Umbral de cumplimiento: sin indicador de referencia local	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador **16**	INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA PRÓTESIS DE CADERA
Fórmula matemática	N° IHOP prótesis de cadera en un mes /total de cirugías de prótesis de cadera en el mismo período de tiempo X 100
Umbral de cumplimiento: 1,8 x 100 pacientes operados	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador **17**	INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA BY PASS CORONARIO, ADULTO
Fórmula matemática	N° IHOp en by pass coronario, adulto/total de pacientes by coronario, adulto x 100 pacientes
Umbral de cumplimiento: 9,8 x 100 pacientes operados	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador **18**	INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL ASOCIADO A LA INSTALACIÓN DE VÁLVULAS DERIVATIVAS EXTERNAS EN ADULTOS
Fórmula matemática	N° de Infecciones del SNC en un mes / total de cirugías de instalación de la primera válvula derivativa externa en adultos en el mismo período de tiempo X 100
Umbral de cumplimiento: 0,49%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador **19**	INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL ASOCIADO A LA INSTALACIÓN DE VÁLVULAS VENTRÍCULO PERITONEALES EN NIÑOS Y EN ADULTOS
Fórmula matemática	N° de Infecciones del SNC en un mes / total de cirugías de instalación de la primera válvula ventrículo peritoneal en el mismo período de tiempo en niños y adultos X 100
Umbral de cumplimiento: 0,36% y 0,48% respectivamente	Periodicidad de la evaluación: Mensual

Observaciones:

1. Umbrales de cumplimiento anuales: se tienen a la vista indicadores nacionales establecidos por MINSAL para el 2019 en documento C37 N°5, del 15 de mayo 2019, para el 2018 en documento C37 N°4, del 21 de marzo 2018, para el 2017 en documento C37 N°4, del 18 de mayo 2017, y para el 2016 en circular C13 N°3, del 07 de marzo 2016.

2. Formulación y umbral de indicador para Infección de herida operatoria bypass coronario, se encuentra en el "Programa de prevención y control de las IAAS", es medido por el prestador y llevado en SICARS y reportado en los informes del año 2018 y en informe de difusión infecciones asociadas a la atención en salud en reunión ampliada, del 16 de enero 2019 y 05 de junio 2019, en dichas reuniones asiste la alta dirección, Director, subdirector médico, jefes y supervisoras de unidades clínicas y de apoyo, unidad de IAAS y epidemiología y la Unidad de Calidad y seguridad del paciente.

3. Sin umbral de cumplimiento para: infección de herida operatoria tumor neuroquirúrgico, infecciones del sistema nervioso central asociado a la instalación de válvulas derivativas externas en adultos e infecciones del sistema nervioso central asociado a la instalación de válvulas ventrículo peritoneales en niños y en adultos. A nivel nacional no está establecido el umbral para estos indicadores, y no se describe un umbral local para estos indicadores, referente señala que han tenido tasa cero hasta el año 2017, por lo que no fijan un umbral ya que el histórico es cero, para el año 2019 aún no se han fijado umbrales, ya que el periodo de corte para este proceso de acreditación es 30 abril 2019. El año 2018 se reportaron casos en HRA, como los indicadores referenciales son enviados a los prestadores a mediados de mayo 2019, los umbrales para los indicadores señalados aún no se han establecido. En visita post terreno el 13 de agosto ya establecen las tasas siendo las siguientes: ISNC VP Adulto 0,36%, ISNC VP Pediatría 0,48%, ISNC de Adulto 0,49%

4. Indicadores INFECCIÓN INTESTINAL EN LACTANTES Y NEONATOS e INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN LACTANTES se describen los denominadores por 100 en fórmula del indicador, sin embargo, en umbral de cumplimiento MINSAL 2019 vigente, se establece que el denominador es por 1000 días de exposición. Referente señala error de transcripción.

Por lo descrito en punto 2 y 3, esta entidad se genera la convicción que el prestador ha definido indicadores y umbrales para las IAAS vigiladas

GCL 3.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia que se ha realizado vigilancia en forma periódica.

Dirección o Gerencia
Metodología de Constatación (Sistemas o documentos revisados): **Período retrospectivo evaluado**: Para este primer proceso de re acreditación, aplica un período retrospectivo de 3 años, que comprende los meses del 01 de mayo 2016 al 30 abril 2019. **Selección de la muestra:** La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por Director Técnico, seleccionando los meses de junio 208 y febrero 2019. **Registros revisados:** Carpetas digitales en computador de Programa Control de infecciones, con Vigilancia epidemiológica mensual por mes y año, con Archivos separados por Indicador y servicio clínico, en los meses mencionados en la selección de la muestra: • CUP en Unidad de Cuidados Medios Cirugía junio 2018 - febrero 2019 • CUP en Unidad de Cirugía junio 2018 - febrero2019 • CUP UPC Adulto junio 2018 - febrero 2019 • CVC en Unidad de Cuidados Intensivo junio 2018 - febrero 2019 • CVC en Unidad de Cuidados Intensivo Pediátrico junio 2018 - febrero 2019 • CVC en Unidad de Cuidados Medios junio 2018 - febrero 2019 • CVC en Unidad de Cirugía junio 2018 - febrero 2019

- CVC en Unidad Hemodiálisis febrero 2019 - febrero 2019
- NPT en Unidad de Cuidados Intensivo junio 2018 - febrero 2019
- NPT en Unidad de Neonatología junio 2018 - febrero 2019
- NPT en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos junio 2018 - febrero 2019
- CU en Unidad de Neonatología junio 2018 - febrero 2019
- VM en Unidad de Neonatología junio 2018 - febrero 2019
- VM en Unidad de Cuidados Intensivo adulto junio 2018 - febrero 2019
- VM en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos junio 2018 - febrero 2019
- ISNC con válvula derivativa externa junio 2018 - febrero 2019
- IHOP by pass coronario, adulto junio 2018 - febrero 2019
- IHOP cesárea junio 2018 - febrero 2019
- IHOP coleistectomía laparoscópica y colecistectomía por laparotomía junio 2018 - febrero 2019
- Endometritis puerperal de cesárea con y sin trabajo de parto y en parto vaginal junio 2018 - febrero 2019
- Planillas digitales de pautas de supervisión de procedimientos invasivos: Mantención CVC en UCI y prevención NAVM junio 2018

Planillas en papel:
- Planilla vigilancia ISNC válvula derivativa externa adulto junio 2018
- Planillas vigilancia epidemiológica IHO cesárea junio 2018
- Planillas vigilancia epidemiológica IHO bypass coronario junio 2018
- Planillas vigilancia epidemiológica IHO bypass coronario febrero 2019
- Planillas vigilancia epidemiológica IHO cesárea febrero 2019
- Planilla vigilancia ISNC válvula derivativa peritoneal adulto febrero 2019
- Planilla vigilancia ISNC válvula derivativa peritoneal pediátrica febrero 2019
- Planilla vigilancia ISNC válvula derivativa externa adulto febrero 2019
- Planillas vigilancia epidemiológica IHO prótesis de cadera febrero 2019

SICARS:
- Fotografía Pantalla página Web http://SICARS.minsal.cl: total de indicadores de síndrome clínicos año 2018 y 2019, hasta Abril 2019
- Formulario vigilancia IHO Cesárea junio 2018
- Formulario vigilancia ITS por CVC en adultos junio 2018
- Formulario vigilancia ITS por CU en Neonatología junio 2018
- Formulario vigilancia ITU por CUP en Cirugía junio 2018
- Formulario vigilancia ITU por CUP en UCI junio 2018
- Formulario vigilancia neumonía asociadas a ventilación Mecánica en UCI adultos junio 2018
- Formulario vigilancia neumonía asociadas a ventilación Mecánica en niños junio 2018
- Formulario vigilancia neumonía asociadas a ventilación Mecánica en neonatos junio 2018
- Formulario vigilancia ISNC válvula derivativa externa adulto junio 2018
- Formulario vigilancia IHO bypass coronario febrero 2019
- Formulario vigilancia IHO Cesárea febrero 2019
- Formulario vigilancia IHO Colecistectomía por laparoscopía febrero 2019
- Formulario vigilancia ITS por Hemodiálisis febrero 2019
- Formulario vigilancia ITS por CVC en adultos febrero 2019
- Formulario vigilancia ITU asociadas a CUP en Cirugía febrero 2019
- Formulario vigilancia ITU asociadas a CUP en Medicina febrero 2019
- Formulario vigilancia ITU asociadas a CUP en UCI febrero 2019
- Formulario vigilancia neumonía asociadas a ventilación Mecánica en UCI adultos febrero 2019
- Formulario vigilancia neumonía asociadas a ventilación Mecánica en neonatos febrero 2019
- Formulario vigilancia neumonía asociadas a ventilación Mecánica en niños febrero 2019

Cuaderno: tablas resumen indicadores año 2018 y 2019 hasta mayo 2019

Describir la constatación para verificar la vigilancia periódica de IAAS:
Del periodo evaluado se solicitan los registros de vigilancia activa de IAAS de los meses seleccionados por randomizer, entregados por el DT, los meses de junio 2018 y febrero 2019.

- Se constatan los registros primarios de Vigilancia Epidemiológico que corresponden a:

1. Archivos digitales mensuales (junio 2018 y febrero 2019) por servicio clínico y por indicador.
2. En los archivos digitales de planillas Excel se constata que existen registros por servicio clínico y por procedimiento invasivo:
   a. Las planillas contienen la nómina de los pacientes que se encuentran con procedimiento invasivo indicando: nombre, RUT, días del mes con el procedimiento invasivo, diagnóstico de IAAS marcado en rojo.
   b. Se constata que, en los documentos tenidos a la vista durante la visita en terreno, no hay evidencia del registro de los días en que se realizó la vigilancia activa de IAAS.
   c. La unidad informática del prestador entrega listado del censo de pacientes hospitalizados durante el periodo randomizado para la UPC adulto y éste se compara con planilla de VE de la UPC adulto, constatándose, que los pacientes definidos en "riesgo" por exposición a un dispositivo, se encuentran vigilados, dentro de ellos los de CUP, siendo concordante la información constatada con la reportada.
   d. Se auditan 5 fichas clínicas de los meses randomizados, 2 fichas para junio 2018 y 3 fichas para febrero 2019, constatándose que se ejecuta vigilancia epidemiológica.

   Fichas auditadas de junio 2018 paciente GGF ficha 9043xx; paciente IAB ficha 1613xx. Febrero 2019 paciente PPG ficha 1293XX; paciente LBC ficha 7917xx y paciente SSU ficha 4465xx.
   Se constata lo siguiente:

d.1 Los pacientes fueron vigilados por la unidad de IAAS por ser pacientes de riesgo portadores de CUP.
d.2 Los días de exposición corresponden a lo reportado en planilla de vigilancia, exceptuando en un paciente una diferencia de dos días de exposición un "n" de 249 días de exposición para el mes de febrero del año 2019, que en términos cuantitativos la diferencia es menos del 1%.
d.3 Dos pacientes que fueron diagnosticados con ITU, según los criterios de notificación definidos en la norma institucional y referenciada por MINSAL.

- Se tienen a la vista archivos digitales de pautas de supervisión de procedimiento invasivo realizadas por Enfermeras Programa Control IAAS, en dichos archivos se registra el día de la aplicación. En el mes de junio 2018, se registra visita a UCI adulto los días 05, 12, 25 y 27 de junio, con elaboración de pautas de supervisión de Mantención CVC en UCI y prevención NAVM.
- Se observa concordancia en registros de infecciones, pacientes, días de exposición y tasas, entre las carpetas digitales de vigilancia epidemiológica, cuaderno resumen anual y plataforma SICARS en las siguientes infecciones en el mes de junio 2018:

• ITU asociadas a CUP Cuidados medios quirúrgico y Cirugía
• ITU asociadas a CUP Cuidados UCI
• ITS asociadas a CU Neonatología
• Neumonía asociadas a VM Neonatología
• Neumonía asociadas a VM Pediatría
• Infección SNC asociadas a válvulas derivativas externas adultos

- Se observa concordancia en registros de infecciones, pacientes, días de exposición y tasas, entre las carpetas digitales de vigilancia epidemiológica, cuaderno resumen anual y plataforma SICARS en las siguientes infecciones en el mes de febrero 2019:
  - Neumonía asociadas a VM Pediatría
  - ITU asociadas a CUP Medicina

- En cuanto a la vigilancia de herida operatoria:

• Se tiene a la vista planillas de papel de vigilancia epidemiológica IHO bypass coronario junio 2018: se constata que en columna lateral izquierda se registra un número, el referente señala que corresponde al número de teléfono de contacto de paciente, señalando que se realizó en ese periodo llamadas telefónicas por parte de Enfermera de otro servicio adosada al Programa en forma transitoria.
• Se tienen a la vista planillas de papel de vigilancia epidemiológica IHO bypass coronario junio 2019 en donde se constata los controles post operatorios y registro sin signos de infección, planilla que es enviada a la unidad de IAAS.
• Se tiene a la vista dato de atención de urgencia DAU, con atención de paciente con diagnóstico de IHO por colecistectomía por laparoscopía de paciente CI: 21390XXX-X atendida en junio 2018. Caso corresponde a IAAS notificada en junio 2018
• Se tiene a la vista copia de correo electrónico del 04 de julio 2018, de la Matrona supervisora Hospitalización área de la mujer, informando 3 casos de IAAS del Servicio de Obstetricia y Ginecología: una con diagnóstico de Endometritis e IHO Cesárea, la segunda con diagnóstico de Endometritis e IHO Cesárea, y la tercera con diagnóstico de IHO Cesárea. De estas 3 cirugías, en una de ellas, se encuentra adosado el protocolo operatorio que es concordante con una IAAS, y la tasa de IHO cesárea informada en plataforma SICARS de junio 2018.
• Se tiene a la vista copia de correo electrónico del 28 de febrero 2019, de la Enfermera de Policlínico Adulto, que informa que no se han presentado infecciones de herida operatoria en la sala de procedimientos durante el mes de febrero 2019.
• Se tiene a la vista planillas de papel de vigilancia de febrero 2019 de IHO de: cesárea, prótesis de cadera, colecistectomía por laparoscopía, e Infección del SNC asociada a válvulas derivativas, cuyos contenidos a completar son: nombre, edad, ficha, fecha de intervención, equipo quirúrgico, fecha inicio IIH, agente etiológico si corresponde, observaciones. Se registra sin IHO, si no hay criterios de infección.
• Se observa mes de febrero 2019 discordancia en los registros de la planilla en papel de la VE de IHO Bypass coronario y plataforma SICARS, en cuanto al denominador en la planilla de papel de VE que registra 6 pacientes bypass coronario, en plataforma SICARS se registran 7 pacientes, referente señala error en transcripción, numerador de ese periodo es cero, lo que no afecta la tasa.

Observaciones:
1. No existe una programación calendarizadas de las visitas a las unidades determinadas para la VE, sin embargo, se constata la vigilancia de la unidad IAAS, a través de la concordancia de los datos obtenidos y vaciados en los registros de Vigilancia Epidemiológica.
2. Con respecto a la la vigilancia post alta quirúrgica lo que está descrito en el manual de IAAS es concordante a lo constatado, página 27 "se recibirá información sobre pesquisa de IAAS mensual por Enfermera Supervisora del Centro Diagnóstico Terapéutico adulto e infantil y de cualquier unidad Hospitalaria, Servicio de Urgencia, UPC, etc. a partir del primer control postoperatorio y en base al registro de las atenciones realizadas a pacientes intervenidos en forma electiva de Hernia Inguinal adulto, Colecistectomías, Prótesis de Cadera y Tumores Neuroquirúrgico, Cesáreas, Bypass coronario", en este contexto, lo que ha hecho el prestador es delegar el primer control post operaotio en la enfermera del CDT y ésta envía las planillas respectivas a la unidad de IAAS.

Las constataciones realizadas permiten generarse la convicción que la unidad de IAAS del HRA, ejecuta vigilancia activa selectiva en su Institución, por lo que se cumple lo solicitado en el elemento medible.

CARACTERÍSTICA GCL 3.2 OBLIGATORIA /FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1°EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA GCL 3.3 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

GCL 3.3 – Primer elemento medible: Se describen en documentos de carácter institucional las medidas de prevención de IIH que consideran:

Precauciones estándar (1)			
Nombre del documento	NORMA DE PRECAUCIONES ESTÁNDARES PARA EL CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS)		
Fecha elaboración: Enero 2019	Fecha vigencia: 3 años	Versión:04	N° páginas:30
Elaborado por: Enfermeras unidad de IAAS epidemiología		Aprobado por: Ricardo Salazar Cabrera Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: SI, resolución exenta N°1030 del 07-02- 2019		Responsable aplicación: SI	

Se tiene a la vista documento de carácter institucional, donde destaca:
En página 3, ítem 3, define el alcance: unidades clínicas, de apoyo diagnóstico y terapéutico, lugares donde se manipula material contaminado potencialmente infeccioso. Funcionarios del establecimiento; docentes y estudiantes de las carreras profesionales y técnicas de la salud, visitas y empresas externas.
En página 4, ítem 4, responsabilidades, destacan:
- Directivos del hospital: adquisición y disponibilidad de los implementos.
- Profesional jefe y supervisor: difundir esta norma en su unidad, velar por la disponibilidad de los implementos necesarios para su ejecución, elaborar y ejecutar programas de capacitación y supervisión al personal a su cargo.
- Profesionales y técnicos de la unidad asistencial y de apoyo diagnóstico: conocer y cumplir las PE.
- Profesionales de la unidad de IAAS y epidemiología: difusión de la norma actualizada y de la supervisión.

En página 6, ítem 8, higiene de manos donde destacan los "5 Momentos de la OMS": antes del contacto con el paciente, antes de realizar una tarea limpia o técnica aséptica, después de riesgo de exposición a sangre y fluidos corporales, después del contacto con el paciente, después del contacto con el entorno del paciente.
En página 9, ítem 8.1.1, Lavado clínico de manos (procedimiento dura 40 a 60 segundos) descrito en 9 pasos entre ellos:
- Subir mangas por sobre el codo. Retirar anillos, reloj, pulseras, muñequeras, brazaletes).
- Jabonar prolijamente manos, abarcar muñecas y antebrazos.
- Enjuagar con abundante agua corriente, siguiendo los mismos pasos que el lavado.
- Cerrar la llave del agua sin tocar directamente la perilla. Desechar toalla en el papelero sin contaminarse.

En página 11, ítem 8.1.2, higiene de manos en seco con alcohol gel (procedimiento dura 20 a 30 segundos) descrito en 3 pasos:
- Subir mangas sobre los codos. Retirar accesorios (anillos, reloj, pulseras, muñequeras, brazaletes).
- Aplicar 5 ml, (1 push), para que toda el área de manos y muñecas se expongan al gel durante el frotado.
- Frotar prolijamente ambas manos, palmas, dorsos, espacios interdigitales y muñecas hasta que se seque el producto.

En página 13, ítem 8.1.3, lavado de manos quirúrgico: este procedimiento se realiza previo a la realización de procedimientos invasivos descrito en 8 pasos, entre ellos:
- Aplicar jabón de clorhexidina en manos. Lavar prolijamente superficies de manos y antebrazos. Procurar el inicio de la limpieza en las uñas y entre los dedos. palmas y dorsos antes de proceder a lavar antebrazos. Aplicar mediante movimientos circulares en las manos. Si es necesario agregar más jabón. Enjuagar bien con abundante agua corriente que escurra desde distal a proximal.

En página 16, ítem 8.1.4, higiene de manos quirúrgico en seco, descrito en 7 pasos entre ellos:
- Efectuar un lavado clínico de manos
- Aplicar una medida de dosificación (2ml) de jabón AC en la palma de una mano.
- Esparcir el antiséptico restante sobre el antebrazo hasta llegar justo por encima del codo, cubriendo toda la superficie.

En páginas 16 a 25, ítem 8.2, uso de equipos de protección personal definiendo actividades para: uso de guantes estériles y no estériles, uso de pechera o delantal, protección facial.
En página 26, ítem 8.3, prevención de pinchazos, cortes y otras lesiones con artículos afilados donde destaca:
- Las agujas no se deben recapsular.
- Los artículos cortopunzantes deben ser eliminados inmediatamente después de usarlos, en un recipiente impermeable y resistente a las punciones, que se encuentre próximo al sitio de uso.

En página 26, ítem 8.4, higiene respiratoria y buenos hábitos al toser y estornudar donde destaca:
- Cubrir su boca y nariz con un pañuelo desechable al toser y estornudar. Desechar el pañuelo y posteriormente realizar higiene de manos.
- Toser o estornudar en el pliegue del codo o antebrazo.
- Realizar la higiene de manos después de cubrir la boca o nariz tras manipular pañuelos.

En página 26, ítem 8.5, limpieza y desinfección de equipos clínicos y ambiente donde destaca: efectuar la limpieza ambiental por arrastre, con algún desinfectante de bajo o mediano nivel. Limpiar regularmente las superficies sucias o tocadas con frecuencia con los procedimientos y productos de rutina que se usan en el hospital

En página 30 en anexo N°2 se encuentra el perfil del indicador "higiene de manos".

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Norma de precauciones estándares para el control de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), versión 03, fecha emisión diciembre 2015, preparado por EU Mariluz Varela C., EU Patricia Cáceres J., Enfermeras unidad de IAAS y epidemiología, aprobado por D. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional Antofagasta.
   Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de reacreditación.

Aislamientos (2)			
Nombre del documento	PRECAUCIONES ADICIONALES A LAS PRECAUCIONES ESTÁNDARES (PAPE), BASADAS EN LA VÍA DE TRANSMISIÓN DE LOS AGENTES INFECCIOSOS		
Fecha elaboración: Octubre 2017	Fecha vigencia: 3 años	Versión:04	N° páginas:24

Elaborado por: Mariluz Varela C., Patricia Cáceres J., Claudia Fuenteseca P., Enfermeras unidad de IAAS y epidemiología.	Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director Hospital Regional Antofagasta.
Carácter institucional: SI, Resolución Exenta N° 12862 del 30-10- 2017	Responsable aplicación: SI

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En páginas 2 y 3, ítem 3, alcance donde destaca: todas las unidades clínicas ,de apoyo y unidades de movilización de pacientes.
En página 3, ítem 4, responsabilidades donde destaca:
- Director hospital: oficializar la norma y garantizar la disponibilidad de los recursos.
- Unidad IAAS y epidemiología: liderar la elaboración de las directrices técnicas, normar, actualizar e indicar las medidas de aislamiento, evaluar el cumplimiento.
- Supervisoras de unidades clínicas y de apoyo: de la capacitación y supervisión, comunicar a la unidad de IAAS cada vez que ocurra la sospecha o diagnóstico de alguna patología o de algún agente susceptible de aplicar medidas de aislamiento.
- Médico tratante: notificar enfermedades sometidas a vigilancia según OS N°158, indicar y cumplir la medida de aislamiento específica, registrar el diagnóstico y la indicación de aislamiento en la ficha clínica.

Páginas 8 a 10 , ítem 8.6 medidas de prevención de infecciones de agentes transmitidos por vía de contacto descritas en 8 puntos, entre ellos:
- Agentes infecciosos y patologías habituales que requieren este tipo de medida: sarna, microorganismos multiresistentes, etc.
- Además de la aplicación de las precauciones estándares, se debe: Hospitalizar al paciente en una habitación individual toda vez que sea posible o aislamiento en cohorte.
- El número de unidades de pacientes en la habitación debe permitir una distancia entre ellas no menor a 1,5 m.
- Uso de delantal plástico desechable con manga larga para el manejo de pacientes infectados con clostridium difficile.

Páginas 10 a 12, ítem 8.7, prevención de infecciones de agentes transmitidos por vía aérea, aerosoles descrito en 8 puntos entre ellos:
- En estos casos, además de la aplicación de precauciones estándares, se debe:
- Usar habitación individual, se puede habilitar excepcionalmente el aislamiento en cohorte.
- Hospitalizar en habitación con ventilación a presión negativa, mayor a 5 recambios de aire por hora.
- Agentes infecciosos habituales que requieren este tipo de medidas de aislamiento:
- Pacientes con tuberculosis pulmonar.
- Pacientes infectados con virus varicela zoster.
- Paciente con sarampión.

Páginas 13 y 14, ítem 8.9, prevención de infecciones de agentes transmitidos por gotitas desarrollado en 6 puntos entre ellos:
- Evitar la diseminación de agentes que se transmiten en gotitas de más de 5 µm de diámetro y que pueden proyectarse hasta un metro.
- Se recomienda mantener separación física de las camas de al menos 2 metros entre el paciente, en caso contrario se debe bloquear la unidad contigua.
- Uso de mascarilla quirúrgica al entrar en contacto a menos de 1 metro del paciente infectado.
- En pacientes pediátricos, asegurar de que éstos no compartan objetos como chupetes, juguetes, mamaderas, etc.

Página 17, ítem 9, precauciones para pacientes inmunosuprimidos descrito en 3 puntos entre ellos:
Indicaciones: en adultos neutropenia con RAN menos o igual a 500, en niños; neutropenia con RAN menor o igual a 500 e inmunodeficiencia severa combinada.
Medidas:
- Uso de precauciones estándar habitación individual.
- Uso de mascarilla quirúrgica a toda persona que ingrese a la habitación
- Idealmente el aire que ingresa a la habitación debe ser filtrado (HEPA), con presión positiva.

En páginas 20 a 24, anexo 1, se encuentran tablas con síndromes o condiciones clínicas que requieren aislamiento hasta confirmación diagnóstica desarrolladas en 4 columnas que contienen: Infección, categoría de precauciones, duración del aislamiento, notificación.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Norma precauciones basadas en la transmisión de agentes infecciosos", versión 03, fecha emisión Marzo 2016, preparado por EU Claudia Fuenteseca P., EU Patricia Cáceres J., Enfermeras unidad de IAAS y epidemiología, aprobado por Dr. Francisco Bueno, Director Hospital Regional Antofagasta.
2. Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de reacreditación.

Prevención de infección de herida operatoria (3)

Nombre del documento	NORMA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO		
Fecha elaboración: Septiembre 2016	Fecha vigencia: 3 años	Versión:03	N° páginas:32
Elaborado por: EU. Patricia Cáceres J, EU. Claudia Fuenteseca P, EU. Mariluz Varela C. Unidad IAAS y epidemiología		Aprobado por: Juan Urrutia R. Director Hospital Regional Antofagasta.	
Carácter institucional: SI		Responsable aplicación: SI	

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento institucional.
Ítem 2, alcance, la norma debe ser cumplida en todas las unidades clínicas y unidades de apoyo que prestan servicios quirúrgicos.
Ítem 3, responsabilidad, entre otros señala lo siguiente:
- Supervisoras: capacitación y supervisión del personal a cargo, instruir a los funcionarios, docentes y estudiantes sobre medidas básicas de prevención de IAAS.
- Personal profesional y técnico: la toma de conocimiento de esta norma, cumplir con la aplicación en la práctica clínica, instruir a los pacientes sobre medidas básicas de prevención.
- Supervisor (a) de Unidad de Pabellón Quirúrgico: toma de conocimiento de esta norma; cumplir con la aplicación en la práctica clínica, de las medidas preventivas e instrucciones contenidas en esta norma.
- Profesionales de la Unidad IAAS: capacitación y supervisión, vigilancia de IHO en las heridas operatorias limpias, al menos las

de sitio quirúrgico.

En página 10 a la 26**,** Ítem 7**,** describe las **medidas de prevención de ISQ,** señala entre otros**:**
Periodo preoperatorio: (página 11 a la 13) indicaciones generales para la hospitalización en cirugía electiva, describe 8 medidas entre ellas**:**
- Hospitalización preoperatoria debe ser el mínimo necesario.
- En cirugías electivas los focos de infección distal deben ser tratados antes de la intervención.
- Estabilizar y controlar patologías concomitantes (Diabetes Mellitus descompensada, hipertensión arterial)
- Instruir al paciente sobre el baño antes de su ingreso al hospital. No rasurar zona operatoria.
- Si no posible la realización de la ducha de paciente, el personal debe realizarle un baño de esponja en la cama, al momento del ingreso y lo más próximo a la intervención.
- En intervenciones con implantes el baño debe realizarse con jabón antiséptico de clorhexidina.
  Corte de vello: Médico o profesional no médico, es responsable de la indicación de remoción de vello. Usar máquina corta vello, cliperas o tijeras limpias y desinfectadas.

Preparación preoperatoria de la piel: (página 14 a la 18) se describe los objetivos, materiales y procedimiento de las siguientes actividades:
- Lavado mecánico de la piel, le cual debe ser realizado con agua y jabón antiséptico (Clorhexidina o yodoforos).
- Aseptización de la piel: El cual debe ser realizado inmediatamente antes de la intervención quirúrgica (hasta 30 minutos), utilizando material estéril y solución antiséptica que contenga alcohol, al menos que exista contraindicación (mucosas, córnea, oídos).
- Se señala además el manejo y preparación de zonas contaminadas.

Intraoperatorio: (Página 19 a 25) se describes el manejo y medidas preventivas de las etapas del intraoperatorio, incluyendo las siguientes actividades y/o técnicas:
- Técnica quirúrgica, señala 8 acciones, entre las que destaca el uso de antibioprofilaxis según norma vigente, minimizar el tiempo quirúrgico, usar técnica aséptica.
- Material quirúrgico, indica 5 medidas de prevención, destacando que el material e instrumental a utilizar debe estar en condiciones de esterilidad.
- Campo quirúrgico, menciona 4 medidas, entre ellas que los campos quirúrgicos se deben armar sobre áreas limpias, desinfectadas y secas.
- Manejo de instrumental, define 8 medidas de prevención, entre las que destaca, que el material debe utilizado debe ser estéril, juntar en cajas o bandejas cerradas y enviar a central esterilización, para su procesamiento.
- Zona de intervención, define 2 medidas.
- Profilaxis antimicrobiana, se debe indicar de acuerdo a normativa vigente en el hospital.
- Manos del equipo quirúrgico, define 3 medidas, entre ellas que se debe realizar lavado de manos quirúrgico, antes de cada intervención, con jabón antiséptico y uso de guantes quirúrgicos estériles.
- Duración del acto quirúrgico, la duración debe ser la mínima necesaria y disminuir el tiempo de exposición de los tejidos.
- Ambientes de la sala de operación, en una tabla define y clasifica las áreas del pabellón quirúrgicos, establece 10 medidas de prevención, entre ellas, el contar con sistema de filtración de aire (filtros HEPA) y recambio por hora (al menos 15 cambios por hora), mantener temperatura ambiental ente 20° a 23° y una humedad de 30% a 60%, realizar aseo y desinfección de los pabellones entre intervenciones, personal dentro del pabellón debe ser restringido, aceptando un máximo de 9 personas dentro del quirófano.

Post operatorio (Página 25 a la 26)
- Control de glicemia: niveles de glucosa < 200 mg/dl.
- Manejo de la herida operatoria, establece 8 medidas, entre ellas, que la herida debe mantenerse limpia y seca, no deben manipularse en el post operatorio, excepto cuando hay evidencias de complicaciones (hemorragias, infección), usar material estéril en las curaciones.
- Drenajes, define que se deben manejar con técnica aséptica y en circuito cerrado, evaluar su funcionamiento diariamente y retirar tan pronto cese su función.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista documento anterior "Norma de prevención y control de infección de sitio quirúrgico" versión 02, de 24 páginas, elaborado por Patricia Cáceres y Claudia Fuenteseca Unidad de IAAS, aprobado por Juan Mattatal, Director Hospital Antofagasta.
2. Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de reacreditación.

Prevención de endometritis (4)			
Nombre del documento	NORMA PREVENCIÓN DE ENDOMETRITIS PUERPERAL		
Fecha elaboración: Enero 2019	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 04	N° páginas: 17
Elaborado por: Enfermeras Unidad de IAAS y Epidemiología		Aprobado por: Ricardo Salazar Cabrera Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: SI		Responsable aplicación: SI	

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional según Resolución Exenta Nº 4235 del 25 de marzo del 2019.
En página 3, ítem 3, se describe el alcance:
- Toda unidad clínica donde se atiendan partos por vía vaginal o cesárea, en cualquiera de sus etapas.
- Personal profesional, técnicos paramédicos, docentes y alumnos de las carreras de salud.

En páginas 4 a 6, ítem 4, se definen las responsabilidades para:
- Jefes Servicio Ginecología y Obstetricia y de Pabellón de Maternidad: personal a su cargo conozca esta norma, que se evalúe su cumplimiento , conocer las tasas de EP de la unidad y la evaluación, gestionar y aplicar intervención.
- Supervisoras de Unidad Clínica de Ginecología y Obstetricia y de Pabellón de Maternidad: capacitar, supervisar , instruir a los

funcionarios sobre medidas básicas de prevención, mantener registros con la información de la vigilancia epidemiológica de EP.
- Personal profesional y técnico de la Unidad Clínica de Ginecología y Obstetricia y de Pabellón de Maternidad: toma de conocimiento de esta norma, cumplir con las medidas preventivas, mantener registros estandarizados en la ficha clínica de cada paciente.

En páginas 7 a 12, ítem 8, se describe el proceso según se detalla:
- Técnica Aséptica; incluye las siguientes medidas:
  - Lavado de manos quirúrgico o clínico del operador.
  - Uso de guantes estériles.
  - Uso de material estéril.
  - Uso de campos estériles que impidan el contacto del material estéril con superficies no estériles.
  - Aseo perineal.

  Tacto vaginal, durante el trabajo de parto, debe ser realizado previo lavado de manos del operador y con uso de guantes estériles.

  Responsables: personal que participa en la atención del parto, Dirección del Hospital a través del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología, SD Matronería, Jefatura Médica y Supervisor (a) de Pabellón Maternidad.
- Personal con lesiones en las manos; incluye las siguientes medidas:
  - Personal con lesiones en la piel de las manos (infecciones, dermatitis o soluciones de continuidad), no deben participar en la atención del parto ni en la realización de tactos vaginales, aunque se utilicen guantes de látex.
  - Existencia de normativa que especifica las condiciones y los períodos de exclusión en la atención del parto del personal con lesiones en la piel de las manos.
  - Existencia de programa de supervisión de cumplimiento de la técnica aséptica en la atención del parto.

  Responsables: personal que participa en la atención del parto, Dirección del Hospital a través del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología, SD Matronería, Jefatura Médica y Supervisor (a) de Pabellón Maternidad, Médico de Salud del Personal.
- Indicación de tactos vaginales; el número de tactos vaginales durante el manejo de la fase activa del trabajo de parto. Será el mínimo necesario, no debe sobrepasar los 5 tactos vaginales. Entre las indicaciones de tacto vaginal definidas por el prestador se encuentran:
  - Diagnóstico de existencia del trabajo de parto activo.
  - Evaluación de la progresión de dilatación cervical durante el trabajo de parto.
  - Evaluación del tipo de presentación, posición, descenso y encajamiento de la presentación.

  Las personas facultadas para realizar tactos vaginales son médicos y matronas (es), incluyendo internos de esas mismas carreras.

  Se debe registrar en ficha clínica de paciente el número de tactos realizados.

  Responsables: personal que participa en la atención del parto, Dirección del Hospital a través del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología, SD Matronería, Jefatura Médica y Supervisor (a) de Pabellón Maternidad.
- Antibioprofilaxis en cesáreas; toda paciente que se someta a una cesárea, electiva o de urgencia, debe recibir antibioprofilaxis de acuerdo a los esquemas definidos:
  - Gestantes con rotura prematura de membranas, gestantes de pre término, embarazos múltiples, gestantes de más de 12 horas de rotura de membranas, gestantes con cultivo vaginal positivo a Estreptococo grupo B, antecedentes de hijo con infección estreptocócica: Ampicilina 2 gr. IV al inicio del parto y luego cada 4 horas hasta el término del parto.
  - Histerectomía abdominal, histerectomía vaginal, histerectomía radical, vulvectomía radical, cirugía laparoscópica, cesáreas de urgencia o programadas: cefazolina 1 gr. IV, y con peso mayor a 80 Kg. 2 gr. IV / clindamicina 600 mg. IV en caso de alergia a penicilina en dosis única.

  Responsables: personal que participa en la atención del parto, Dirección del Hospital a través del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología, Jefatura Médica y Supervisor (a) de Pabellón Central, Jefe de Unidad de IAAS y Epidemiología, Jefe Unidad de Infectología.

Observaciones:

1. Se tienen a la vista versiones anteriores del documento:
- "Norma Prevención de Endometritis Puerperal", versión 03, fecha de aprobación Mayo de 2017, elaborado por EU Patricia Cáceres J. y EU Claudia Fuenteseca P. – Enfermeras Unidad de IAAS y Epidemiología; Aprobado por Dr. Francisco Bueno N. – Director (s) Hospital Regional.
- "Norma Prevención de Endometritis Puerperal", versión 02, fecha de aprobación Abril de 2014, elaborado por EU Patricia Cáceres J., EU Mariluz Varela O. y EU Claudia Fuenteseca P. – Unidad de IAAS y Epidemiología; Aprobado por Dr. Juan Pablo Mattatall – Director Hospital.

2. Se cumple con el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de reacreditación.

Prevención de infecciones asociadas a procedimientos invasivos (5)			
Nombre del documento	PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADAS A PROCEDIMIENTOS INVASIVOS DE ACCESO VASCULAR		
Fecha elaboración: Septiembre 2016	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 03	N° páginas: 18
Elaborado por: Elaborado por: Mariluz Varela C., Patricia Cáceres J., Claudia Fuenteseca P., Enfermeras unidad de IAAS y epidemiología.		Aprobado por: D. Juan Urrutia R., Director Hospital Clínico Antofagasta.	
Carácter institucional: SI, resolución exenta N° 8669 del 20 – 09- 2016		Responsable aplicación: SI	

Breve descripción del documento:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional en el que destaca:
En página 3, ítem 2, alcance donde destaca:
- La norma debe ser cumplida en toda unidad clínica y unidad de apoyo, donde se indica y atienden pacientes con catéteres vasculares es; en particular catéter venoso periférico, catéter venoso central, catéter de hemodiálisis, catéter percutáneo, catéter umbilical, catéter tunelizado, catéter implantable con reservorio subcutáneo. Incluye el acceso venoso central destinado a la administración de nutrición parenteral total.

Páginas 3 y 4, ítem 3., responsabilidad, entre ellos:
- Médico jefe de unidad clínica y de pabellones: conocer, difundir y aplicar norma, documentar el entrenamiento formal de instalación de dispositivos, el cumplimiento de la indicación médica de uso, instalación y retiro del dispositivo intravascular por parte de los médicos a su cargo.

- Médicos tratantes y residentes: conocer, aplicar esta norma y realizar entrenamiento formal de instalación de dispositivo invasivo, documentar la sospecha y/o confirmación de ITS asociada a dispositivos vasculares permanente.
- Enfermera y/o matrona supervisora: asegurar la capacitación continua en estas materias, elaborar, ejecutar, evaluar y emitir informe sobre programa de supervisión de IAAS en su unidad.
- Enfermera y/o Matrona Clínica: conocer, cumplir y supervisar la práctica de las medidas preventivas según la norma, durante la instalación, manejo y mantención de los dispositivos intravasculares definidos en la Unidad.
- Técnicos de nivel superior en enfermería: conocer esta norma y aplicarla en todos los ámbitos de su competencia.
- docentes, tutores y estudiantes de las carreras de la salud: conocer esta norma y cumplir las medidas de prevención de infecciones asociada al uso de dispositivos intravasculares, durante la práctica clínica.
- Unidad de IAAS y epidemiología: definir directrices técnicas institucionales respecto a las indicaciones médicas de uso, instalación, manejo y mantención de los dispositivos intravasculares; b) vigilancia epidemiológica activa.

Página 6 y 7, ítem 7.1, **medidas de prevención de ITS**: dentro de las medidas de prevención se consideran las siguientes:
- Educación del personal.
- Higienización de manos:

Páginas 8 a 10, ítem 7.2, **catéteres venosos periféricos** descrito en 12 puntos entre ellos:
- La cateterización de la vía venosa es una indicación médica.
- Instalación y fijación del catéter venoso periférico: instalar catéter periférico estéril y desechable con técnica aséptica, cubrir con apósito transparente, o gasa estéril más apósito transparente; en caso de exista sangrado leve, exudado, paciente diaforético preferir el uso de gasa estéril más apósito transparente, registrar fecha de instalación del catéter, en la tela de fijación o apósito transparente y en hoja de enfermería.

Páginas 10 y 11, ítem 7.3 **catéteres venosos centrales** desarrollado en 23 puntos entre ellos:
- Indicación médica específica consignada en la hoja de terapia. La instalación debe ser ejecutada por profesional capacitado.
- Describe las indicaciones de Instalación.
- Preparación para la inserción del CVC: máximas precauciones de barrera estéril.

Página 12, ítem 7.3.5, **medidas de prevención IAAS para dispositivo intravascular central,** descrito en 6 medidas entre ellas**:**
- Se recomienda la utilización de ultrasonido para la instalación.
- En pacientes adultos, el riesgo de infección se minimiza al utilizar la vena subclavia como sitio de inserción.
- En pacientes pediátricos, la inserción femoral tiene menos complicaciones mecánicas y la frecuencia de infección al usar este sitio es similar al uso de catéteres no femorales.
- Evite el uso de la vena subclavia en pacientes en hemodiálisis.

Página 13, ítem 7.3.5.4, **catéter umbilical**, desarrollado en 6 medidas entre ellas:
- El catéter deberá mantenerse fijo, además de la sutura, por tela adhesiva con sistema de puente.
- El catéter umbilical arterial se mantiene con tapa clave envuelto en gasa y bolsa de drenaje estéril.
- El muñón umbilical se deberá pincelar cada 8 horas gluconato de clorhexidina al 2%.

Página 13, ítem 7.3.5.5, **mantención de los dispositivos intravasculares centrales** descrito en 9 puntos entre ellos:
- Desinfectar los sitios de conexión, adaptadores, llaves de pasos con alcohol 70% antes de su utilización.
- Todo el set de administración, llaves tres pasos, sistema de PVC debe ser cambiado y etiquetado cada 72 horas.
- Realizar cambio de set de administración cada 24 horas en, suero glucosado 30%, lípidos, nutrición parenteral central.
- Mantener cubiertas las llaves de tres pasos con apósitos estériles y cambiarlos cada 24 horas o cuando sea necesario.

Página 14, ítem 7.3.5.6, curación del sitio de inserción del CVC, CPC, Swan Ganz, CHD, CVC Tunelizado descrito en 4 puntos entre ellos:
- Se debe realizar cada 2 días si este se encuentra cubierto con gasa estéril más apósito transparente y cada 7 días si se encuentra cubierto solo con apósito transparente.
- En los catéteres tunelizados realizar curación cada 7 días.

Página 15, ítem 7.4, **nutrición parenteral** desarrollado en 5 puntos entre ellos:
- Recepcionar la NPT en un receptáculo específico para esto, debe contar con tapa, verificando la identificación.
- Administrar inmediatamente después de recepcionada.

Observación:
1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Norma precauciones basadas en la transmisión de agentes infecciosos", versión 03, fecha emisión Enero 2015, preparado por EU Claudia Fuenteseca P., EU Patricia Cáceres J., EU Mariluz Varela C., Unidad de IAAS y epidemiología, aprobado por Dr. Francisco Bueno, director (s) hospital regional Antofagasta.
2. Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de reacreditación.

CUP

Nombre del documento	PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO AL USO DE CATÉTER URINARIO PERMANENTE.		
Fecha elaboración: Septiembre 2016	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 04	N° páginas: 12
Elaborado por: EU Patricia Cáceres J., EU Claudia Fuenteseca P., Mariluz Varela C., Enfermeras IAAS y epidemiología.		Aprobado por: Sr. Juan Urrutia R. ,Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Sí, Resolución Exenta N° 8669 del 20 de septiembre del 2016		Responsable aplicación: Sí	

Breve descripción del documento:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, en el que destaca:
Página 3, ítem 2, alcance que describe: la norma debe cumplirse en toda unidad clínica o de apoyo donde se indique e instale CUP incluye a:
- Profesionales que indican y realizan técnica de instalación de CUP.
- Técnicos paramédicos que intervienen en la mantención, mientras dure la indicación médica de uso de CUP.
- Técnicos paramédicos y auxiliares de servicio que trasladan al paciente.
- Jefatura médica y supervisores de cada unidad que deben documentar el cumplimiento de las prácticas preventivas normadas.
- Se extiende a docentes, tutores y estudiantes de carreras de la salud.

Página 4, ítem 3, **responsabilidades** donde destaca:
- Médico: indicación de uso, mantención y retiro del CUP; solicitar estudio microbiológico ante sospecha de ITU/CUP.
- Enfermera(o), matrón(a): instalar CUP con técnica aséptica; evaluar funcionamiento de CUP diariamente; cumplir con las

medidas de prevención de infecciones asociadas a uso de CUP.
- Técnicos de nivel superior de enfermería: preparar materiales para la instalación de CUP; realizar aseo genital previo a su instalación; cumplir con medidas de prevención de infecciones asociadas al uso de CUP.
- Auxiliares de servicio: cumplir con las medidas de prevención de infecciones asociadas al uso de CUP.

Página 6 a 11, ítem 7, **descripción del proceso** donde destaca:
Norma ITU/CUP 1: menciona que el CUP es de indicación médica y debe usarse por el mínimo de tiempo necesario.
- Criterios de indicación médica de uso de CUP , describe 8 criterios.
- El médico debe evaluar diariamente la necesidad de mantener el catéter urinario y retirarlo apenas cese su indicación.
- Norma ITU/CUP 2: instalación por personal capacitado:
- Los catéteres CUP deben ser instalados por profesionales capacitados, médicos, enfermeras o matronas.
- Norma ITU/CUP 3: instalación con técnica aséptica, desarrollado en 5 puntos entre ellos:
- Los catéteres urinarios deben ser instalados con técnica aséptica.
- Se deben usar los catéteres de menor calibre posible.
- Norma ITU/CUP 4: mantención de circuito cerrado, desarrollado en 4 puntos entre ellos:
- Desconectar circuito cuando se requiera de cambio de bolsa recolectora y por el mínimo de tiempo posible.
- Para toma de examen de orina, se debe puncionar con aguja de menos calibre, con técnica aséptica y sin desconectar circuito.
- Norma ITU/CUP 5: evitar reflujo de orina, desarrollado en 2 puntos:
- Mantener flujo sin obstrucción, bolsa recolectora bajo nivel de la vejiga y fijar CUP.
- Norma ITU/CUP 6**:** manipulación de bolsa recolectora, descrito en 5 puntos, entre ellos:
- Para vaciamiento de bolsa recolectora, cumplir precauciones estándar.
- La válvula de desagüe de la bolsa no debe tocar los bordes del receptáculo; vaciar bolsa cuando esté a no más de tres cuartos de su capacidad; la bolsa no debe tocar el suelo.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versión anterior del documento:
   - "Prevención de infecciones del tracto urinario asociado al uso de catéter urinario permanente", Versión 03, fecha emisión octubre 2013, preparado por EU Claudia Fuenteseca P., EU Patricia Cáceres J., Unidad de IAAS y epidemiología, aprobado por Dr. J. Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta.
2. Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de reacreditación.

Uso de antisépticos y desinfectantes (6)

Nombre del documento	NORMA TÉCNICA USO DE ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES		
Fecha elaboración: Abril 2019	Fecha vigencia: 3 años	Versión:04	N° páginas: 25
Elaborado por: EU Patricia Cáceres J., EU Claudia Fuenteseca P., Mariluz Varela C.		Aprobado por: Ricardo Salazar Cabrera Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: SI, memorándum 000034 del 24-04-2019		Responsable aplicación: SI	

Breve descripción del documento:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional en el que destaca:
Página 3, ítem 3, alcance: todo el personal que conforma el equipo de salud en todas las unidades clínicas y de apoyo diagnóstico y terapéutico donde se realicen actividades y/o procedimientos que involucren el uso de antisépticos y/o desinfectantes.
Páginas 5 y 6, ítem 5, responsabilidades donde destaca:
- Unidad de IAAS: definir los antisépticos y desinfectantes de uso hospitalario, definir los contenidos para capacitación, y supervisar y evaluar.
- Unidad de Farmacia: mantener el stock, supervisar el cumplimiento de las condiciones en cuanto a concentración, conservación y vigencia durante el almacenamiento, dispensar los antisépticos, procurar la disponibilidad.
- Abastecimiento: adquirir los antisépticos y desinfectantes.
- Bodega de farmacia y bodega central: almacenar y distribuir.
- Supervisores de unidades clínicas y de apoyo: supervisar la conservación y el uso.
- Personal profesional y técnico: utilizar antisépticos y desinfectantes de acuerdo a la norma y de conocer las propiedades.

Páginas 7, ítem 7.1, selección y adquisición de los productos, donde destaca:
- La selección de los antisépticos y desinfectantes será realizada por la Unidad de IAAS en conjunto con la Unidad de farmacia.
- La selección de éstos se basará en la situación epidemiológica del establecimiento, las necesidades, la evidencia disponible así como también la disponibilidad y costo de los productos.

Página 10, ítem 7.4, uso de antisépticos, donde destaca:
- Al utilizar un nuevo envase de producto se debe revisar la indemnidad del envase, vigencia del producto y anotar la fecha de apertura en un lugar visible del contenedor.
- Una vez cumplido el período de vigencia del antiséptico ya abierto, los remanentes deben ser eliminados en cada unidad clínica y de apoyo, de manera directa por el desagüe del lavamanos.
- Si el contender no tiene fecha de apertura, la seguridad del producto es nula y debe ser eliminado en su totalidad por el desagüe.

Tabla vigencia de antisépticos una vez abiertos	
Antisépticos con vigencia de 3 días luego de abierto el envase	Alcohol 70%, tintura de povidona yodada, gluconato de clorhexidina 2% y tintura de clorhexidina 0,5%
Antisépticos con vigencia de 1 mes luego de abierto el envase	Jabón de clorhexidina (dispensador de codo) y alcohol gel de carro.
Antisépticos con vigencia de 3 meses luego de abierto el envase	Jabón neutro y alcohol gel (dispensador de pared)
Antiséptico Clorhexidina 1% y alcohol 61% (Jabón AC)	Su duración es hasta que se termine el producto.

Página 11, ítem, 7.4.2 los antisépticos deben utilizarse en su contenedor original, donde destaca:

- Nunca mezcle en un mismo recipiente productos antisépticos de distinta naturaleza.
- Nunca retorne un antiséptico o desinfectante al envase original una vez fuera de éste. Elimine la porción que sacó del contenedor y que no va a utilizar.

Página 11, ítem 7.4.3, aplicación de los antisépticos, donde destaca:
- Las tórulas que se usan para la antisepsia de la piel deben impregnarse con la solución antiséptica al momento de usarlas.
- De preferencia utilizar las tórulas impregnada con solución antiséptico de fábrica y/o sachet con antisépticos.
- Siempre se debe lavar la piel por arrastre con agua y jabón antes de aplicar un antiséptico ya que la mayoría de los antisépticos son inactivados por la suciedad y la materia orgánica.
- No utilice compuestos yodados en recién nacidos.
- El uso de alcohol se encuentra contraindicado en mucosas, córneas y oído.

Página 12, ítem 7.4.4, tiempo de acción de los antisépticos, donde destaca:
- Procure respetar el tiempo de acción óptimo de cada antiséptico o desinfectante recomendado por el fabricante para obtener el máximo de acción del producto. Por ejemplo, al aplicar alcohol sobre la piel para realizar una venopunción, (prefiera gasitas impregnadas alcohol PAD no abanique el sitio, permita que se seque de manera espontánea.

Página 13, ítem 7.5, uso de desinfectantes donde destaca:
- A diferencia de los antisépticos, los desinfectantes sólo se pueden utilizar sobre superficies y material inanimado.
- El único antiséptico del cual se acepta su uso como desinfectante es el alcohol de 70°; pero se debe usar para alcohol isopropílico para desinfección de superficies, de fonendoscopios, termómetros, teclados de PC y otros equipos médicos.

Página 13, ítem 7.5.1, conservación del producto, donde destaca:
- Todos los envases deben mantenerse cerrados con su respectiva tapa.
- Las soluciones de cloro deben ser rotuladas con fecha y hora de preparación.
- Estas soluciones no deben ser usadas luego de 12 hrs de haber sido preparadas. Transcurrido este lapso de tiempo, se debe eliminar el remanente debido a la disminución de la concentración del desinfectante.

Página 14, ítem 7.5.3, aplicación del desinfectante, donde destaca:
- Solamente se deben utilizar las diluciones de desinfectantes recomendadas por el fabricante y las indicadas en esta norma.
- Para que la acción de éstos sea efectiva, deben ser aplicados sobre superficies u objetos previamente descontaminados (limpios). La aplicación de ellos debe ser directa y no a través de pulverización o rociador.

- En páginas 17 a 19, anexo 1, se encuentra una tabla que contiene antisépticos utilizados en el establecimiento y sus principales riesgos desarrollados en 4 columnas (agente, presentación- concentración, uso, precauciones). Los antisépticos descritos son;
- Alcohol etílico 70%, clorhexidina, povidona yodada, alcohol gel.
- En páginas 20 y 21, anexo 2, se encuentra una tabla que contiene desinfectantes utilizados en el establecimiento y sus principales riesgos desarrollados en 4 columnas (agente, presentación- concentración, uso, precauciones). Los desinfectantes desarrollados son; Cloro orgánico en polvo, alcohol 70%, alcohol isopropílico, amonio cuaternario, ácido peracético/peróxido de hidrogeno, citrosteril y ortoftaldehido.
- En página 22, anexo 3, se encuentra el perfil del indicador "Cumplimiento del manejo de antisépticos y desinfectantes".
- En páginas 24 y 25, anexo 5, se encuentran las instrucciones de uso de SoluPrep (tórula con solución coloreada y transparente para procedimientos invasivos y solución coloreada para procedimientos quirúrgicos).

Observaciones:

1. Se tiene a la vista versión anterior del documento:
- "Norma técnica uso de antisépticos y desinfectantes", Versión 03, fecha emisión marzo 2016, preparado por EU Claudia Fuenteseca P., EU Patricia Cáceres J., Mariluz Varela G., aprobado por Sr. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional Antofagasta.

2. Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

PQ (1, 2, 3, 5, 6)	Med. (1, 2, 5, 6)	Cir. Ad. (1, 2, 3, 5, 6)	Cir. Inf. (1, 2, 3, 5, 6)	Ped. (1, 2, 5, 6)	Neo (1, 2, 5, 6)	Obst-gine (1, 2, 3, 4, 5, 6)	APD (1, 2, 5, 6)	APQ (1, 2, 5, 6)	URG (1, 2, 5, 6)	Dental (1, 6)
SI	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**

GCL 3.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

PQ 1	
Nombre del indicador	LAVADO DE MANOS REALIZADO EN FORMA CORRECTA
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados/N° total de observaciones realizadas x100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ 2	
Nombre del indicador	LAVADO DE MANOS REALIZADO EN FORMA CORRECTA
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados/N° total de observaciones realizadas x100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ 3	
Nombre del indicador	LAVADO DE MANOS REALIZADO EN FORMA CORRECTA
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados/N° total de observaciones realizadas x100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 1	
Nombre del indicador	LAVADO DE MANOS REALIZADO EN FORMA CORRECTA
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados/N° total de observaciones realizadas x100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 2	
Nombre del indicador	LAVADO DE MANOS REALIZADO EN FORMA CORRECTA

Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados/N° total de observaciones realizadas x100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 3	
Nombre del indicador	LAVADO DE MANOS REALIZADO EN FORMA CORRECTA
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados/N° total de observaciones realizadas x100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 4	
Nombre del indicador	LAVADO DE MANOS REALIZADO EN FORMA CORRECTA
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados/N° total de observaciones realizadas x100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 5	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE OBSERVACIONES QUE CUMPLEN CON LA TOTALIDAD DEL REQUERIMIENTO DE LA OBSERVACIÓN
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de requisitos evaluados/ N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento:90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Observaciones: El nombre del indicador no explicita qué requerimiento de observación evalúa el indicador, en la fuente primaria se describe la pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel, por tanto se valida el nombre descrito en dicha fuente.	
Nombre del indicador (2)	LAVADO DE MANOS REALIZADO EN FORMA CORRECTA
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados/ N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQs 6	
Nombre del indicador	LAVADO DE MANOS REALIZADO EN FORMA CORRECTA
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados/ N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Cir.Infant	
Nombre del indicador	CUMPLIMIENTO DEL USO DE LOS COMPONENTES DE LAS PRECAUCIONES ESTÁNDARES.
Fórmula matemática	Nº de observaciones que cumplen con el uso de los componentes de las precauciones estándares/Nº total de observaciones realizadas en relación con el uso de los componentes de las precauciones estándares x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: mensual
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE OBSERVACIONES QUE CUMPLEN CON LA TOTALIDAD DEL REQUERIMIENTO DE LA OBSERVACIÓN
Fórmula matemática	Nº de observaciones que cumplen con la totalidad de requisitos evaluados/Nº total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: trimestral
Observaciones: El nombre del indicador no explicita qué requerimiento de observación evalúa el indicador, en la fuente primaria se describe la pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel, por tanto se valida el nombre descrito en dicha fuente.	
Ped	
Nombre del indicador	CUMPLIMIENTO DEL USO DE LOS COMPONENTES DE LAS PRECAUCIONES ESTÁNDARES.
Fórmula matemática	Nº de observaciones que cumplen con el uso de los componentes de las precauciones estándares/Nº total de observaciones realizadas en relación con el uso de los componentes de las precauciones estándares x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: mensual
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE OBSERVACIONES QUE CUMPLEN CON LA TOTALIDAD DEL REQUERIMIENTO DE LA OBSERVACIÓN
Fórmula matemática	Nº de observaciones que cumplen con la totalidad de requisitos evaluados/ nº total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: trimestral
Observaciones: El nombre del indicador no explicita qué requerimiento de observación evalúa el indicador, en la fuente primaria se describe la pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel, por tanto se valida el nombre descrito en dicha fuente.	
Neo	
Nombre del indicador	CUMPLIMIENTO DEL USO DE LOS COMPONENTES DE LAS PRECAUCIONES ESTÁNDARES.
Fórmula matemática	Nº de observaciones que cumplen con el uso de los componentes de las precauciones estándares/Nº total de observaciones realizadas en relación con el uso de los componentes de las precauciones estándares x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: mensual
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE OBSERVACIONES QUE CUMPLEN CON LA TOTALIDAD DEL REQUERIMIENTO DE LA OBSERVACIÓN

Fórmula matemática	Nº de observaciones que cumplen con la totalidad de requisitos evaluados/ nº total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: trimestral
Observaciones: El nombre del indicador no explicita qué requerimiento de observación evalúa el indicador, en la fuente primaria se describe la pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel, por tanto se valida el nombre descrito en dicha fuente.	
Obst - gine	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE OBSERVACIONES QUE CUMPLEN CON LA TOTALIDAD DEL REQUERIMIENTO DE LA OBSERVACIÓN
Fórmula matemática	Nº de observaciones que cumplen con la totalidad de requisitos evaluados / Nº total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: trimestral
Observaciones: El nombre del indicador no explicita qué requerimiento de observación evalúa el indicador, en la fuente primaria se describe la pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel, por tanto se valida el nombre descrito en dicha fuente.	
APQ adulto	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE OBSERVACIONES QUE CUMPLEN CON LA TOTALIDAD DE REQUERIMIENTOS DE LA OBSERVACIÓN
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de requisitos evaluados/ N° total de observaciones realizadas X 100.
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: trimestral
Observaciones: El nombre del indicador no explicita qué requerimiento de observación evalúa el indicador, en la fuente primaria se describe la pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel, por tanto se valida el nombre descrito en dicha fuente.	
APQ infantil	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE OBSERVACIONES QUE CUMPLEN CON LA TOTALIDAD DE REQUERIMIENTOS DE LA OBSERVACIÓN
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de requisitos evaluados/ N° total de observaciones realizadas X 100.
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: trimestral
Observaciones: El nombre del indicador no explicita qué requerimiento de observación evalúa el indicador, en la fuente primaria se describe la pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel, por tanto se valida el nombre descrito en dicha fuente.	
URG	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE OBSERVACIONES QUE CUMPLEN CON LA TOTALIDAD DE REQUERIMIENTOS DE LA OBSERVACIÓN
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de requisitos evaluados/ N° total de observaciones realizadas X 100.
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: trimestral
Observaciones: El nombre del indicador no explicita qué requerimiento de observación evalúa el indicador, en la fuente primaria se describe la pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel, por tanto se valida el nombre descrito en dicha fuente.	
Dental	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE OBSERVACIONES QUE CUMPLEN CON LA TOTALIDAD DE REQUERIMIENTOS DE LA OBSERVACIÓN
Fórmula matemática	Nº de observaciones que cumplen con la totalidad de requisitos evaluados / Nº total de observaciones evaluadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Observaciones: El nombre del indicador no explicita qué requerimiento de observación evalúa el indicador, en la fuente primaria se describe la pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel, por tanto se valida el nombre descrito en dicha fuente.	

GCL 3.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación en forma periódica.

PQ 1	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Supervisor de la unidad de asistencial
Fuente primaria	Pauta de supervisión lavado quirúrgico de manos
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo muestral**: Se realiza en forma centralizada por unidad de calidad. Con un umbral de cumplimiento del 50% y un margen de error de un 10%) • **Metodología de aplicación de pautas**: La medición a realizar será un total de 96 mediciones trimestrales (32 mensuales). Se sugiere realizar por lo menos 1 a 2 mediciones diarias y en diferentes horarios para cumplir con el tamaño y aleatoriedad de la muestra. En la unidad clínica, la supervisora debe aplicar la pauta de observación a todo profesional y

técnicos con desempeño en la atención directa del paciente (paramédicos, enfermeras, matrona, kinesiólogo, tecnólogo médico, médico y odontólogo).
Se aplica pauta por oportunidad, se le asigna la tarea a un enfermero por mes para la aplicación de las 32 pautas mensuales, y este por oportunidad las aplica en jornada diurna de lunes a viernes.

- **Criterios de cumplimiento**: La pauta de supervisión de lavado quirúrgico de manos, contiene una tabla que incluye el mes y año evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, nombre del personal supervisado y estamento, identificación del evaluador, los atributos de cumplimiento (criterios) se detallan a continuación.

1. Presenta uñas cortas y sin esmalte
2. Retira joyas y accesorios
3. Sube mangas hasta el codo
4. Aplica el jabón de clorhexidina al 2%, extiende el jabón a todo el antebrazo
5. Reforzar la limpieza de la uñas e interdigital
6. Enjuaga desde las manos hacia el codo
7. Aplica nuevamente jabón con clorhexidina al 2% y jabonear con movimientos circulares hasta la mitad del antebrazo
8. Enjuaga desde las manos hacia el codo
9. Realizar un último lavado exclusivamente de las manos
10. Enjuaga con abundante agua corriente desde la punta de los dedos hacia los codo.
11. Cierra la llave con el codo con pie.
12. Seca cuidadosamente las manos y luego los antebrazos con compresas estériles.

Metodología de constatación

- **Periodo evaluado:** Periodo evaluado: Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.
- **Selección de la muestra:** La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019.
- **Registros revisados:**

- Informe evaluación periódica del indicador.
- Rol de turnos y protocolos operatorios.
- Pauta de supervisión Lavado quirúrgico de manos.

- **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019)

1. La pauta de supervisión de lavado quirúrgico de manos contiene 12 criterios, de los cuales el criterio 1,2, 3 no se encuentran definidos en el procedimiento de lavado de manos quirúrgico, el criterio 4, define que se debe aplicar jabón de clorhexidina al 2%, en el protocolo, no se especifica la concentración del jabón antiséptico.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según Ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) por randomizer resultando 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019.
4. Para la constatación de la fuente primaria se evalúa la pauta de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes primarias se constata la asistencia del funcionario el día de la evaluación a través del rol de turno. Se verifica la asistencia del funcionario evaluado a través del rol de turnos del personal técnico/arsenalera y protocolos operatorios para la asistencia de médicos.

Se constata asistencia			
Fecha de evaluación	Estamento	Nombre evaluado	Confirma asistencia
09-08-2019	MÉDICO	JRC	SI
11-09-2019	MÉDICO	SB	SI
20-09-2019	MÉDICO	IGC	SI
03-07-2018	MÉDICO	MSJ	SI
23-07-2019	MÉDICO	MLO	SI
4° Trimestre 2018			
Fecha de evaluación	Estamento	Nombre evaluado	Confirma asistencia
16-03-2019	TENS	LC	SI
20-03-2019	MÉDICO	IG	SI
24-03-2019	TENS	GP	SI
10-01-2019	ARSENALERA	SRM	SI
21-01-2019	ARSENALERA	NFC	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	87	96	90,63%			
3° Trimestre 2016	103	111	92,79%			
4° Trimestre 2016	96	103	93,20%			

1° Trimestre 2017	85	96	88,54%			
2° Trimestre 2017	87	96	90,63%			
3° Trimestre 2017	87	96	90,63%			
4° Trimestre 2017	87	96	90,63%			
1° Trimestre 2018	87	96	90,63%			
2° Trimestre 2018	75	96	78,13%			
3° Trimestre 2018	**85**	**96**	**88,54%**	**85**	**96**	**88,54%**
4° Trimestre 2018	86	96	89,58%			
1° Trimestre 2019	**78**	**96**	**81,25%**	**78**	**96**	**81,25%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata la presencia en turno de personal evaluado utilizando las planillas de rotativa de turnos.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

PQ 2	
Nombre documento	INFORME DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora
Fuente primaria	Pauta de supervisión directa
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	Octubre 2018 a mayo 2019.
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la Muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 50% y margen de error del 10%. La medición a realizar será un total de 96 mediciones trimestrales (32 mensuales). • **Metodología de muestreo:** las enfermeras supervisoras deben aplicar la pauta de observación a todo profesional y técnicos con desempeño en la atención del paciente. Se sugiere realizar 1 a 2 mediciones diarias y en diferentes horarios. • **Criterios de cumplimiento:** el prestador utiliza una pauta de supervisión que contiene 14 criterios, fecha de supervisión y supervisor. 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después de contacto fluidos 4. Después contacto fluidos 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60 seg.(A) y 20-30 seg.(OH). 12. Enjuaga con abundante agua. 13. Seca primero manos y luego antebrazo con toalla desechable. 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** dado que el PQ de CMA comienza sus actividades el mes de octubre del año 2018, correspondiendo su evaluación desde esa fecha hasta el mes de mayo del año 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza del 4°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel. - Informe del indicador - Tabla quirúrgica y planillas de asistencia del personal. • **De la constatación:** 1. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel, contiene 14 criterios que se encuentran descritos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (octubre 2018 a mayo 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerado y % de cumplimiento. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según Ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) del 4° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019, 4. Para la constatación de la fuente primaria se evalúa la pauta de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes primarias se constata la asistencia del funcionario el día de la evaluación a través del rol de turno. Se accede a la tabla quirúrgica o planillas de asistencia del personal. 4° Trimestre 2018: registros 6, 60, 61, 62, 64. 1° Trimestre 2019: registros 7, 26, 41, 50, 52.

Registro	Funcionario	Fecha de evaluación	Se constata asistencia
6	C.R.	08/10/2018	SI
60	E. L.	26/11/2018	SI
61	O. dl C.	07/11/2018	SI
62	P. B.	28/11/2018	SI
64	S. A.	29/11/2018	SI

Registro	Funcionario	Fecha de evaluación	Se constata asistencia
7	O. S.	15/01/2019	SI
26	C. E.	28/01/2019	SI
41	O. dl C.	12/02/2019	SI
50	F. L.	18/02/2019	SI
52	E. L.	19/02/2019	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
4° Trimestre 2018	96	96	100%	96	96	100%
1° Trimestre 2019	96	96	100%	96	96	100%

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata la presencia en turno de personal evaluado utilizando las planillas de rotativa de turnos.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

PQ 3

Nombre documento	INFORME DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora
Fuente primaria	Pauta de supervisión directa
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 junio 2016 al 30 mayo 2019.
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra: l**a muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo, con un umbral de cumplimiento del 50% y margen de error del 10%. La medición a realizar será un total de 96 mediciones trimestrales (32 mensuales). • **Metodología de muestreo:** las enfermeras supervisoras deben aplicar la pauta de observación a todo profesional y técnicos con desempeño en la atención del paciente. Se sugiere realizar 1 a 2 mediciones diarias y en diferentes horarios. • **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de supervisión que contiene 14 criterios, fecha de supervisión y supervisor. 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después de contacto fluidos 4. Después contacto fluidos 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60 seg.(A) y 20-30 seg.(OH). 12. Enjuaga con abundante agua. 13. Seca primero manos y luego antebrazo con toalla desechable. 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** Para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, resultando seleccionados: 3°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel. - Informe del indicador - Tabla quirúrgica y planillas de asistencia del personal. • **De la constatación:** 1. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel, contiene 14 criterios que se encuentran descritos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerado y % de

cumplimiento.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según Ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) del 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019,
4. Para la constatación de la fuente primaria se evalúa la pauta de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes primarias se constata la asistencia del funcionario el día de la evaluación a través del rol de turno. Se accede a la tabla quirúrgica o planillas de asistencia del personal.

3° Trimestre 2018: registros 37, 47, 48, 53, 73.
1° Trimestre 2019: registros 15, 27, 28, 84, 96.

Registro	Funcionario (iniciales, estamento)	Fecha de evaluación	Se constata asistencia
37	JL. Médico	03/08/2018	SI
47	JL. Médico	10/08/2018	SI
48	RM. TP	10/08/2018	SI
53	FM. Médico	16/08/2018	SI
73	JL. Médico	07/09/2018	SI

Registro	Funcionario (iniciales, estamento)	Fecha de evaluación	Se constata asistencia
15	JL. Médico	14/01/2019	SI
27	JL. Médico	22/01/2019	SI
28	CA. TP	22/01/2019	SI
84	RM. TP	14/03/2019	SI
96	KF. TP	22/03/2019	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	96	96	100%			
3° Trimestre 2016	96	96	100%			
4° Trimestre 2016	96	96	100%			
1° Trimestre 2017	96	96	100%			
2° Trimestre 2017	96	96	100%			
3° Trimestre 2017	96	96	100%			
4° Trimestre 2017	96	96	100%			
1° Trimestre 2018	96	96	100%			
2° Trimestre 2018	96	96	100%			
3° Trimestre 2018	**96**	**96**	**100%**	**96**	**96**	**100%**
4° Trimestre 2018	96	96	100%			
1° Trimestre 2019	**96**	**96**	**100%**	**96**	**96**	**100%**

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata la presencia en turno de personal evaluado utilizando las planillas de rotativa de turnos.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

MQ 1

NOMBRE DOCUMENTO	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera Supervisora del servicio y enfermera diurna
Fuente primaria	Pauta de supervisión lavado quirúrgico de manos
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** centralizada por la unidad de calidad, uso de calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido ,con umbral de cumplimiento del 50% y margen de error del 10%, el umbral de cumplimiento del indicador definido por el prestador es 90%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario, para este indicador la medición a realizar será un total de 96 pautas trimestrales (32 mensuales). • **Metodología de aplicación de pautas**: La medición a realizar será un total de 96 mediciones trimestrales (32 mensuales). Se sugiere realizar por lo menos 1 a 2 mediciones diarias y en diferentes horarios para cumplir con el tamaño y aleatoriedad de la muestra. En la unidad clínica, la supervisora debe aplicar la pauta de observación a todo profesional y técnicos con desempeño en la atención directa del paciente (paramédicos, enfermeras, matrona, kinesiólogo, tecnólogo médico, médico y odontólogo). Se aplica pauta por oportunidad, se le asigna la tarea a un enfermero por mes para la aplicación de las 32 pautas mensuales, y este por oportunidad las aplica en jornada diurna de lunes a viernes. • **Criterios de cumplimiento**

	El prestador utiliza una pauta de supervisión que contiene 14 criterios, fecha de supervisión y supervisor. 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después de contacto fluidos 4. Después contacto fluidos 5. Otras 6. Alcohol gel(OH) agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60 seg.(A) y 20-30 seg.(OH). 12. Enjuaga con abundante agua. 13. Seca primero manos y luego antebrazo con toalla desechable. 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3° y 4° trimestre 2018. • **Registro revisados:** - Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel. - Informe del indicador - Rotaciones de turno del personal. • **De la constatación:** (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) 1. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel, contiene 14 criterios que se encuentran descritos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerado y % de cumplimiento. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° y 4° Trimestre de 2018, para ello se revisa el total de evaluaciones). 4. Se constatan fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, se aleatorizan 5 días en que se aplicó pauta de evaluación, se constata en planilla con rotativa de turnos, que funcionario evaluado estuvo en turno el día de la evaluación.

3° y 4° trimestre 2018				
Funcionario	Estamento	Fecha evaluación	En turno	Se confirma asistencia (SI/NO)
C.S.	TENS	10-07-2018	SI	SI
D.A	TENS	13-07-2018	SI	SI
M.C	Enfermera	10-09-2018	SI	SI
D.R	TENS	22-10-2018	SI	SI
F.M.	Enfermero	15-11-2018	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º Trimestre 2016	86	96	89,5%			
3º Trimestre 2016	87	96	90,6%			
4º Trimestre 2016	85	96	88,5%			
1º Trimestre 2017	86	96	89,5%			
2º Trimestre 2017	84	96	87,5%			
3º Trimestre 2017	86	96	89,5%			
4º Trimestre 2017	88	96	91,6%			
1º Trimestre 2018	88	96	91,6%			
2º Trimestre 2018	83	96	86,4%			
3º Trimestre 2018	**89**	**96**	**92,7%**	**89**	**96**	**92,7%**
4º Trimestre 2018	**95**	**96**	**98,9%**	**95**	**96**	**98,9%**
1º Trimestre 2019	91	96	94,7%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata la presencia en turno de personal evaluado utilizando las planillas de rotativa de turnos.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

MQ 2

Nombre documento	Informe de evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Enfermera Supervisora del servicio y enfermera diurna
Fuente primaria	Pauta de evaluación
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** Centralizada por la unidad de calidad, uso de calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido ,con umbral de cumplimiento del 50% y margen de error del 10%, el umbral de cumplimiento del indicador definido por el prestador es 90%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario, para este indicador la medición a realizar será un total de 96 pautas trimestrales (32 mensuales). • **Metodología de aplicación de pautas**: La medición a realizar será un total de 96 mediciones trimestrales (32 mensuales). Se sugiere realizar por lo menos 1 a 2 mediciones diarias y en diferentes horarios para cumplir con el tamaño y aleatoriedad de la muestra. • En la unidad clínica, la supervisora debe aplicar la pauta de observación a todo profesional y técnicos con desempeño en la atención directa del paciente (paramédicos, enfermeras, matrona, kinesiólogo, tecnólogo médico, médico y odontólogo). • Se aplica pauta por oportunidad, se le asigna la tarea a un enfermera diurna, por mes para la aplicación de las 32 pautas mensuales, y este por oportunidad las aplica en jornada diurna de lunes a viernes. • **Criterios de cumplimiento**: El prestador utiliza una pauta de supervisión que contiene 14 criterios, fecha de supervisión y supervisor. 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después de contacto fluidos 4. Después contacto fluidos 5. Otras 6. Alcohol gel(OH) agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60 seg.(A) y 20-30 seg.(OH). 12. Enjuaga con abundante agua. 13. Seca primero manos y luego antebrazo con toalla desechable. 14. Cierra llave con toalla sin contaminar
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar: p**ara este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3° y 4° trimestre 2018. • **Registro revisados:** - Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel. - Informe del indicador - Rotaciones de turno del personal. • **De la constatación:** (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) 1. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel, contiene 14 criterios que se encuentran descritos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerado y % de cumplimiento. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° y 4° Trimestre de 2018, para ello se revisa el total de evaluaciones).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º Trimestre 2016	96	96	100 %			
3º Trimestre 2016	94	96	97,7%			
4º Trimestre 2016	94	96	97,9%			
1º Trimestre 2017	90	96	93,7%			
2º Trimestre 2017	94	96	97,9%			
3º Trimestre 2017	94	94	97,2%			
4º Trimestre 2017	96	96	100%			
1º Trimestre 2018	78	96	81,2%			
2º Trimestre 2018	82	96	85,4%			
3º Trimestre 2018	**92**	**96**	**95,8%**	**92**	**96**	**95,8%**
4º Trimestre 2018	**89**	**96**	**92,7%**	**89**	**96**	**92,7%**
1º Trimestre 2019	94	96	97,9%			
Descripción de los hallazgos:						

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

MQ 3	
Nombre documento	Informe de evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Enfermera Supervisora del servicio y enfermera diurna
Fuente primaria	Pauta de evaluación
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** Centralizada por la unidad de calidad, uso de calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido ,con umbral de cumplimiento del 50% y margen de error del 10%, el umbral de cumplimiento del indicador definido por el prestador es 90%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario, para este indicador la medición a realizar será un total de 96 pautas trimestrales (32 mensuales). • **Metodología de aplicación de pautas**: La medición a realizar será un total de 96 mediciones trimestrales (32 mensuales). Se sugiere realizar por lo menos 1 a 2 mediciones diarias y en diferentes horarios para cumplir con el tamaño y aleatoriedad de la muestra. • En la unidad clínica, la supervisora debe aplicar la pauta de observación a todo profesional y técnicos con desempeño en la atención directa del paciente (paramédicos, enfermeras, matrona, kinesiólogo, tecnólogo médico, médico y odontólogo). • Se aplica pauta por oportunidad, se le asigna la tarea a un enfermero por mes para la aplicación de las 32 pautas mensuales, y este por oportunidad las aplica en jornada diurna de lunes a viernes. • **Criterios de cumplimiento**: El prestador utiliza una pauta de supervisión que contiene 14 criterios, fecha de supervisión y supervisor. 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después de contacto fluidos 4. Después contacto fluidos 5. Otras 6. Alcohol gel(OH) agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60 seg.(A) y 20-30 seg.(OH). 12. Enjuaga con abundante agua. 13. Seca primero manos y luego antebrazo con toalla desechable. 14. Cierra llave con toalla sin contaminar.
Metodología de constatación	- **Periodo retrospectivo a evaluar:** - Para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. - **Selección de la muestra:** - La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: - 3° y 4° trimestre 2018. - **Registro revisados:** - Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel. - Informe del indicador - Rotaciones de turno del personal. - **De la constatación:** (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) 1. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel, contiene 14 criterios que se encuentran descritos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerado y % de cumplimiento. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° y 4° Trimestre de 2018, para ello se revisa el total de evaluaciones).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º Trimestre 2016	85	96	88%			
3º Trimestre 2016	86	96	89%			
4º Trimestre 2016	87	96	90%			
1º Trimestre 2017	92	96	95%			
2º Trimestre 2017	91	96	94%			
3º Trimestre 2017	86	96	89%			
4º Trimestre 2017	89	96	92%			

1º Trimestre 2018	83	96	83%			
2º Trimestre 2018	89	96	92%			
3º Trimestre 2018	**89**	**96**	**92%**	**89**	**96**	**92%**
4º Trimestre 2018	**64**	**96**	**66%**	**64**	**96**	**66%**
1º Trimestre 2019	93	96	93%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

MQ 4

Nombre documento	Informe de evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Enfermera Supervisora del servicio y enfermera diurna
Fuente primaria	Pauta de evaluación
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	24 de enero 2019 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** centralizada por la unidad de calidad, uso de calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido ,con umbral de cumplimiento del 50% y margen de error del 10%, el umbral de cumplimiento del indicador definido por el prestador es 90%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario, para este indicador la medición a realizar será un total de 96 pautas trimestrales (32 mensuales). • **Metodología de aplicación de pautas**: La medición a realizar será un total de 96 mediciones trimestrales (32 mensuales). Se sugiere realizar por lo menos 1 a 2 mediciones diarias y en diferentes horarios para cumplir con el tamaño y aleatoriedad de la muestra. • En la unidad clínica, la supervisora debe aplicar la pauta de observación a todo profesional y técnicos con desempeño en la atención directa del paciente (paramédicos, enfermeras, matrona, kinesiólogo, tecnólogo médico, médico y odontólogo). • Se aplica pauta por oportunidad, se le asigna la tarea a un enfermero por mes para la aplicación de las 32 pautas mensuales, y este por oportunidad las aplica en jornada diurna de lunes a viernes. • **Criterios de cumplimiento**: : El prestador utiliza una pauta de supervisión que contiene criterios, fecha de supervisión y supervisor. 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después de contacto fluidos 4. Después contacto fluidos 5. Otras 6. Alcohol gel(OH) agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60 seg.(A) y 20-30 seg.(OH). 12. Enjuaga con abundante agua. 13. Seca primero manos y luego antebrazo con toalla desechable. 14. Cierra llave con toalla sin contaminar
Metodología de constatación	- **Periodo retrospectivo a evaluar:** - Para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 3 años, pero en este servicio que inició su funcionamiento el 24 de Enero de 2019, se medirá el primer trimestre de 2019, único periodo con evaluaciones realizadas por el prestador. - **Selección de la muestra:** - La constatación se realiza en el único periodo que el prestador a evaluado periódicamente y que corresponde al período en que la unidad ha estado en funcionamiento, 1º Trimestre de 2019. - **Registro revisados:** - Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel. - Informe del indicador - Rotaciones de turno del personal. - **De la constatación:** (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) 1. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel, contiene 14 criterios que se encuentran descritos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de febrero 2019 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerado y % de cumplimiento. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 1° trimestre 2019 para ello se revisa el total de evaluaciones).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
1º Trimestre 2019	44	46	95,6%	44	46	95,6%

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

MQ 5	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Supervisor de la unidad asistencial
Fuente primaria	Pauta de supervisión
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 a 30 abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la Muestra:** la muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 50% y margen de error del 10%. La medición a realizar será un total de 96 mediciones trimestrales (32 mensuales). • **Metodología de muestreo:** las supervisoras deben aplicar la pauta de observación a todo profesional y técnicos con desempeño en la atención del paciente. Se sugiere realizar 1 a 2 mediciones diarias y en diferentes horarios. • **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de supervisión que contiene 14 criterios, fecha de supervisión y supervisor. 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después de contacto fluidos 4. Después contacto fluidos 5. Otras 6. Alcohol gel(OH) agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60 seg.(A) y 20-30 seg.(OH). 12. Enjuaga con abundante agua. 13. Seca primero manos y luego antebrazo con toalla desechable. 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** - Para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** - La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: - 3° trimestre 2018 y 4° trimestre 2018. • **Registro revisados:** - Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel. - Informe del indicador - Rotaciones de turno del personal. • **De la constatación:** 1. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel, contiene 14 criterios que se encuentran descritos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerado y % de cumplimiento. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 4° Trimestre de 2018, para ello se revisa el total de evaluaciones (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019). 4. Luego, se constatan fuentes primarias (5) de 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, resultado de la constatación de la fuente primaria:

3° trimestre 2018				
Funcionario	Estamento	Fecha evaluación	En turno	Confirma asistencia (SI/NO)
P. D.	Enfermero	07-09-2018	SI	SI
D. Ch.	Enfermero	31-08-2018	SI	SI
C. A.	Enfermera	26-09-2018	SI	SI
R. W.	Enfermera	25-09-2018	SI	SI
P. M.	Auxiliar	30-07-2018	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2 trimestre 2016	79	96	82,29%			
3 trimestre 2016	67	96	69,79%			
4 trimestre 2016	69	96	61,88%			

1 trimestre 2017	63	96	65,63%			
2 trimestre 2017	72	96	75%			
3 trimestre 2017	77	96	80,21%			
4 trimestre 2017	83	96	83,46%			
1 trimestre 2018	90	96	93,75%			
2 trimestre 2018	72	96	75%			
3 trimestre 2018	**70**	**96**	**72,92%**	**70**	**96**	**72,92%**
4 trimestre 2018	**85**	**96**	**88,54%**	**85**	**96**	**88,54%**
1 trimestre 2019	81	96	84,38%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

MQ 6

Nombre documento	EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Supervisor de la unidad asistencial
Fuente primaria	Pauta de supervisión
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de febrero 2018 a 30 abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la Muestra:** - La muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido (ubicada www.supersalud.cl), con un umbral de cumplimiento del 50% y margen de error del 10%. La medición a realizar será un total de 96 mediciones trimestrales (32 mensuales). • **Metodología de muestreo:** - Las supervisoras deben aplicar la pauta de observación a todo profesional y técnicos con desempeño en la atención del paciente. Se sugiere realizar 1 a 2 mediciones diarias y en diferentes horarios. • **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de supervisión contienen 14 criterios, fecha de supervisión y supervisor. 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después de contacto fluidos 4. Después contacto fluidos 5. Otras 6. Alcohol gel(OH) agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60 seg.(A) y 20-30 seg.(OH). 12. Enjuaga con abundante agua. 13. Seca primero manos y luego antebrazo con toalla desechable. 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo desde febrero 2018 al 30 de abril 2019, fecha de inicio de funcionamiento de la unidad. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: - 3° trimestre 2018 y 4° trimestre 2018. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel. - Informe del indicador - Rotaciones de turno del personal. • **De la constatación:** 1. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel, contiene 14 criterios que se encuentran descritos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 4° Trimestre de 2018, para ello se revisa el total de evaluaciones (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019). 4. Luego, se constatan fuentes primarias (5) de 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, resultado de la constatación de la fuente primaria:

3° trimestre 2018				
Funcionario	Estamento	Fecha evaluación	En turno	Confirma Asistencia (SI/NO)

B. C.	Enfermera	30-07-2018	SI	SI
K. Y.	Enfermera	31-08-2018	SI	SI
G. O.	Enfermera	20-09-2018	SI	SI
C. O.	Enfermera	27-09-2018	SI	SI
K. Y.	Enfermera	03-09-2018	SI	SI

4° trimestre 2018				
Funcionario	Estamento	Fecha evaluación	En turno	Confirma Asistencia (SI/NO)
A.A.	Tens	03-12-2018	SI	SI
B.G.	Enfermera	27-12-2018	SI	SI
C.A.	Tens	31-12-2018	SI	SI
F.R.	Enfermera	30-11-2018	SI	SI
V.A.	Tens	29-10-2018	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Febrero 2018	18	26	69,23%			
Marzo 2018	21	32	65,63%			
2° trimestre 2018	77	96	80,21%			
3° trimestre 2018	**82**	**96**	**85,42%**	**82**	**96**	**85,42%**
4° trimestre 2018	**74**	**96**	**77, 08%**	**74**	**96**	**77,08%**
1° trimestre 2019	77	96	80,21%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata la presencia en turno de personal evaluado utilizando las planillas de rotativa de turnos.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

Cir. Infant	
Nombre documento	INFORME DE LA EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora de la unidad
Fuente primaria	Pauta de supervisión lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de abril 2016 a 31 de marzo 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo muestral**: con un umbral de cumplimiento del 50% y un margen de error de 10%. La medición a realizar será un total de 96 mediciones trimestrales (32 trimestrales). • **Metodología de muestreo**: oportunidad • **Metodología de aplicación de pautas**: sugieren realizar por lo menos 1 a 2 mediciones diarias y en diferentes horarios para cumplir con el tamaño y aleatoriedad de la muestra. En la unidad clínica, la supervisora debe aplicar la pauta de observación a todo profesional y técnicos con desempeño en la atención directa del paciente (paramédicos, enfermeras, matrona, kinesiólogo, tecnólogo médico, médico y odontólogo). Se aplica pauta por oportunidad, se le asigna la tarea a un enfermero por mes para la aplicación de las 32 pautas mensuales, y este por oportunidad las aplica en jornada diurna de lunes a viernes. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión lavado de manos clínico y uso de alcohol gel, contiene una tabla que incluye: mes/año, nombre de personal supervisado/estamento, Nº correlativo, nombre del funcionario, parámetros a evaluar (criterios) separados por Oportunidad, Acción, pasos a seguir, fecha de supervisor y evaluador. Los criterios de evaluación corresponden a: • Oportunidad: se marca con 1 en qué momento se aplica la pauta - Antes de contacto paciente. - Antes técnica asepsia. - Después contacto fluidos. - Después contacto paciente. - Después contacto entorno. - Otras. • Acción: se marca la sigla que corresponda a la evaluación: Alcohol ges (OH), agua y jabón (A) • Pasos a seguir: (1= cumple, 0= no cumple, NA= no aplica) - Presenta uñas cortas y sin esmalte. - Retira joyas y accesorios. - Sube mangas hasta el codo. - Dispensa toalla de papel.

- Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60” (A) y 20-30” (OH)
- Enjuaga con abundante agua.
- Seca primero manos y luego antebrazo con toalla desechable.
- Cierra llave con toalla sin contaminarse.

Metodología de constatación

- **Período a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de abril 2016 a 31 de marzo de 2019.
- **Selección de la muestra**: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019.
- **Registros revisados:**

- Informe de evaluación periódica del indicador
- Pauta de supervisión.
- Rotación de turnos.
- Marcaciones SIRH

- **De la constatación:** (Según Ord. IP N° 5 del 17 de mayo de 2019)

1. Pauta de supervisión “Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel”, contiene criterios que se encuentran contenidos en el protocolo.
2. Se constata la medición periódica del indicador en el Informe de la evaluación periódica, con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019.
4. Para la constatación de la fuente primaria se evalúa la pauta de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes primarias se constata la asistencia del funcionario el día de la evaluación a través del rol de turno.
5. Se constatan fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5.
6. Resultado de la constatación de la fuente primaria:

3º trimestre 2018				
Randomizer	Funcionario	Fecha de Evaluación	En turno	Se confirma asistencia (SI/NO)
5	M. A.	06-07-2018	SI	SI
16	A. S.	13-07-2018	SI	SI
47	C. A.	09-08-2018	SI	SI
85	A. B.	21-09-2018	No se puede constatar	NO
91	E. A.	27-09-2018	SI	si
1º trimestre 2019				
Randomizer	Funcionario	Fecha de Evaluación	En turno	Se confirma asistencia (SI/NO)
5	A. C.	03-01-2019	SI	SI
16	F. R.	21-01-2019	NO	NO
47	Dr. P.	11-02-2019	No se puede constatar	NO
85	A. V.	25-03-2019	SI	SI
91	R. R.	28-03-2019	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	86	96	89,58%			
3º trimestre 2016	88	96	91,67%			
4º trimestre 2016	85	96	88,54%			
1º trimestre 2017	88	96	91,67%			
2º trimestre 2017	89	96	92,71%			
3º trimestre 2017	89	96	92,71%			
4º trimestre 2017	62	70	88,57%			
1º trimestre 2018	90	96	93,75%			
2º trimestre 2018	87	96	90,63%			
3º trimestre 2018	**88**	**96**	**91,67%**	**88**	**96**	**91,67%**
4º trimestre 2018	88	96	91,67%			
1º trimestre 2019	**87**	**96**	**90,63%**	**87**	**96**	**90,63%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata la presencia en turno de personal evaluado utilizando las planillas de rotativa de turnos, lo reportado no es concordante con lo constatado por la entidad. No es posible constatar al personal en turno.

No se da por cumplido el elemento medible.

<table>
<tr><th colspan="2">Ped</th></tr>
<tr><td>Nombre documento</td><td>INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR</td></tr>
<tr><td>Responsable medición</td><td>Enfermera supervisora de la unidad</td></tr>
<tr><td>Fuente primaria</td><td>Pauta de supervisión lavado de manos clínico y uso de alcohol gel</td></tr>
<tr><td>Fuente secundaria</td><td>Informe evaluación periódica del indicador</td></tr>
<tr><td>Periodo evaluado</td><td>01 de abril 2016 al 31 de marzo 2019</td></tr>
<tr><td>Metodología de medición del prestador</td><td>• Metodología del cálculo muestral: con un umbral de cumplimiento del 50% y un margen de error de 10%. La medición a realizar será un total de 96 mediciones trimestrales (32 trimestrales). Enviado por la unidad de Calidad
1. Metodología de muestreo: oportunidad.
• Metodología de aplicación de pautas: sugieren realizar por lo menos 1 a 2 mediciones diarias y en diferentes horarios para cumplir con el tamaño y aleatoriedad de la muestra.
En la unidad clínica, la supervisora debe aplicar la pauta de observación a todo profesional y técnicos con desempeño en la atención directa del paciente (paramédicos, enfermeras, matrona, kinesiólogo, tecnólogo médico, médico y odontólogo).
Se aplica pauta por oportunidad, se le asigna la tarea a un enfermero por mes para la aplicación de las 32 pautas mensuales, y este por oportunidad las aplica en jornada diurna de lunes a viernes.
• Criterios de cumplimiento:
La pauta de supervisión lavado de manos clínico y uso de alcohol gel, contiene una tabla que incluye: mes/año, nombre de personal supervisado/estamento, Nº correlativo, nombre del funcionario, parámetros a evaluar (criterios) separados por Oportunidad, Acción, pasos a seguir, fecha de supervisor y evaluador.
Los criterios de evaluación corresponden a:
• Oportunidad: se marca con 1 en qué momento se aplica la pauta
- Antes de contacto paciente.
- Antes técnica asepsia.
- Después contacto fluidos.
- Después contacto paciente.
- Después contacto entorno.
- Otras.
• Acción: se marca la sigla que corresponda a la evaluación
- Alcohol ges (OH), agua y jabón (A)
• Pasos a seguir: (1= cumple, 0= no cumple, NA= no aplica)
- Presenta uñas cortas y sin esmalte.
- Retira joyas y accesorios.
- Sube mangas hasta el codo.
- Dispensa toalla de papel.
- Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60” (A) y 20-30” (OH)
- Enjuaga con abundante agua.
- Seca primero manos y luego antebrazo con toalla desechable.
- Cierra llave con toalla sin contaminarse.</td></tr>
<tr><td>Metodología de constatación</td><td>• Período a evaluar: dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de abril 2016 a 31 de marzo de 2019.
• Selección de la muestra: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019.
• Registros revisados:
- Informe de evaluación periódica del indicador
- Pauta de supervisión.
- Rotación de turnos.
- Marcaciones SIR
• De la constatación: (Según Ord. IP N° 5 del 17 de mayo de 2019)
1. Pauta de supervisión “Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel”, contiene criterios que se encuentran contenidos en el protocolo.
2. Se constata la medición periódica del indicador en el Informe de la evaluación periódica, con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019. Para la constatación de la fuente primaria se evalúa la pauta de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes primarias se constata la asistencia del funcionario el día de la evaluación a través del rol de turno.
4. Se constatan fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5.
5. Resultado de la constatación de la fuente primaria:

<table>
<tr><th colspan="5">3º trimestre 2018</th></tr>
<tr><td>Randomizer</td><td>Funcionario</td><td>Fecha de Evaluación</td><td>En turno</td><td>Confirma asistencia (SI/NO)</td></tr>
<tr><td>5</td><td>R. C.</td><td>06-07-2018</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>16</td><td>C. V.</td><td>13-07-2018</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

47	E. R.	09-08-2018	SI	SI
85	D. C.	21-09-2018	SI	SI
91	C. V.	27-09-2018	SI	SI

1º trimestre 2019

Randomizer	Funcionario	Fecha de Evaluación	En turno	Confirma asistencia (SI/NO)
5	K. M.	03-01-2019	SI	SI
16	C. V	21-01-2019	SI	SI
47	E. A	11-02-2019	SI	SI
85	Dr. Sandoval	21-03-2019	No es posible constatar	NO
91	A. C.	26-03-2019	NO	NO

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	92	96	95,83%			
3º trimestre 2016	92	96	95,83%			
4º trimestre 2016	91	96	94,79%			
1º trimestre 2017	91	96	94,79%			
2º trimestre 2017	90	96	93,75%			
3º trimestre 2017	92	96	95,83%			
4º trimestre 2017	91	96	94,78%			
1º trimestre 2018	91	96	94,79%			
2º trimestre 2018	93	96	96,88%			
3º trimestre 2018	**88**	**96**	**91,67%**	**87**	**96**	**90,62**
4º trimestre 2018	92	96	95,83%			
1º trimestre 2019	**89**	**96**	**92,71%**	**89**	**96**	**92,71**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata la presencia en turno de personal evaluado, en los médicos no es posible de constatar, debido a que no hay marcaciones ni firmas de asistencias por parte de éstos.

Por lo expuesto no se da por cumplido el elemento medible.

Neo

Nombre documento	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Matrona supervisora
Fuente primaria	Pauta de supervisión lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	Informe del indicador.
Periodo evaluado	01 de abril 2016 al 31 de marzo 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo muestral**: Umbral de cumplimiento del 50% y un margen de error de 10%. La medición a realizar será un total de 96 mediciones trimestrales (32 mensuales). Calculadora es realizada en la unidad de calidad y es difundida a los servicios clínicos y de apoyo. • **Metodología de muestreo**: oportunidad. • **Metodología de aplicación de pautas**: se sugiere realizar por lo menos 1 a 2 mediciones diarias y en diferentes horarios para cumplir con el tamaño y aleatoriedad de la muestra. En la unidad clínica, la supervisora debe aplicar la pauta de observación a todo profesional y técnicos con desempeño en la atención directa del paciente (paramédicos, enfermeras, matrona, kinesiólogo, tecnólogo médico, médico y odontólogo). Se aplica pauta por oportunidad, se le asigna la tarea a un enfermero por mes para la aplicación de las 32 pautas mensuales, y este por oportunidad las aplica en jornada diurna de lunes a viernes. • **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión lavado de manos clínico y uso de alcohol gel, contiene una tabla que incluye: mes/año, nombre de personal supervisado/estamento, Nº correlativo, nombre del funcionario, parámetros a evaluar (criterios) separados por Oportunidad, Acción, pasos a seguir, fecha de supervisor y evaluador. Los criterios de evaluación corresponden a: • Oportunidad: se marca con 1 en qué momento se aplica la pauta - Antes de contacto paciente. - Antes técnica asepsia. - Después contacto fluidos. - Después contacto paciente. - Después contacto entorno. - Otras. • Acción: se marca la sigla que corresponda a la evaluación - Alcohol ges (OH), agua y jabón (A)

	• Pasos a seguir: (1= cumple, 0= no cumple, NA= no aplica) - Presenta uñas cortas y sin esmalte. - Retira joyas y accesorios. - Sube mangas hasta el codo. - Dispensa toalla de papel. - Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60" (A) y 20-30" (OH) - Enjuaga con abundante agua. - Seca primero manos y luego antebrazo con toalla desechable. - Cierra llave con toalla sin contaminarse.
Metodología de constatación	• **Período a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de abril 2016 a 31 de marzo de 2019. • **Selección de la muestra**: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Informe de evaluación periódica del indicador - Pauta de supervisión. - Rotación de turnos. - Marcaciones SIRH • **De la constatación:** (Según Ord. IP N° 5 del 17 de mayo de 2019) 1. Pauta de supervisión "Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel", contiene criterios que se encuentran contenidos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador en el Informe de la evaluación periódica, con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019. Para la constatación de la fuente primaria se evalúa la pauta de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes primarias se constata la asistencia del funcionario el día de la evaluación a través del rol de turno. 4. Se constatan fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5. 5. Resultado de la constatación de la fuente primaria:

3º trimestre 2018				
Randomizer	Funcionario	Fecha de Evaluación	En turno	Confirma asistencia (SI/NO)
1	R. T.	04-07-2018	SI	SI
32	D. I.	30-07-2018	SI	SI
55	P. P.	28-08-2018	SI	SI
65	D. I.	03-09-2018	SI	SI
89	P. C.	24-09-2018	SI	SI
1º trimestre 2019				
Randomizer	Funcionario	Fecha de Evaluación	En turno	Confirma asistencia (SI/NO)
1	D. I.	02-01-2019	NO	NO
32	A. A.	31-01-2019	SI	SI
55	R. T.	22-02-2019	SI	SI
65	I. S	05-03-2019	SI	SI
89	D. Q.	29-03-2019	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	93	96	96,88%			
3º trimestre 2016	96	100	96,00%			
4º trimestre 2016	96	96	100%			
1º trimestre 2017	95	96	98,96%			
2º trimestre 2017	96	96	100%			
3º trimestre 2017	96	96	100%			
4º trimestre 2017	96	96	100%			
1º trimestre 2018	96	96	100%			
2º trimestre 2018	96	96	100%			
3º trimestre 2018	**96**	**96**	**100%**	**96**	**96**	**100%**
4º trimestre 2018	96	96	100%			
1º trimestre 2019	**96**	**96**	**100%**	**96**	**96**	**100%**

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata la presencia en turno de personal evaluado, en los médicos no es posible

de constatar, debido a que no hay marcaciones ni firmas de asistencias. Lo reportado no es concordante con lo constatado por la entidad.

No se da por cumplido el elemento medible.

<table>
<tr><th colspan="2">Obst - gine</th></tr>
<tr><td>Nombre documento</td><td>NORMA DE PRECAUCIONES ESTÁNDARES PARA EL CONTROL DE LAS IAAS – INDICADOR HIGIENE DE MANOS</td></tr>
<tr><td>Responsable medición</td><td>Supervisor unidad asistencial</td></tr>
<tr><td>Fuente primaria</td><td>Pauta de supervisión</td></tr>
<tr><td>Fuente secundaria</td><td>Consolidado de indicador, Informe evaluación periódica del indicador</td></tr>
<tr><td>Periodo evaluado</td><td>01 de Junio 2016 al 31 de mayo 2019</td></tr>
<tr><td>Metodología de medición del prestador</td><td>• Metodología del cálculo de la muestra: para el cálculo de la muestra utiliza calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido. Umbral de cumplimiento 50% y margen de error del 10%. Descrito lo anterior el prestador aplica 96 pautas trimestrales.
• Metodología de muestreo: se seleccionan los días para aplicar la evaluación (10 días), usando el randomizer. Se aplican mensualmente 32 pautas.
• Criterios de cumplimiento: la pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel consigna fecha de evaluación, nombre del personal evaluado, supervisor y los siguientes criterios de cumplimiento:
Oportunidad:
- Antes contacto paciente
- Antes técnica aséptica
- Después contacto fluidos
- Después contacto paciente
- Después contacto entorno
- Otras
Acción: registra alcohol gel o agua y jabón
Pasos a seguir
- Presenta uñas cortas y sin esmalte.
- Retira joyas y accesorios.
- Sube mangas hasta el codo.
- Dispensa toalla de papel.
- Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60 segundos(agua) y 20-30 segundos con alcohol gel.
- Enjuaga con abundante agua.
- Seca primero manos y luego antebrazo con toalla desechable.
- Cierra llave con toalla sin contaminarse.</td></tr>
<tr><td>Metodología de constatación</td><td>• Período retrospectivo a evaluar: dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período de retrospectividad es de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019.
• Selección de la muestra: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando randomizer entregado por el Director Técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3º Trimestre 2018 y 1º trimestre 2019.
• Registros revisados:
- Informe evaluación periódica del indicador.
- Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel.
- Rotativa de turnos de personal clínico no médico.
• De la constatación:
1. La pauta de supervisión de "lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" contiene 14 criterios de cumplimiento descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del informe de evaluación del indicador, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de las evaluaciones realizadas en el período randomizado: 3º Trimestre 2018 y 1º trimestre 2019. Para la constatación de la fuente primaria se evalúa la pauta de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes primarias se constata la asistencia del funcionario el día de la evaluación a través del rol de turno o símil.
4. Se constatan 5 fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar seleccionadas usando el randomizer, según Ord. Circular IP Nº 5, resultado de la constatación de fuente primaria:
<table>
<tr><th>Iniciales funcionario evaluado</th><th>Estamento</th><th>Fecha de Evaluación</th><th>Funcionario en turno día de evaluación</th></tr>
<tr><td colspan="4">3º trimestre 2018</td></tr>
<tr><td>PB</td><td>Matrona</td><td>17-07-2018</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>AR</td><td>Médico</td><td>19-07-2018</td><td>No constatable</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

DB	Médico	06-08-2018	No constatable
EJ	Médico	09-08-2018	No constatable
KR	TP	10-09-2018	SI
1º trimestre 2019			
PB	Matrona	26-02-2019	SI
NS	Matrona	27-02-2019	SI
VC	Matrona	12-03-2019	SI
RG	Médico	19-03-2019	No constatable
FF	TP	20-03-2019	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	73	96	76%			
3º trimestre 2016	74	96	77%			
4º trimestre 2016	76	89	85%			
1º trimestre 2017	82	89	92%			
2º trimestre 2017	91	94	96,8%			
3º trimestre 2017	78	96	81%			
4º trimestre 2017	73	96	76%			
1º trimestre 2018	72	96	75%			
2º trimestre 2018	65	96	67,7%			
3º trimestre 2018	**68**	**96**	**70%**	**68**	**96**	**70%**
4º trimestre 2018	78	96	81%			
1º trimestre 2019	**80**	**96**	**83%**	**80**	**96**	**83%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata la presencia en turno de personal evaluado, en los médicos no es posible de constatar, debido a que no hay marcaciones ni firmas de asistencias. Lo reportado no es concordante con lo constatado por la entidad.

Por lo expuesto en el punto 2 se da por cumplido el elemento medible.

APD	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Enfermera supervisora
Fuente primaria	Pauta de supervisión
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	1 de mayo 2016 al 30 abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** Umbral de cumplimiento del 50% y un margen de error de 10%. • La medición a realizar será un total de 96 mediciones trimestrales (32 trimestrales). • **Metodología de aplicación de pautas**: Se sugiere realizar 2 mediciones diarias de lunes a viernes y en diferentes horarios para cumplir con el tamaño y aleatoriedad de la muestra. • La enfermera supervisora debe aplicar la pauta de observación a todo profesional y técnicos con desempeño en la atención directa del paciente. Para seleccionar personal a evaluar en los 10 días seleccionados, enfermera supervisora utiliza randomizer. • **Criterios de cumplimiento**: La pauta de supervisión consigna mes y año, unidad, iniciales del personal supervisado, fecha de supervisión, supervisor, oportunidad y si la técnica evaluada es lavado de manos con agua y jabón (A) o alcohol gel (OH). Evalúa los siguientes criterios: 1. Presenta uñas cortas y sin esmalte. 2. Retira joyas y accesorios. 3. Sube mangas hasta el codo. 4. Dispensa toalla de papel. 5. Higieniza manos y antebrazos. Duración 60” (A) y 20- 30” (OH) 6. Enjuaga con abundante agua. 7. Seca primero manos y luego antebrazo con toalla desechable. 8. Cierra llave con toalla sin contaminarse. 9. Cumplimiento: 1 cumple y 0 no cumple
Metodología de constatación	• **Período retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación el periodo de retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres: 3 trimestre 2018 y 1 trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión “Porcentaje de observaciones que cumplen con la totalidad del requerimiento de la observación. - Resultados del indicador de lavado de manos.

- Registro de turnos del personal clínico.
- **De la constatación:**

1. La pauta de supervisión que contiene los 8 criterios descritos en metodología de medición del prestador están contenidos en el protocolo local.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de la Ficha del indicador, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar.
3. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado en el 3º trimestre del 2018 y 1º trimestre del 2019, para ello se revisa el total de las evaluaciones (según Ord. IP N° 5 del 17 de mayo del 2019). Para la constatación de la fuente primaria se evalúa la pauta de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes primarias se constata la asistencia del funcionario el día de la evaluación a través del rol de turno o símil.
4. Se constatan 5 fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar por Randomizer, según Ord. Circular IP N°5. Se constata en ellas la presencia del funcionario evaluado el día que se aplicó la pauta a través de planilla de turnos del personal. Resultado de la constatación de la fuente primaria:

3º trimestre 2018					
Número randomizado	Nombre evaluado	Fecha	Asistencia del evaluado	Turno del evaluado	Confirma asistencia (SI/NO)
42	Erika	07/08/2018	Si	08 a 17	SI
95	Johana	28/09/2018	Si	Largo	SI
13	Johana	11/07/2018	Si	Largo	SI
10	Víctor C.	10/07/2018	Si	08 a 17	SI
78	Gianina O.	14/09/2018	Si	No registra	NO

Observaciones: Referente informa que Gianina O.(TENS), se encontraba finalizando su formación en diálisis al momento de la evaluación por lo que no firma asistencia y tampoco se considera en la rotación de turnos.

1º trimestre 2019					
Número randomizado	Nombre evaluado	Fecha	Asistencia del evaluado	Turno del evaluado	Confirma asistencia (SI/NO)
1	María T.	05/03/2019	SI	08 a 17	SI
18	Ashley O.	21/03/2019	SI	08 a 17	SI
66	Isabel L.	02/01/2019	SI	08 a 17	SI
61	Isabel L.	27/02/2019	SI	08 a 17	SI
78	Víctor C.	15/01/2019	SI	08 a 17	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2 Trimestre 2016	87	96	90,63%			
3 Trimestre 2016	83	96	86,46%			
4 Trimestre 2016	86	96	89,58%			
1 Trimestre 2017	81	96	84,38%			
2 Trimestre 2017	83	96	86,46%			
3 Trimestre 2017	84	96	89,58%			
4 Trimestre 2017	83	96	87,50%			
1 Trimestre 2018	86	96	89,58%			
2 Trimestre 2018	84	96	87,50%			
3 Trimestre 2018	**86**	**96**	**89,58%**	**86**	**96**	**89,58%**
4 Trimestre 2018	89	96	92,71%			
1 Trimestre 2019	**88**	**96**	**91,67%**	**88**	**96**	**91,66%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata la presencia en turno de personal evaluado, en cuanto a Giannina O, no se puede constatar la asistencia de la funcionaria evaluada el día de la aplicación de pautas de supervisión.

De lo descrito en el punto 2 no se da por cumplido el elemento medible.

APQ adulto	
Nombre documento	PAUTA DE SUPERVISIÓN DE LAVADO DE MANOS CLÍNICO Y USO DE ALCOHOL GEL.
Responsable medición	Supervisora de la unidad asistencial.
Fuente primaria	Pauta de supervisión.
Fuente secundaria	Informe del indicador.
Periodo evaluado	01 de mayo2016 al 30 de mayo 2019.
Metodología de medición	• **Metodología de cálculo del muestreo:** la medición a realizar será un total de 96 mediciones

<table>
<tr><td>del prestador</td><td>trimestrales (32 mensuales), para cumplir con el tamaño y aleatoriedad de la muestra (50% de cumplimiento estimado y 10 % de margen de error).
• Metodología de muestreo: Sugieren realizar por lo menos 1 a 2 mediciones diarias y en diferentes horarios.
• Criterio evaluado: El prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna, el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, nombre del funcionario, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios:
Oportunidad que consta:
- Antes contacto paciente.
- Antes técnica aséptica.
- Después contacto fluidos.
- Después contacto paciente.
- Después contacto entorno.
- Otras.
Acción que consta:
- Alcohol gel (OH) agua y jabón.
Pasos a seguir que consta:
- Presenta uñas cortas y sin esmalte.
- Retira joyas y accesorios.
- Sube mangas hasta el codo.
- Dispensa toalla de papel.
- Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60 seg.(A) y 20-30 seg. (OH).
- Enjuaga con abundante agua.
- Seca primero manos y luego antebrazo con toalla desechable.
- Cierra llave con toalla sin contaminarse.</td></tr>
<tr><td>Metodología de constatación</td><td>• Periodo retrospectivo evaluado: dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende los meses de 01 de mayo de 2016 al 30 abril de 2019.
• Selección de la muestra: La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa el III trimestre y IV trimestre 2018.
• Registros Revisados:
- Informe evaluación periódica, 3° trimestre y 4°trimestre 2018.
- Pauta de supervisión, 3° trimestre y 4°trimestre 2018.
- Turnos del personal, 3° trimestre y 4°trimestre 2018.
• De la constatación:
1. Se constata la medición periódica del indicador en informe evaluación periódica, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar.
2. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° trimestre 2018 y 4° trimestre 2018, para ello se revisan el total de evaluaciones (según ord. Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019). Para la constatación de la fuente primaria se evalúa la pauta de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes constatadas se verifica la asistencia del funcionario el día de la evaluación a través del rol de turno o símil.
3. Se constatan 5 fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar por Randomizer, según Ord. Circular IP N°5. Se constata en ellas la presencia del funcionario evaluado el día que se aplicó la pauta a través de planilla de turnos del personal. Resultado de la constatación de la fuente primaria:

<table>
<tr><th colspan="3">3º trimestre 2018</th></tr>
<tr><td>Fecha constatada</td><td>Iníciales de funcionario</td><td>Confirma asistencia (SI/NO)</td></tr>
<tr><td>20-03-2018</td><td>V.G.S.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>01-08-2018</td><td>MEDICO</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>09-08-2018</td><td>N.V.R.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>14-08-2018</td><td>S.J.P.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>24-08-2018</td><td>M.C.B.</td><td>SI</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="3">4º trimestre 2018</th></tr>
<tr><td>Fecha constatada</td><td>Iníciales de funcionario</td><td>Confirma asistencia (SI/NO)</td></tr>
<tr><td>17-10-2018</td><td>M.A.S.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>12-11-2018</td><td>K.R.C.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>20-11-2018</td><td>K.R.C.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>28-11-2018</td><td>K.R.C.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>10-12-2018</td><td>K.R.C.</td><td>SI</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2 Trimestre 2016	94	96	97.92%			
3 Trimestre 2016	94	96	97.92%			
4 Trimestre 2016	96	96	100%			

1 Trimestre 2017	96	96	100%			
2 Trimestre 2017	93	96	96.88%			
3 Trimestre 2017	94	96	97.92%			
4 Trimestre 2017	94	96	97.92%			
1 Trimestre 2018	94	96	97.92%			
2 Trimestre 2018	93	96	96.88%			
3 Trimestre 2018	**95**	**96**	**98.9%**	**95**	**96**	**98.9%**
4 Trimestre 2018	**92**	**96**	**95.8%**	**87**	**91**	**95.6%**
1 Trimestre 2019	94	96	97.92%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa en el IV trimestre del 2018, al constatar existe una diferencia en la aplicación de 5 pautas de evaluación, menos que lo reportado por el prestador, observándose una disminución menor a un 1% en el porcentaje constatado, por cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata la presencia en turno de personal evaluado utilizando las planillas de rotativa de turnos, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

APQ infantil	
Nombre documento	PAUTA DE SUPERVISIÓN DE LAVADO DE MANOS CLÍNICO Y USO DE ALCOHOL GEL.
Responsable medición	Supervisora de la unidad asistencial.
Fuente primaria	Pauta de supervisión.
Fuente secundaria	Informe indicador.
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril2019.
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo del muestreo:** la medición a realizar será un total de 96 mediciones trimestrales (32 mensuales), para cumplir con el tamaño y aleatoriedad de la muestra (50% de cumplimiento estimado y 10 % de margen de error). • **Metodología de muestreo**: sugieren realizar por lo menos 1 a 2 mediciones diarias y en diferentes horarios. • **Criterio evaluado:** el prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna, el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, nombre del funcionario, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: **Oportunidad que consta:** - Antes contacto paciente. - Antes técnica aséptica. - Después contacto fluidos. - Después contacto paciente. - Después contacto entorno. - Otras. **Acción que consta:** - Alcohol gel (OH) agua y jabón. **Pasos a seguir que consta:** - Presenta uñas cortas y sin esmalte. - Retira joyas y accesorios. - Sube mangas hasta el codo. - Dispensa toalla de papel. - Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60 seg.(A) y 20-30 seg. (OH). - Enjuaga con abundante agua. - Seca primero manos y luego antebrazo con toalla desechable. Cierra llave con toalla sin contaminarse.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo evaluado:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende los meses de junio de 2016 a mayo de 2019. • **Selección de la muestra:** La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa el III trimestre y IV trimestre 2018. • **Registros Revisados:** - Informe evaluación periódica, 3° trimestre y 4°trimestre 2018. - Pauta de supervisión, 3° trimestre y 4°trimestre 2018. - Turnos del personal, 3° trimestre y 4°trimestre 2018. • **De la constatación:** 1. Se constata la medición periódica del indicador en informe evaluación periódica, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. 2. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° trimestre 2018 y 4° trimestre 2018, para ello se revisan el total de evaluaciones (según ord. Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019). Para la constatación de la fuente primaria se evalúa la pauta de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes primarias se constata la asistencia del funcionario el día de la evaluación a través del rol de turno o símil. 3. Para la evaluación se constata: que las pautas de supervisión contengan los criterios a evaluar. 4. Se revisarán rotativas de turno, constatando que el personal evaluado se encontraba en turno el día de la aplicación de la pauta de supervisión. 5. Se constata el cumplimiento de los criterios definidos por el prestador.

6. Resultado de constatación fuente primaria:

3°trimestre 2018		
Fecha constatada	Iníciales de funcionario	Confirma asistencia (SI/NO)
17-07-2018	M.R.M	SI
30-07-2018	T.I.	SI
13-08-2018	M.R.M	SI
30-08-2019	M.A.H.	NO
10-09-2018	P.V.G.	SI

4°trimestre 2018		
Fecha constatada	Iníciales de funcionario	Confirma asistencia (SI/NO)
19-10-2018	C.V.P.	SI
19-10-2018	P.V.G.	SI
29-10-2018	P.V.G.	SI
24-10-2018	M.R.M	SI
29-10-2018	M.R.M	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2 Trimestre 2016	96	96	100%			
3 Trimestre 2016	96	96	100%			
4 Trimestre 2016	96	96	100%			
1 Trimestre 2017	96	96	100%			
2 Trimestre 2017	96	96	100%			
3 Trimestre 2017	96	96	100%			
4 Trimestre 2017	96	96	100%			
1 Trimestre 2018	96	96	100%			
2 Trimestre 2018	96	96	100%			
3 Trimestre 2018	**96**	**96**	**100%**	**96**	**96**	**100%**
4 Trimestre 2018	**32**	**32**	**100%**	**32**	**32**	**100%**
1 Trimestre 2019	S/CO	S/CO	S/CO			

Descripción de los hallazgos:

1. Durante el primer trimestre 2019 y meses de noviembre y diciembre 2018, no se aplicaron pautas de supervisión, las razones fueron:

- Sin pacientes en la unidad de quimioterapia infantil.
- Feriado legal de gran parte del personal.

Documento firmado y timbrado por encargada de calidad de la unidad.

2. Al constatar las pautas de supervisión con las rotativas de turno o marcaje de los funcionarios, se evidencia la aplicación de una pauta de supervisión de una funcionaria que no se encontraba en turno, el día de la aplicación de ésta. Lo reportado no es concordante con lo constatado por la entidad.

Por lo expuesto en el punto 2, no se da por cumplido el elemento medible.

URG	
Nombre documento	PAUTA DE SUPERVISIÓN DE LAVADO DE MANOS CLÍNICO Y USO DE ALCOHOL GEL.
Responsable medición	Supervisora de la unidad asistencial.
Fuente primaria	Pauta de supervisión.
Fuente secundaria	Informe indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019.
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo del muestreo:** la medición a realizar será un total de 96 mediciones trimestrales (32 mensuales), para cumplir con el tamaño y aleatoriedad de la muestra (50% de cumplimiento estimado y 10 % de margen de error). • **Metodología de muestreo**: sugieren realizar por lo menos 1 a 2 mediciones diarias y en diferentes horarios. • **Criterio evaluado:** el prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna, el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, nombre del funcionario, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: **Oportunidad que consta:** - Antes contacto paciente. - Antes técnica aséptica. - Después contacto fluidos. - Después contacto paciente. - Después contacto entorno. - Otras. **Acción que consta:** - Alcohol gel (OH) agua y jabón. **Pasos a seguir que consta:**

<table>
<tr><td></td><td>- Presenta uñas cortas y sin esmalte.
- Retira joyas y accesorios.
- Sube mangas hasta el codo.
- Dispensa toalla de papel.
- Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60 seg.(A) y 20-30 seg. (OH).
- Enjuaga con abundante agua.
- Seca primero manos y luego antebrazo con toalla desechable.
- Cierra llave con toalla sin contaminarse.</td></tr>
<tr><td>Metodología de constatación</td><td>• Periodo retrospectivo evaluado: dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende los meses de 01 de mayo de 2016 a 30 de abril de 2019.
• Selección de la muestra: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa el 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019.
• Registros Revisados:
- Informe evaluación periódica, 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019
- Pauta de supervisión, 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019
- Turnos del personal, 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019
• De la constatación:
3. Se constata la medición periódica del indicador en informe evaluación periódica, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar.
4. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019, para ello se revisan el total de evaluaciones (según ord. Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019). Para la constatación de la fuente primaria se evalúa la pauta de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes primarias se constata la asistencia del funcionario el día de la evaluación a través del rol de turno o símil.
5. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado.
6. Para la evaluación se constata:
- Que las pautas de supervisión contengan los criterios a evaluar.
- Se revisarán rotativas de turno, constatando que el personal evaluado se encontraba en turno el día de la aplicación de la pauta de supervisión.
• Resultado de constatación fuente primaria:
- Se constata el cumplimiento de los criterios definidos por el prestador.

<table>
<tr><th colspan="3">3° trimestre 2018</th></tr>
<tr><td>Fecha constatada</td><td>Iníciales de funcionario</td><td>Confirma asistencia (SI/NO)</td></tr>
<tr><td>10-08-2018</td><td>G.D.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>17-08-2018</td><td>R.B.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>23-08-2018</td><td>C.P.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>14-09-2018</td><td>A.T.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>20-09-2018</td><td>C.C.</td><td>SI</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="3">1° trimestre 2019</th></tr>
<tr><td>Fecha constatada</td><td>Iníciales de funcionario</td><td>Confirma asistencia (SI/NO)</td></tr>
<tr><td>07-01-2019</td><td>G.G.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>01-02-2019</td><td>C.O.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>07-02-2019</td><td>C.R.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>20-02-2019</td><td>S.P.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>20-03-2019</td><td>T.M.</td><td>SI</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2 Trimestre 2016	74	96	77.0%			
3 Trimestre 2016	94	108	87,04%			
4 Trimestre 2016	83	100	83%			
1 Trimestre 2017	88	96	91,6%			
2 Trimestre 2017	89	96	92.7%			
3 Trimestre 2017	80	96	83.3%			
4 Trimestre 2017	68	96	70.83%			
1 Trimestre 2018	59	96	61.4%			
2 Trimestre 2018	67	96	69.7%			
3 Trimestre 2018	**84**	**96**	**87.5%**	**84**	**96**	**87.5%**
4 Trimestre 2018	89	98	90.8%			
1 Trimestre 2019	**83**	**96**	**86.4%**	**82**	**96**	**85.4%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata la presencia en turno de personal evaluado utilizando las planillas de

rotativa de turnos, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

Dental

Nombre documento	Informe de evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Supervisor de la unidad asistencial
Fuente primaria	Pauta de supervisión
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 a 30 Abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** la muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 50% y margen de error del 10%. La medición a realizar será un total de 96 mediciones trimestrales (32 mensuales). • **Metodología de muestreo:** los supervisores deben aplicar la pauta de observación a todo profesional y técnicos con desempeño en la atención del paciente. Se sugiere realizar 1 a 2 mediciones diarias y en diferentes horarios. • **Criterios de cumplimiento:** el prestador aplica pauta que, para dar cumplimiento, debe consignar todos los criterios descritos a continuación: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica asepsia 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto paciente 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) 7. Agua y jabón (A) 8. Presenta uñas cortas y sin esmalte 9. Retira joyas y accesorios 10. Sube mangas hasta el codo 11. Dispensa toalla de papel 12. Higieniza manos y antebrazo. Duración 40-60 segundos con agua y jabón y 20-30 segundos con alcohol gel. 13. Enjuaga con abundante agua 14. Seca primero manos y antebrazo con toalla desechable 15. Cierra llave con toalla sin contaminante
Metodología de constatación	• **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo 2016 al 30 Abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3° y 4º trimestre del 2018. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión de lavado de manos y alcohol gel - Informe de evaluación periódica del indicador • **De la constatación:** 1. La pauta de supervisión de higiene de manos contiene los 15 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. 2. Se constata la medición periódica del indicador descrito en la ficha del indicador "higiene de manos", la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento del periodo a evaluar. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado. Para ello se revisa el total de evaluaciones realizadas en todo el periodo. 4. Se constatan 5 fuentes primarias para cada trimestre a evaluado según Randomizer, considerando el Ord. Circular IP N°5, y se constata la presencia del funcionario en día evaluado a través del registro de asistencia. Los resultados de la constatación de la fuente primaria son:

3º trimestre 2018		
Fecha evaluación	Iniciales funcionario	Se verifica la asistencia del funcionario el día de la evaluación a través del rol de turno
04-07-2018	JMM	CUMPLE
13-07-2018	WQE	CUMPLE
09-08-2018	LAP	CUMPLE
20-08-2018	EGF	CUMPLE
20-08-2018	JBG	CUMPLE

4º trimestre 2018		
Fecha evaluación	Iniciales funcionario	Se verifica la asistencia del funcionario el día de la evaluación a través del rol de turno

09-11-2018	RFP	CUMPLE
23-11-2018	WQE	CUMPLE
10-12-2018	SLP	CUMPLE
21-12-2018	RFP	CUMPLE
27-12-2018	YZC	CUMPLE

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	81	98	85,71%			
3º trimestre 2016	68	96	89,58%			
4º trimestre 2016	86	96	88,54%			
1º trimestre 2017	88	96	91.67%			
2º trimestre 2017	86	96	89,58%			
3º trimestre 2017	80	96	83,33%			
4º trimestre 2017	66	96	68,75%			
1º trimestre 2018	85	96	88,54%			
2º trimestre 2018	81	96	84,38%			
3º trimestre 2018	**68**	**96**	**70,83%**	**68**	**96**	**70,83%**
4º trimestre 2018	**86**	**96**	**89,58%**	**86**	**96**	**89,58%**
1º trimestre 2019	90	96	93,75%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata la presencia en turno de personal evaluado utilizando las planillas de rotativa de turnos, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA GCL 3.3 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	PQ	Med	Cir. Ad	Cir. Infant	Ped	Neo	Obst-gine	APD	APQ	URG	Dental
Primer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Segundo elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tercer elemento medible	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Umbral de la característica:≥ 75%			Puntaje total: 27/33		Porcentaje obtenido: 82%					**Cumple: SI**	

ÁMBITO ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)

CARACTERÍSTICA AOC 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

AOC 1.1 – Primer elemento medible: Está descrito, en documento de carácter institucional, el sistema de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia.

Nombre del documento: PROCEDIMIENTO ALERTA Y ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SITUACIONES DE RIESGO VITAL				
N° Resolución: 00028 del 14 de marzo 2018	Versión: 06	Fecha: Marzo 2018		
Elaborado por: Unidad de calidad y seguridad del paciente	Aprobado por: Francisco Bueno Natusch Director Hospital Regional Antofagasta			
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 10		
Considera: (SI/NO)	1. Sistema de alerta	SI	2. Organización	SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En su página 2 describe:

- Objetivo: implementar un sistema de respuesta ante situaciones de riesgo vital que afecten a cualquier persona dentro de las dependencias del hospital, conocido por todos los funcionarios, para asegurar una atención oportuna, expedita y organizada de cualquier evento de esta naturaleza.
- Alcance: este documento aplica a todo paciente, funcionario o visita, en situación de riesgo vital dentro del establecimiento. debe ser aplicado por los funcionarios del establecimiento según las responsabilidades y actividades asignadas en este documento
- Responsabilidades destacan:

- Personal cercano al evento: es responsable de activar la alerta y dar la atención inmediata en espera de que se presente el equipo de salud.
- Personal que recepciona la alerta del riesgo vital: se refiere al funcionario que responde el llamado de alerta ante una situación de riesgo vital, siendo el responsable de avisar al profesional que corresponda.
- Equipo médico de llamada: asistir al lugar de la emergencia, evaluar a la persona en riesgo vital, realizar las maniobras de

soporte vital necesarias y decidir el traslado del paciente según corresponda.
Este equipo está conformado por médico, enfermera y un técnico paramédico de la unidad de emergencia.
- Funcionarios del Hospital Regional de Antofagasta: Responsables de conocer y dominar este procedimiento.
- Sociedad concesionada e Inspección Fiscal: difundir este procedimiento a los funcionarios bajo su dependencia.

Definiciones
- Alerta Azul: aviso que se dará ante una situación de riesgo vital ocurrida en las dependencias del HRA.
- Riesgo Vital: estado de salud que podría terminar con la vida del paciente de no mediar atención médica inmediata
- Situaciones de riesgo vital: constituye una probabilidad de daño o vulnerabilidad que compromete la vida. Se considerarán los siguientes eventos:

1. Pérdida súbita de conciencia
2. Paro cardio respiratorio (PCR)
3. Convulsiones
4. Dolor torácico intenso

Entre las páginas 4 y 5, ítem 7 describe el proceso de alerta y organización:
1. El funcionario que detecta la situación de riesgo vital deberá realizar asistencia inmediata a la persona en riesgo, deja en posición y sitio seguro al paciente.
2. Posteriormente, activa la ALERTA AZUL, llamando al 553333 e indica:
   - Alerta Azul
   - Tipo de paciente (adulto- pediátrico)
   - Torre, piso y lugar donde ocurre el suceso
3. Una vez activada, debe regresar junto al paciente hasta que llegue el equipo médico correspondiente.
4. El funcionario que recibe este llamado debe entregar de manera inmediata la información al equipo médico de llamada del servicio de urgencia.
5. Este equipo médico de llamada deberá acudir de manera inmediata al sitio de la situación de riesgo para realizar la correspondiente evaluación y manejo del afectado.
6. Posterior a la atención de la alerta, la enfermera del equipo de llamado dejará registro de esta atención, en formato ad-hoc, lo archivará en una carpeta exclusiva para tal efecto, con el fin de mantener disponible si se requiriese su revisión.
7. Aquellos servicios que tienen sistemas de médicos residentes en rol de turno asumirán la atención de pacientes hospitalizados, funcionarios y usuarios de salas de espera de su unidad de acuerdo a protocolos locales.

Registros anexos:
- Anexo N°1: Activación alerta azul
- Anexo N°2: Recepción alerta azul.
- Anexo N°3: Formato registro alerta azul

Observaciones:
1. Se tienen a la vista versiones anteriores del documento:
   Procedimiento alerta y organización de la atención en situaciones de riesgo vital, versión 05, fecha de aprobación febrero 2015, elaborado por Dra. Alejandra Muñoz, Aprobado por Dr. Francisco Bueno, Director Hospital Regional Antofagasta
   Se cumple con el periodo de retrospectividad que aplica a este proceso de reacreditación y esta característica.

Se da por cumplido el elemento medible.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA

Sectores espera de público Cons. Amb. 1	Sectores espera de público Cons. Amb. 2	Sectores de Hospitalización	Toma de Muestras	API	PRO Endoscópicos	APK	APQ
SI	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**

AOC 1.1 – Segundo elemento medible: Se constata conocimiento del sistema de alerta en personal entrevistado.

Punto de verificación	N° Entrevistados	N° Respuesta correctas	N° Respuestas incorrectas	Cumple SI/NO
Sectores de espera público Consultas Ambulatorias 1	8	7	1	SI
Sectores de espera público Consultas Ambulatorias 2	8	8	0	SI
Sectores de Hospitalización	8	8	0	SI
Sectores de Hospitalización	2	2	0	SI
Toma de Muestras	23	0	0	SI
API	3	3	0	SI
Pro Endoscópicos	5	5	0	SI
APK	8	7	1	SI
APQ	4	4	0	SI

CARACTERÍSTICA AOC 1.1 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado por punto de verificación (1-0-NA)	1° Elemento medible	2° Elemento medible
Sectores de espera público Consultas Ambulatorias 1	1	1
Sectores de espera público Consultas Ambulatorias 2	1	1
Sectores de Hospitalización	1	1
Toma de Muestras	1	1
API	1	1
Pro Endoscópicos	1	1
APK	1	1

APQ		1	1
Umbral de la característica:≥ 75%	Puntaje total: 16/16	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA AOC 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

AOC 1.2 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de categorización de pacientes en la unidad de emergencia.

URG			
Nombre del documento: PROCEDIMIENTO: PRIORIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE URGENCIA			
N° Resolución: Memorándum 000005 05-01- 2018	Versión: 05	Fecha: Enero 2018	
Elaborado por: Karen Alvarado y Viviana Cortés. Enfermera supervisora unidad y enfermera encargada de calidad.	Aprobado/firmado por: Francisco Bueno Natusch Director Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años.	N° páginas: 12	
Considera (SI/NO)	1. Criterios a utilizar: SI	2. Tiempo de respuesta: SI	3. Registro: SI
Responsable de la aplicación: SI			

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, en el cual se describen los siguientes elementos:
En la página 2 ítems 1,2 y 3, se describe

- Objetivos: evaluar la agudeza de la enfermedad del paciente y los recursos necesarios.
- Facilitar la priorización en la atención de pacientes según la urgencia de la administración de un tratamiento.
- Alcance: la aplicación de este procedimiento será realizada por la enfermera o matrona del selector de demanda y debe realizarse a todos los pacientes pediátricos, adulto (incluye dental) y gineco-obstétrico que consulta en la unidad de emergencia del Hospital Regional Antofagasta.
- Responsables:

- Medico jefe de la unidad: velar que se cumpla el procedimiento.
- Enfermera/matrona supervisora: supervisión de la aplicación y cumplimiento del procedimiento.
- Enfermera/matrona selector de demanda: aplicar el presente procedimiento.
- Técnico paramédico. Apoyar al profesional del selector de demanda.

En páginas 4 y 5, ítems 7, se registra la descripción del proceso, que consta de 6 pasos, los que destaca:

- El paciente solicita el DAU (dato de atención de urgencia) en la ventana de admisión del mismo servicio.
- Cuando aparece el registro del paciente en pantalla de sistema informático, se llama a paciente el cual ingresa a unidad de selección de demanda para su evaluación y clasificación de acuerdo a un esquema predeterminado llamado ESI, **en base a los siguientes criterios: nivel de atención según agudeza y/o recursos necesarios.**
- Realiza entrevista al paciente y completa información en plataforma digital de ESI (sistema admisión categorización), para posteriormente en forma automatizada obtener la clasificación del paciente de acuerdo a los 4 puntos de decisión del sistema, **quedando registrado en DAU del paciente**.
- Si el paciente es categorizado en nivel:

- ESI 1, debe ser trasladado en forma inmediata al box de reanimación, donde debe ser atendido por un profesional médico lo antes posible.
- ESI 2, debe ser trasladado al área de alto riesgo, donde debe ser atendido por un profesional médico antes de los 30 minutos.
- ESI 3, debe ser trasladado a box de atención, donde debe ser atendido por un profesional médico antes de los 90 minutos.
- ESI 4, debe ser trasladado al área o sector de triage, donde debe ser atendido por un profesional médico antes de los 180 minutos.
- ESI 5, debe ser trasladado al área o sector de triage, donde debe ser atendido por un profesional médico. El tiempo de espera de atención dependerá de la demanda asistencial.
- En el caso de no disponer de box o camilla para la atención de los pacientes categorizados en ESI 2 al ESI 5, deben ser enviados a sala espera de la unidad de emergencia.

En página 6, se describe por medio de un Flujograma, admisión categorización ESI.

Observaciones:

1. Se tienen a la vista versión anterior del documento:

- "Procedimiento priorización en la atención de urgencia adulto – pediátrico". Versión 04, fecha aprobación mayo 2016, elaborado por Mónica González y Viviana Cortes, enfermera supervisora unidad y enfermera encargada calidad y aprobado por Sr. Juan Urrutia Reyes, Director HRA.
- "Procedimiento priorización en la atención de urgencia gineco-obstétrica". Versión 02, fecha de aprobación octubre 2015, elaborado por Ruth Ramos Bradanovic, matrona supervisora partos y pabellón maternidad y Carol Araya Julio, matrona encargada calidad urgencia gineco-obstétrica, aprobado por Sr. Juan Urrutia Reyes, Director (T y P) HRA.
- Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

AOC 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

URG	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PACIENTES ADULTO CATEGORIZADOS ESI 1 QUE CUMPLEN CON EL TIEMPO DE ATENCIÓN ESTABLECIDO, SEGÚN LA PRIORIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE URGENCIA (5 MINUTOS).

Fórmula matemática	Nº de pacientes adultos categorizados ESI 1 atendidos dentro de los primeros 5 minutos/ Nº total de pacientes adultos categorizados ESI 1 X 100.
Umbral de cumplimiento: 100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

AOC 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

URG	
Nombre documento	PLANILLA EXCEL CON TOTAL DE PACIENTES ADULTOS CATEGORIZADOS ESI 1 O C1.
Responsable medición	Enfermera supervisora y/o encargada de calidad.
Fuente primaria	Sistema informático de unidad de emergencia "Admisión categorización"
Fuente secundaria	Planilla Excel (total de pacientes ESI 1 o C1)
Periodo evaluado	01 de septiembre de 2017 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo del muestreo:** no aplica, al finalizar el periodo a evaluar, ingresa al sistema informático obteniendo un reporte global y total de los pacientes categorizados, el cual se exporta a un formato Excel para posteriormente seleccionar a los pacientes categorizados en ESI 1 y evaluar el tiempo transcurrido entre la categorización y la atención por el profesional médico, el cual debe ser menor a 5 minutos. • **Metodología de muestreo**: no aplica, para este indicador, usa la totalidad de los casos. • **Criterio evaluado: pacientes** categorizados ESI 1, atendidos en menos de 5 minutos.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo evaluado:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación en una característica fiscalizada por la IP, corresponde evaluación desde 01 de septiembre de 2017 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúan los meses de junio 2018 y febrero 2019. • **Registros Revisados:** - Informe evaluación periódica del indicador, junio 2018 y febrero 2019. - Planilla Excel con total de pacientes adultos categorizados ESI 1 o C1, junio 2018 y febrero 2019**.** • **De la constatación:** 1. Se constata la medición periódica del indicador en informe evaluación periódica, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 20 meses a evaluar. 2. Se verifica el total de la muestra de los registros contenidos en planilla Excel de adultos C1, del periodo seleccionado por randomizer, de los meses de junio 2018 y febrero 2019, verificando: - Se constata en planilla Excel (total de pacientes ESI 1), medición realizada por el prestador corresponden a lo informado. - Total de pacientes categorizados ESI 1 o C1, fueron atendidos por el médico en menos de 5 minutos. 3. Para la evaluación se constata: planilla Excel (informe de gestión) de vaciamiento de datos, que contenga el siguiente criterio: cumplimiento tiempo de atención definido para categoría C1. 4. Resultado de constatación fuente primaria: - Se constata el cumplimiento del criterio definido por el prestador.

Meses	Total de pacientes C1	Cumple con el criterio	No cumple con el criterio
Junio 2018	39	24	15
Febrero 2019	34	8	26

En febrero de 2019, en el conteo de las evaluaciones existe una diferencia en lo constatado de una evaluación, lo que corresponde a un 0,7% en el porcentaje constatado.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Septiembre 2017	12	16	75%			
Octubre 2017	13	14	92.86%			
Noviembre 2017	28	31	90.3%			
Diciembre 2017	21	22	95.4%			
Enero 2018	33	39	84.6%			
Febrero 2018	31	36	86.1%			
Marzo 2018	18	27	66.67%			
Abril 2018	21	27	77.7%			
Mayo 2018	45	67	67.16%			
Junio 2018	**24**	**39**	**61.5%**	**24**	**39**	**61.5%**
Julio 2018	24	32	75%			
Agosto 2018	22	33	66.67%			
Septiembre 2018	23	40	57.5%			
Octubre 2018	14	24	58.3%			
Noviembre 2018	17	28	60.7%			
Diciembre 2018	24	24	100%			
Enero 2019	3	31	9.68%			
Febrero 2019	**8**	**34**	**23.5%**	**8**	**33**	**24.2%**

Marzo 2019	11	39	28.21%			
Abril 2019	3	28	10.71			

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA AOC 1.2 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Urgencia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica:≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA AOC 1.3 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

AOC 1.3 – Primer elemento medible: Se describen en documento(s) las situaciones o resultados críticos que requieren notificación, el procedimiento de notificación y se han definido los responsables de su aplicación.

APL			
Nombre del documento: PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE VALORES CRÍTICOS			
Fecha elaboración: Julio 2017	Fecha vigencia: 5 años	Versión: 05	N° páginas: 17
Elaborado por: Karen Araya Tecnólogo Médico, Encargado de Calidad		Aprobado por: Maykol Araya Tecnólogo Médico, Director Técnico	
Considera (SI/NO)	1. Resultados críticos que requieren notificación: SI	2. Procedimiento de notificación: SI	
Responsable aplicación: SI			

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento.
En la página 2 describe
- Objetivo: describir procedimiento notificación valores críticos.
- Alcance: notificación de valores críticos de unidades críticas, de emergencia, pacientes ambulatorios y de otros establecimientos.
- Responsables: el Tecnólogo Médico es responsable de la notificación, de validar el examen para revisión en línea y registrar notificación. El personal responsable del paciente es responsable de recibir la notificación

En la página 5 a 8 describe el desarrollo en 5 pasos:
- Análisis del resultado en base a flujograma.
- Notificación del valor crítico por parte del profesional del laboratorio al equipo de salud encargado del paciente.
- Forma de notificar: vía telefónica identificándose solicitando cargo, nombre y apellido de quien recibe la notificación. Luego entregar datos de nombre del paciente, analito y valor crítico para que luego le repitan la información entregada (read-back).
- Dejar notificación en archivo registrando la hora de notificación.
- Intentos de notificación: 3 veces en un lapso no mayor de 2 horas (120 minutos), dejando registro de las horas en que se intentó la notificación.
- Registro de la información: registro digital RG-LAB-01-02 "Notificación de resultados críticos de laboratorio" con los siguientes datos: fecha, nombre paciente, procedencia, analito, resultado, hora notificación, nombre, apellido y cargo de quien recibe la notificación, iniciales de quien notifica, sección del laboratorio y observaciones.
- Como notificar:

1. En pacientes hospitalizados notificar directamente al personal a cargo del paciente que se encuentre en la unidad que solicitó la determinación.
2. En pacientes dializados notificar a enfermera o médico del centro de diálisis
3. En pacientes derivados de otros laboratorios al Tecnólogo Médico responsable del laboratorio de procedencia.
4. En pacientes ambulatorios a enfermera del CAE. Si no se logra establecer comunicación se notifica telefónicamente al paciente dejando registro.

Forma de actuar frente a un valor crítico repetido: el Tecnólogo Médico debe informar el primer valor crítico observado para cada uno de los analitos establecidos. Solo se debe informar de manera repetida en las siguientes situaciones:
1. Repetición del valor crítico luego de haberse normalizado el resultado.
2. Mantención del valor crítico luego de 48 horas de haber notificado el primero (solo el primer valor crítico luego de las 48 horas).

En página 12 establece **lista de valores críticos**:

1. Química sanguínea:

Analito	Pacientes adultos	Pacientes pediátricos	Pacientes neonatología	Unidad
Bilirrubina total	>15	>15	>=25	mg/dl
Calcio	<6,0 y >14,0			mg/dl
Calcio iónico	<=3,0 y >=6,5	<1 año: <=2,0 y >=6,0		mg/dl
		>= 1 año: <=3,0 y >=6,5		mg/dl
Fósforo	<=1,0 y >12,0			mg/dl
Cloro	<75 y >126			meq/L
Creatinina	>10,0	5 semanas - <2años: >=2,0	>=1,5	mg/dl
		2 – 11 años: >=2,5		

		12 – 15 años: >=3,0		
CK	>10.000	>4.000	>4.000	U/L
Glucosa	<50 y >400	<4 semanas: <=40 y >300		mg/dl
		>4 semanas: <=50 y >400		
Magnesio	<1,2 y >6,6			mg/dl
Potasio	<3,0 y >6,4 (pacientes dializados <2,6)			meq/L
Sodio	<120 y >150			meq/L
pH	<7,2 y >7,6			
PCO2	<20 y >70	<20 y >80	>60	mm Hg
PO2	<40	<40	<50	mm Hg
Troponina	>1	>5	>0,2	ng/ml

Toxicología		
Ácido valproico	>=200	ug/ml
Carbamazepina total	>=15	ug/ml
Fenobarbital	>=60	ug/ml
Fenitoína	>=30	ug/ml
Vancomicina	>=50	ug/ml
Drogas de abuso	Positivo	

Análisis de orina			
Analito	**Pacientes adultos**	**Pacientes pediátricos**	**Pacientes neonatología**
Glucosa	*4+	4+	NA
Cilindros eritrocitarios	1+ o mas		
Eritrocitos dismórficos	>50%		
Hemoglobinuria severa	Hb (+) sin presencia de glóbulos rojos a la microscopía		
*en embarazadas considerar desde 2			

2. Hematología y Coagulación

Analito	**Pacientes adultos**	**Pacientes pediátricos**	**Pacientes neonatología**	**Unidad**
Hemoglobina	<=6 y >=20	0 – 7 semanas: <=6,0 y 24,0		g/dl
		>7 semanas: <=6,0 y>=20,0		
Recuento leucocitario	<2.000 y >100.000	<2.000 y >50.000	<5.000 y >35.000	mm3
Recuento plaquetario	<10.000 y >1.000.000	<20.000 y >1.000.000	<10.000 y >1.000.000	mm3
Pancitopenia	Descenso de las 3 series			
Protrombina (INR)	INR >4.5			
TTPK	>100			seg
Fibrinógeno	<50			mg/dl
Recuento diferencial	Presencia de blastos en cualquier número (si la presencia de blastos ha sido Reportada dentro de los 30 días previos al informe actual, no reportar).			
	Presencia de hemoparásitos en cualquier número			
	Sospecha de leucemia (si ha sido reportada dentro de los 30 días previos al Informe actual, no reportar).			

3. Microbiología

- Tinción de Gram Líquidos estériles: Gram directo o de cultivo automatizado positivo en una muestra de LCR o líquidos estériles (articular, sinovial, pericárdico, pleural, peritoneal/ ascítico y amniótico).
- Hemocultivo positivo
- Látex de antígenos bacterianos en LCR positivo
- Látex de antígenos de Cryptococcus sp. en LC R positivo
- Inmunocromatografía positiva u observación microscópica de Malaria
- Cultivo con desarrollo de Neisseria meningitis
- IFD, Inmunocromatografía o PCR de virus respiratorios positivo en menores de 2 años con IRA grave
- IFD, Inmunocromatografía o PCR de Influenza AJB en pacientes con IRA grave
- PCR virus positiva en LCR.

Observaciones:

1. Se tienen a la vista versión anterior del documento: Procedimiento de Notificación de Valores Críticos, versión 04, de Julio 2015, elaborador por Karen Araya, aprobado por Francisco Bueno N, dando cumplimiento a la retrospectividad para este prestador.

Se da por cumplido el elemento medible.

Elaborado por: TM Roxana Parra L Tecnólogo médico supervisor Anatomía Patológica	Aprobado por: Francisco Bueno Natusch Director Hospital Regional Antofagasta

Considera (SI/NO)	1. Resultados críticos que requieren notificación: SI	2. Procedimiento de notificación: SI

Responsable aplicación: SI

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento.
Alcance: Servicios Clínicos, Unidades y Policlínicas de Atención Abierta, centros de salud extrahospitalarios.
Resultados que requieren notificación para biopsias diferidas, destacan

- Neoplasia maligna
- En biopsias de cuello uterino, NIE II o NIE III.
- Vasculitis.
- Bacterias en biopsia de médula ósea o tejido cardíaco.
- Cualquier microorganismo invasivo en biopsia de paciente inmunodeprimido.
- Otro diagnóstico de gravedad que a criterio del Médico Anatomopatólogo constituya un valor crítico.

Resultados que requieren notificación para citologías miscelánea corresponden a:

- Positivo para células neoplásicas malignas.
- Diagnóstico "Atípico".

Resultados que requieren notificación para citologías exfoliativa de cuello uterino o Papanicolaou corresponden a:

- Probable lesión intraepitelial de alto grado (NIE 111 o Cáncer in situ).
- Cáncer invasor.

Procedimiento de notificación **en biopsias y citologías misceláneas**.

- El Médico Anatomopatólogo debe validar un valor crítico con la palabra "PRIORITARIO", le hace entrega a la secretaria.
- La secretaria se los entrega al TM en turno de supervisión de valores críticos.
- El TM revisará la correcta identificación del paciente, el N° de informe y el Servicio, Unidad o Policlínico.
- Oportunidad: "PRIORITARIO" será menor a tres días hábiles, siguientes a la fecha de emisión del informe.
- El estafeta entrega a la enfermera o matrona supervisora contra firma del informe con valor crítico al servicio clínico o ambulatorio del HRA. dejando constancia:
- Nombre, dos apellidos y firma de la Enfermera o Matrona Supervisora.
- Nombre, dos apellidos y firma del Médico tratante notificado.

En caso de la notificación de valores críticos de centros de salud extra hospitalarios:

- EL TM Coordinador de Valores Críticos se comunica vía telefónica, informará que será enviado un valor crítico indicando el nombre y cédula de identidad del paciente y número de examen, registrando la fecha y nombre de la persona.
- El TM Coordinador de Valores Críticos enviará correo electrónico con el informe en formato PDF, con lo que el valor crítico también se considerará notificado, además serán enviados por Oficina de Partes.

Descripción del proceso para exámenes citológicos de Papanicolaou.

- Oportunidad: El plazo de notificación de un informe clasificado como "PRIORITARIO " será menor a 3 días hábiles.
- Una vez realizado la revisión del TM del área de Citología, los diagnósticos positivos son validados por el Médico como valores críticos "PRIORITARIO" cuando corresponda.
- La secretaria en turno de citología registra todos los Papanicolaou.
- Entrega a TM de Citología cada informe impreso para timbrar "PRIORITARIO".
-

Notificación de Valores Críticos de Papanicolaou.

- Son notificados a la Unidad de Patología Cervical HRA, ya que es la unidad encargada de la citación de todas las pacientes con valores críticos de la Región de Antofagasta.
- Una vez revisados por el TM de Citología, la secretaria en turno de Citología envía a
- Unidad de Patología Cervical a través del Estafeta los informes impresos individualmente junto con el registro RG-UAP-36, donde la persona responsable firmará el acuse de recibo con su nombre y dos apellidos, firma y fecha, lo que constituirá la notificación del valor crítico "PRIORITARIO" de Papanicolaou.

Observaciones:

1. Se tienen a la vista versiones anteriores del documento:

- Procedimiento notificación de valores críticos unidad de anatomía patológica, versión 06, fecha de aprobación 19-10-2017, elaborado por TM Roxana Parra L, Tecnólogo médico supervisor Anatomía Patológica, Aprobado por Dr. Francisco Bueno, Director Hospital Regional Antofagasta.
- Procedimiento notificación de valores críticos unidad de anatomía patológica, versión 05, fecha de aprobación marzo de 2016, elaborado por TM Roxana Parra L, Tecnólogo médico supervisor Anatomía Patológica, Aprobado por Dr. Hugo Benítez Cáceres, Jefe Unidad de Anatomía Patológica.
- Se cumple con el periodo de retrospectividad que aplica a este proceso de reacreditación y esta característica.

Se da por cumplido el elemento medible.

API

Nombre del documento: PROCEDIMIENTO NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS CRÍTICOS UNIDAD DE IMAGENOLOGÍA			
Fecha elaboración: Julio 2018	Fecha vigencia: 5 años.	Versión: 04	N° páginas: 18

Elaborado por: Rossana Huerta M. y María Yampara F. Tecnólogo médico y tecnólogo medico unidad apoyo imagenología.	Aprobado por: Dra. Carolina Velásquez Díaz. Medico jefe unidad apoyo imagenología.

Considera (SI/NO)	1. Resultados críticos que requieren notificación: SI	2. Procedimiento de notificación: SI

Responsable aplicación: SI

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad de imagenología.
En páginas 2 y 3 ítems 1,2 y 3, se describe

- Objetivos: Describir el procedimiento de notificación de resultados críticos, reducir al mínimo la espera del resultado, en el caso de aquellos diagnósticos que impliquen riesgo para el paciente.
- Alcance: a los pacientes beneficiarios y/o no beneficiarios, hospitalizados, ambulatorios, de emergencia y referidos de los servicios, atención primaria.

Responsables:

- Radiólogo: realiza el informe radiológico, ingresar en plataforma RISWEB el resultado crítico del procedimiento, una vez emitido el informe, informa a tecnólogo médico o secretaria de imagenología, el hallazgo del resultado crítico.
- Tecnólogo médico: revisar diariamente la plataforma de tele-radiografía y notificar los resultados críticos, vía telefónica al lugar de procedencia, una vez emitido el informe por el radiólogo. Dejar registro en planilla Excel de notificación de resultados críticos de imagenología.
- Secretaria imagenología: transcribir cuando corresponda, el informe radiológico, entregar el resultado y notificar si se le encomienda, resultados críticos en atención cerrada. Cooperar con el tecnólogo médico, en establecer la comunicación con el lugar de procedencia, para hacer la notificación telefónica cuando proceda. Entregar original de informe al servicio derivador. En horario hábil, llamar al paciente ambulatorio vía telefónica para que se acerque a retirar el resultado crítico. Registrar en hoja de notificación de resultado crítico, de pacientes ambulatorios. Dejar registro de entrega de informes de la unidad.

En páginas 4 y 5, ítems 7, se registra la descripción del proceso, la unidad se encuentra implementada con 2 sistemas de informes, ambos en modalidad online, los cuales son:

1. Informes realizados solo por radiólogos locales, cuyo nombre comercial es RIS WEB.
2. A través de la empresa ITMS, después de las 17 horas y fines de semana.

- Todos los exámenes son enviados a la plataforma RIS WEB, los exámenes provenientes de urgencia y unidades clínicas son enviados a ITMS.
- **Plataforma RIS WEB**: una vez enviado el examen al PACS, el técnico paramédico asigna o distribuye, los estudios al radiólogo. Una vez redactado el informe, el radiólogo lo valida y se hace visible el resultado en la plataforma.
- **Plataforma ITMS:** una vez enviado el examen al PACS, el técnico paramédico escanea la orden de examen y envía solicitud de informe. La empresa cuenta con un sistema de turno de radiólogos que cubre la demanda generada en ese horario, con un cupo de 15 exámenes diarios.

Ambas plataformas son revisadas en forma diaria por los tecnólogos en turno, con el fin de pesquisar los resultados críticos.
En página 5 ítem 7.1, se describe, notificación de resultado crítico atención cerrada y unidad de urgencia, que consta de 5 pasos, los que destaca:

1. Al validar el informe radiológico y en presencia de un resultado critico de un paciente interno (hospitalizado o de urgencia), el médico radiólogo debe marcar en plataforma correspondiente (RIS WEB o ITMS) con el icono resultado crítico.
2. El tecnólogo médico por vía telefónica notificará el resultado crítico al médico tratante del paciente. De no hallarse éste, al personal de turno (matrona, enfermera, médico residente). El funcionario que notifica se asegurará, que el receptor de la notificación haya entendido perfectamente la información.
3. Indica que el informe escrito estará validado en secretaria de imagenología, para que sea retirado posteriormente.
4. En caso de que el llamado telefónico no sea recepcionado por el personal de hospitalización, el tecnólogo médico en turno, o a quien delegue, se asegurará de la entrega de la notificación del resultado crítico en físico.
5. El profesional dejará registro de la notificación en el documento RG-IMA-08-00 registro de notificación de resultados críticos imagenología atención cerrada. Una vez registrado en planilla de reporte se cierra el proceso.

En páginas 5 y 6, ítem 7.2, se describe notificación de resultados críticos atención abierta, que consta de 6 pasos, los que destaca:

1. Al validar el informe radiológico y en presencia de un resultado crítico de un paciente ambulatorio, el médico radiólogo debe dejar marcado en la plataforma online, este resultado con el ícono correspondiente.
2. La secretaria de imagenología llamara telefónicamente al paciente, indicándole retirar su examen lo antes posible y dirigirse en forma inmediata a su médico tratante u otra entidad que lo evalúe según lo descrito en el anexo 8 (formato de llamado). Deberá registrar la información entregada en el documento RG-IMA-09-00 (registro de notificación de resultados críticos imagenología atención abierta).
3. Si el paciente no contesta, se realizará un segundo llamado antes de 24 horas posterior a la primera llamada telefónica. La secretaria llamará de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y el viernes de 8:00 a 16:00, en horario inhábil la responsabilidad recae en el tecnólogo médico de turno en escáner.
4. Se cierra el proceso una vez realizada la notificación.
5. Si el paciente no es contactado por vía telefónica, se cierra el proceso.
6. Se registrarán y notificarán, todos los resultados críticos (atención abierta, cerrada o de urgencia), para efectos de medición en la fórmula del indicador, sólo se considerarán los resultados críticos provenientes de la unidad de urgencia.

En página 6 ítem 7.3, se describe cuadro resumen de notificación, que destaca lo siguiente:

Área	Ámbito	Plazo de notificación	Responsable de la notificación
Escáner-mamografía-ecotomografía	Atención abierta	48 horas	Personal administrativo secretaria o tecnólogo medico de turno.
Escáner-mamografía-ecotomografía	Atención abierta	24 horas	Tecnólogo médico o paramédico de turno.
Escáner - ecotomografía	Atención urgencia	12 horas	Tecnólogo médico o paramédico de turno.

Se considerará como notificación oportuna, aquellos resultados que cumplan los plazos preestablecidos (desde el momento en que el radiólogo valide el informe).

En páginas 9 y 10 anexo 1 y 2, se describe Flujograma de notificación de resultados críticos y nómina de resultados críticos de unidad de imagenología.

Nómina de resultados críticos de unidad de Imagenología.

Tipo	Examen	Resultado	Observaciones
Escáner	Angiotac de tórax	Tromboembolismo pulmonar	Considerar valor del hallazgo radiológico, siempre que no exista un mismo estudio previo
	Angiotac aorta torácica	Disección aortica	
	Tac de tórax	Neumotórax masivo	
	Tac abdomen y pelvis	Neumoperitoneo masivo	
	Tac tórax, abdomen y pelvis	Sangramiento activo en pacientes politraumatizado	
Ecotomografía	Abdominal	Apendicitis aguda	
	Testicular	Torsión testicular	
	Doppler extremidades	Oclusión arterial de extremidades	
	Mamaria	Birads 4 y 5	
Mamografía	Mamografía	Birads 4 y 5	

En páginas 12 y 13 anexo 3, se describe la **nómina de resultados críticos del sistema tele-radiología**, entre los cuales destaca:

- Tromboembolismo pulmonar.
- Trombosis venosa profunda.
- Trombosis mesentérica.
- Neumotórax a tensión.
- Perforación de víscera hueca.
- Traumatismos complicados (traumatismo raquiomedular).
- Complicaciones cerebrales (hemorragias, tumorales, hipertensión endocraneana).
- Cuadro de abdomen agudo no sospechados (apendicitis, colecistitis, pancreatitis, invaginación intestinal).

Observaciones:

1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: Procedimiento notificación de resultados críticos unidad de imagenología, Versión 03, fecha aprobación abril 2016, elaborado por Rossana Huerta Marchant y María Yampara Flores, tecnólogos médicos unidad apoyo imagenología, aprobado por Dr. Marcelo Ávila Jaramillo, médico jefe unidad de apoyo imagenología. Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

AOC 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

APL	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE VALORES CRÍTICOS CON NOTIFICACIÓN EXITOSA
Fórmula matemática	Nº de valores críticos con notificación exitosa x 100 / Nº total de valores críticos
Umbral de cumplimiento: =>85%	Periodicidad de la evaluación: Bimestral
APA	
Nombre del indicador	CUMPLIMIENTO DE NOTIFICACIONES DE VALORES CRÍTICOS DE BIOPSIAS DIFERIDAS
Fórmula matemática	Nº de biopsias diferidas con valores críticos notificados en un plazo menor a tres días hábiles en un periodo de tiempo/ Nº total de biopsias diferidas diagnosticadas con valores críticos en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
API	
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE RESULTADOS CRÍTICOS DE IMAGENOLOGÍA NOTIFICADOS DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA SEGÚN CRITERIOS DE PLANILLA EXCEL. vigente
Fórmula matemática	N° de exámenes con resultados críticos de imagenología notificados derivados de la unidad de emergencia según planilla Excel en el periodo/N° total de exámenes con resultados críticos de imagenología derivados de la unidad de emergencia en el mismo periodo X 100
Umbral de cumplimiento:≥90%	Periodicidad de la evaluación: mensual con informe trimestral.
El nombre del indicador y su formulación están referidos a una planilla Excel, RG IMA-08-00 (atención cerrada y urgencia), en cuyas columnas registra datos del paciente, el tipo de examen, la unidad de origen, quien notifica a quién notifica, fecha y hora de notificación. Entendiéndose que en los hechos la planilla mide oportunidad en base a lo definido para valores críticos.	
Nombre del indicador (2)	CUMPLIMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE VALORES CRÍTICOS. no vigente
Fórmula matemática	N° de valores críticos con notificación exitosa/N° total de valores críticos X 100
Umbral de cumplimiento:= o >85%	Periodicidad de la evaluación: Bimensual.

AOC 1.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

APL	
Nombre documento	Informe de resultados indicadores y análisis Unidad de apoyo Diagnóstico Laboratorio Clínico
Responsable medición	Encargado de Calidad Laboratorio Clínico HRA
Fuente primaria	Sistema informático Openlab
Fuente secundaria	Registro digital en Google Drive de notificación de resultados críticos de laboratorio (RG-LAB-01)
Periodo evaluado	01 de Junio de 2016 al 30 de Abril de 2019

Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra**: No existe muestreo. Para el numerador se descuentan las notificaciones sin éxito (aquellas que no contestan al llamado de notificación) y aquellas notificaciones sin aviso. Consideran el universo de las notificaciones exitosas. Para el denominador, el prestador considera el total de los valores críticos obtenidos en el período. • **Metodología de muestreo**: No aplica, se considera el total de los valores críticos notificados exitosamente según criterios de cumplimiento. • **Criterios de cumplimiento:** notificación oportuna y registro digital en Google Drive de notificación de resultados críticos de laboratorio (RG-LAB-01) con los siguientes atributos: - Criterio N°1: Fecha - Criterio N°2: Nombre paciente - Criterio N°3: Procedencia de la muestra (unidad) - Criterio N°4: Analito - Criterio N°5: Resultado (crítico) - Criterio N°6: Hora de validación - Criterio N°7: Hora de notificación (llamado 1, 2 y 3) - Criterio N°8: Quien recibe la notificación (nombre, apellido y medio de notificación) - Criterio N°9: Tecnólogo Médico que notifica - Criterio N°10: Sección
Metodología de constatación	• **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re-acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo desde el 01 de Junio 2016 al 30 Abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es bimestral. La constatación se realiza usando randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos períodos a evaluar: Mayo-Junio 2018 y Enero-Febrero 2019. • **Registros revisados:** - Informe de resultados de notificación de resultados críticos. - Registro digital en Google Drive de notificación de resultados críticos de laboratorio (RG-LAB-01). - Sistema informático Openlab • **De la constatación:** se constata la medición periódica del indicador con la revisión de la ficha del indicador de notificación de valores críticos, la cual describe el resultado del numerador (valores críticos notificados exitosamente), denominador (total de valores críticos) y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. Se constata consistencia de los datos con fuente primaria, eligiendo 5 registros por períodos y revisando en sistema Openlab, con los siguientes resultados:

FECHA	PACIENTE	CRITERIOS EVALUADOS/CUMPLE									
		N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	N°8	N°9	N°10
01-06-2018	MRD	SI	SI	SI	CREATININA	10.48 mg/dl	SI	SI	SI	SI	SI
02-06-2018	AGS	SI	SI	SI	POTASIO	2.97 meq/l	SI	SI	SI	SI	SI
03-06-2018	MDM	SI	SI	SI	POTASIO	2.86 meq/l	SI	SI	SI	SI	SI
07-06-2018	EMF	SI	SI	SI	INR	9.92	SI	SI	SI	SI	SI
08-06-2018	SVO	SI	SI	SI	CREATININA	15.02 mg/dl	**NO**	SI	SI	SI	SI
01-02-2019	RMN	SI	SI	SI	RECUENTO LEUCOCITOS	790 mm3	SI	SI	SI	SI	SI
02-02-2019	AIC	SI	SI	SI	BILIRRUBINA TOTAL	20.02 mg/dl	SI	SI	SI	SI	SI
02-02-2019	MOV	SI	SI	SI	HEMOGLOBINA	5.4 g/dl	**NO**	SI	SI	SI	SI
04-02-2019	ESR	SI	SI	SI	POTASIO	7.17 meq/l	SI	SI	SI	SI	SI
05-02-2019	JRR	SI	SI	SI	HEMOGLOBINA	5.6 g/dl	**NO**	SI	SI	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo-Junio 2016	1344	1527	88,02%			
Julio-Agosto 2016	1374	1536	89,45%			
Septiembre-Octubre 2016	1162	1264	91,93%			
Noviembre-Diciembre 2016	1195	1335	89,51%			
Enero-Febrero 2017	1194	1388	86,02%			
Marzo-Abril 2017	1111	1286	86,39%			
Mayo-Junio 2017	1463	1629	89,81%			
Julio-Agosto 2017	1442	1514	95,20%			
Septiembre-Octubre 2017	1266	1316	96,20%			
Noviembre-Diciembre 2017	1186	1252	94,73%			

Enero-Febrero 2018	581	682	85,19%			
Marzo-Abril 2018	1105	1611	68,59%			
Mayo-Junio 2018	**1105**	**1611**	**68,59%**	**849**	**1562**	**54,35%**
Julio-Agosto 2018	1440	1757	81,95%			
Septiembre-Octubre 2018	1533	1774	86,41%			
Noviembre-Diciembre 2018	1710	1929	88,65%			
Enero-Febrero 2019	**2125**	**2766**	**76,83%**	**1658**	**2221**	**74,65%**
Marzo-Abril 2019	1144	1314	87,06%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación se evidencia que los datos del indicador no concuerdan con lo verificado en el terreno: para período Mayo-junio 2018 la diferencia encontrada es de 14.24%, mayor a 10% (Según Ordinario IP N° 5 del 17 de mayo de 2019, sobre las nuevas "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento de la exigencia sobre realización de la evaluación periódica" el porcentaje constatado puede ser igual al del prestador o diferir en no más de un 10%, al evaluar el universo de los datos). Para período Enero-Febrero 2019 la diferencia evidenciada es de 2.18%.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, no es posible constatar consistencia de los datos con ésta en:

- Un registro del período Mayo-Junio 2018
- Dos registros del período Enero-febrero 2019

Las inconsistencias evidenciadas se basan en la diferencia de horas de validación en registro digital en Google Drive de notificación de resultados críticos de laboratorio y sistema informático Openlab, siendo este dato es requerido para el cálculo de la oportunidad, encontrando horarios posteriores de validación a hora de notificación.

- En relación a lo último expuesto, se entrega a la EA un informe emanado del Director del Laboratorio Clínico y Encargada de Calidad del mismo, en donde se establece que existen errores en los informes de evaluación del indicador, que los encargados del sistema informático, no logran detectar, el informe entregado contempla los pormenores de visita de técnico de sistemas de empresa a cargo del LIS, el cual revisa y chequea distintos meses , observando también diferencias. No se pudo concluir la causa que genera el error y se encuentra en revisión por parte del prestador.

3. Se evidencia que el indicador incorpora a los resultados las notificaciones que se realizan para el VIH. No obstante, dicho examen (VIH), no está contemplado dentro de los valores críticos definidos por el laboratorio en el documento local.
4. La ficha del indicador difiere con el informe de resultados de evaluación periódica en el planteamiento del numerador y umbral de cumplimiento:

Ítem	**Ficha del indicador**	**Informe de resultados**
Numerador	N° de valores críticos con notificación exitosa	N° de resultados críticos notificados
Umbral	Igual o mayor a 85%	Mayor a 85%

Lo anterior cambia la forma de medición y el sentido del indicador en cuanto a cantidad y oportunidad.

Por todo lo anteriormente descrito en los puntos 1, 2 3 y 4, no se da por cumplido el elemento medible.

APA	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	TM encargado de turno mensual
Fuente primaria	Informes de biopsias diferidas con resultado crítico
Fuente secundaria	Registro de notificación de valores críticos de biopsias diferidas.
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** no aplica, se evalúa el total de biopsias diferidas con resultado crítico. • **Metodología de muestreo:** no aplica para este indicador. • **Criterios de cumplimiento:** Oportunidad: "PRIORITARIO" menor a tres días hábiles, siguientes a la fecha de emisión del informe.
Metodología de constatación	• **Período retrospectivo a evaluar:** Dado que corresponde a un proceso de reacreditación el periodo de retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril 2019. • **Selección de la muestra:** La medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando los meses a evaluar: junio 2018 y febrero 2019. • **Registros revisados**: - Procedimiento notificación de valores críticos unidad de anatomía patológica, página 13, anexo 1, Indicador: porcentaje de biopsias diferidas con valores críticos notificados según procedimiento, registra; Nombre del indicador, tipo, fórmula definición de términos, fuente primaria y secundaria y metodología, periodicidad responsable de la medición. - Informe de evaluación periódica del indicador 2017, 2018 y 2019. - Registro de medición mensual, que contiene TM responsable, TM que revisa, dato, Biopsia, destino, fecha de emisión, fecha de entrega, días hábiles. - informe resultado biopsia diferida que registra leyenda prioritario, nombre del paciente, fecha de emisión, resultado. - Registro de notificación de valores críticos que contiene: Nombre y apellidos de paciente, emisión de informe firmado. Notificación • **De la constatación:** 1. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación

periódica del indicador, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a constatar.
2. Se constata que la cantidad de valores críticos evaluados por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de valores de alerta notificados en los meses de junio de 2018 y febrero de 2019.
3. Se observa para el mes de julio 2018 el prestador reporta un 100% de cumplimiento, existe un error en la transcripción.
4. Se constatan fuentes primarias (informe resultado de la biopsia diferida y registro de notificación de valores críticos) de los 2 meses a evaluar, seleccionando los valores críticos a través de Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, resultado de la constatación:

N° de biopsia	Registra resultado prioritario según protocolo	Fecha de emisión del informe	Fecha registro notificación	Cumplimiento del prestador	Cumplimiento constatado por la entidad
18/3917	SI	11-06-2018	12-06-2018	SI	SI
18/3460	SI	12-06-2018	13-06-2018	SI	SI
18/4020	SI	12-06-2018	13-06-2018	SI	SI
18/4033	SI	15-06-2018	15-06-2018	SI	SI
18/4144	SI	15-06-2018	15-06-2018	SI	SI
19/1023	SI	07-02-2019	07-02-2019	SI	SI
19/842	SI	08-02-2019	08-02-2019	SI	SI
19/1084	SI	12-02-2019	12-02-2019	SI	SI
19/878	SI	13-02-2019	14-02-2019	SI	SI
19/1288	SI	19-02-2019	20-02-2019	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	171	173	98,8%			
Julio 2016	163	161	98,77%			
Agosto 2016	150	150	100%			
Septiembre 2016	182	179	98,35%			
Octubre 2016	167	173	96,53%			
Noviembre 2016	133	136	97,79%			
Diciembre 2016	163	169	96,45%			
Enero 2017	152	154	98,7%			
Febrero 2017	121	121	100%			
Marzo 2017	184	185	99,46%			
Abril 2017	183	183	100%			
Mayo 2017	186	188	98,94%			
Junio 2017	177	179	98,88%			
Julio 2017	175	175	100%			
Agosto 2017	192	192	100%			
Septiembre 2017	129	131	98,47%			
Octubre 2017	190	194	97,94%			
Noviembre 2017	93	111	83,78%			
Diciembre 2017	104	116	89,66%			
Enero 2018	125	130	96,15%			
Febrero 2018	144	144	100%			
Marzo 2018	162	162	100%			
Abril 2018	203	203	100%			
Mayo 2018	212	212	100%			
Junio 2018	**183**	**184**	**99,46%**	**183**	**184**	**99,46%**
Julio 2018	179	180	100%			
Agosto 2018	166	166	100%			
Septiembre 2018	191	195	97,95%			
Octubre 2018	238	242	98,35%			
Noviembre 2018	226	227	99,56%			
Diciembre 2018	163	174	93,68%			
Enero 2019	199	200	99,50%			
Febrero 2019	**179**	**195**	**91,79%**	**179**	**195**	**91,79%**
Marzo 2019	177	180	98,33%			
Abril 2019	240	239	99,58%			
Mayo 2019	258	255	98,84%			

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

API	
Nombre documento	REGISTRO NOTIFICACIÓN DE RESULTADO CRÍTICOS IMAGENOLOGÍA ATENCIÓN URGENCIA
Responsable medición	Encargado de calidad unidad de imagenología.
Fuente primaria	Planilla de notificación de resultados críticos. Informes exámenes de imagenología.
Fuente secundaria	Plataforma tele radiografía. Plataforma de informes PACS local.
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo del muestreo:** Se miden todos los registros de las notificaciones críticas de la unidad de emergencia realizadas en la planilla Excel destinada para ello, evaluando el cumplimiento de todos sus criterios. • **Metodología de muestreo**: No aplica, se mide universo de las notificaciones críticas. • **Criterio evaluado: Registro** de las notificaciones críticas de la unidad de emergencia, cumplimiento de la oportunidad de notificación: 12 horas.
Metodología de constatación	- **Periodo retrospectivo evaluado:** Dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende los meses de 01 de mayo de 2016 al 30 de abril 2019. - **Selección de la muestra:** La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa el 3° y 4° trimestre 2018. - **Registros Revisados:** - Informe evaluación periódica del indicador, del 3° y 4° trimestre 2018. - Planilla Excel de notificación de valores críticos, del 3° y 4° trimestre 2018, que contiene: 1. Nombre del paciente. 2. Examen. 3. Unidad de origen. 4. Resultado crítico. 5. Radiólogo que informa. 6. Tecnólogo que notifica. 7. Recepciona el informe. 8. Fecha notificación. 9. Hora notificación. 10. 10. Cumple oportunidad SI/NO - Plataforma RIS WEB (local). - Plataforma RIS PACS (ITMS). - Informes de exámenes imagenológicos. - **De la constatación:** 1. Se constata la medición periódica del indicador en informe evaluación periódica, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 12 trimestres a evaluar. 2. Se verifica que la cantidad de valores críticos evaluados por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° trimestre 2018 y 4° trimestre 2018, para ello se revisan el total de evaluaciones (según ord. Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019). 3. Se verifican 5 fuentes primarias del 3° y 4º trimestre 2018, verificando: 1. Que el valor crítico notificado este definido en el protocolo local. 2. Se constatan el cumplimiento de los criterios definidos por el prestador, en la oportunidad de la notificación en atención de urgencias (12 horas). 4. Resultado de constatación fuente primaria:

III trimestre 2018		
RUT del paciente	Examen crítico	Cumple con el criterio
11.090.XXX-X	TAC abdomen y pelvis con contraste	SI
9.064.XXX-X	Ecografía doppler arterial	SI
5.834.XXX-X	TAC de cerebro sin contraste	SI
13.277.XXX-X	TAC abdomen y pelvis con contraste	SI
7.296.XXX-X	TAC abdomen y pelvis	SI

IV trimestre 2018		
RUT del paciente	Examen crítico	Cumple con el criterio
16.133.XXX-X	Angiotac de tórax.	SI
17.973.XXX-X	TAC abdomen y pelvis	SI
20.543.XXX-X	TAC abdomen y pelvis	SI
5.723.XXX-X	TAC de cerebro sin contraste	SI
5.833.XXX-X	TAC abdomen y pelvis	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	90	90	100%			
3° Trimestre 2016	83	83	100%			

4° Trimestre 2016	127	127	100%			
1° Trimestre 2017	113	113	100%			
2° Trimestre 2017	149	149	100%			
3° Trimestre 2017	200	200	100%			
4° Trimestre 2017	204	205	99.51%			
1° Trimestre 2018	97	97	100%			
2° Trimestre 2018	257	257	100%			
3° Trimestre 2018	**228**	**228**	**100%**	**228**	**228**	**100%**
4° Trimestre 2018	**232**	**232**	**100%**	**232**	**232**	**100%**
1° Trimestre 2019	258	258	100%			
2° Trimestre 2016	90	90	100%			

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se constata el cumplimiento reportado por el prestador, se da por cumplido el elemento medible.

AOC 1.3 – Cuarto elemento medible: Se constata registro de notificaciones realizadas.

APL

Metodología de constatación: Metodología de constatación:

- **Periodo retrospectivo a evaluar:** el período de retrospectividad para la reacreditación de esta característica comprende los meses de 01 de mayo de 2016 al 30 de abril 2019.
- **Selección de la muestra:** para la constatación de los registros de notificación se seleccionó desde el sistema informático Openlab una muestra con randomizer, seleccionando valores críticos de los meses de Junio 2018 y Febrero 2019.
- **Registros revisados:**

- Planilla Google Drive de Registro de valores críticos.
- Sistema informático Openlab

- **De la constatación:** Se utiliza Ord. Circular IP/N° 5, de 24 noviembre de 2017, "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" situación 4, seleccionando una muestra de 30 exámenes con valores críticos para los dos meses selecciona (Junio 2018 y Febrero 2019), si los 7 primeros exámenes con valor crítico cumplen con la notificación, se procederá a dar por cumplido el elemento medible.

• **Criterios evaluados:**

1. Que el examen corresponda a los valores críticos definidos por el prestador.
2. Existencia de registro de aviso del valor critico según lo definido por el prestador a través de la "Planilla Google Drive de Registro de valores críticos", que contiene:

- Fecha
- Nombre paciente
- Procedencia de la muestra (unidad)
- Analito
- Resultado (crítico)
- Hora de validación
- Hora de notificación (llamado 1, 2 y 3)
- Quien recibe la notificación (nombre, apellido y medio de notificación)
- Tecnólogo Médico que notifica
- Sección.

Mayo-Junio 2018

Total de exámenes seleccionados	7	Total de exámenes que cumplen de acuerdo a norma	7

Detalle de los exámenes constatados:

Examen revisado	Código identificación paciente	Fecha	Documentos/registros revisados	Notificación según procedimiento (SI/NO)
1. Creatinina, 10,48 mg/dl	MRD6090XXX-X	01-06-2018	Planilla Google Drive y LIS Openlab	SI
2. Potasio, 2,9 meq/l	AGS5595XXX-X	01-06-2018	Planilla Google Drive y LIS Openlab	SI
3. Potasio, 2,86 meq/l	MDM7027XXX-X	01-06-2018	Planilla Google Drive y LIS Openlab	SI
4. INR, 9,92	EMF5009XXX-X	07-06-2018	Planilla Google Drive y LIS Openlab	SI
5. Creatinina, 15,02 mg/dl	SVO8754XXX-X	08-06-2018	Planilla Google Drive y LIS Openlab	SI
6. Troponina, 25 ng/ml	JSG7679XXX-X	10-06-2018	Planilla Google Drive y LIS Openlab	SI
7. Glucosa, 590,6 mg/dl	CNA1321XXX-X	11-06-2018	Planilla Google Drive y LIS Openlab	SI

Hallazgos: se randomizaron 30 registros del mes de Junio 2018 y se revisan los 7 primeros registros. Estos 7 registros cumplen el criterio definido en base al procedimiento de notificación, por lo tanto se da por finalizada la constatación del mes de Junio 2018.

Enero-Febrero 2019

Total de exámenes seleccionados	7	Total de exámenes que cumplen de acuerdo a norma	7

Detalle de los exámenes constatados:

Examen revisado	Código identificación paciente	Fecha	Documentos/registros revisados	Notificación según procedimiento (SI/NO)
1. Recuento leucocitario, 790 mm3	RMM1261XXXX-X	01-02-2019	Planilla Google Drive y LIS Openlab	SI
2. Bilirrubina total, 20,02 mg/dl	AIC8578XXX-X	01-02-2019	Planilla Google Drive y LIS Openlab	SI
3. Hemoglobina, 5,4 g/dl	MOV7922XXX-X	01-02-2019	Planilla Google Drive y LIS Openlab	SI
4. Potasio, 7,17 meq/l	ESR1030XXXX-X	04-02-2019	Planilla Google Drive y LIS Openlab	SI
5. Hemoglobina, 5,6 g/dl	JRR3177XXX-X	05-02-2019	Planilla Google Drive y LIS Openlab	SI
6. Potasio, 6,54 meq/l	LHP8207XXX-X	05-02-2019	Planilla Google Drive y LIS Openlab	SI
7. Sodio, 171 meq/l	MLA5853XXX-X	06-02-2019	Planilla Google Drive y LIS Openlab	SI

Hallazgos:
Periodo Mayo-Junio 2018: se randomizaron 30 registros del mes de Junio 2018 y se revisan los 7 primeros registros, los cuales cumplen en su totalidad.
Período Enero-Febrero 2018: se randomizaron 30 registros del mes de Febrero 2019 y se revisan los 7 primeros registros, los cuales cumplen en su totalidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

APA

Metodología de constatación:

- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación el periodo de retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril 2019.
- **Selección de la muestra:** la muestra se obtiene del total de exámenes con resultado de "prioritario" del periodo 01 de mayo de 2016 al 30 de abril 2019, se seleccionan con función "aleatorio" en Excel 30 resultados a evaluar.
- **Registros revisados:**
- Estadística base de prioritarios años 2016 al 2019.
- Informe resultado biopsia diferida que registra leyenda prioritario, nombre del paciente, fecha de emisión, resultado.
- Libro de registro de notificación de valores críticos que contiene: Nombre y apellidos de paciente, emisión de informe firmado (secretaria, fecha, hora, estafeta UAP), notificación atención (fecha, hora, nombre y firma de quien recibe), notificación extrahospitalaria/ chequeo hospitalización (Profesional UAP que informa por teléfono, fecha y hora del llamado, responsable en servicio o unidad que recibe la llamada).
- **De la constatación**: Se utiliza Ord. Circular IP/N° 5, de 24 noviembre de 2017, "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" situación 4, seleccionando una muestra de 30 exámenes con valores críticos del período retrospectivo a evaluar, si los 7 primeros exámenes con valor crítico cumplen con la notificación, se procederá a dar por cumplido el elemento medible.
- **Criterios evaluados**:

1. Existencia de registro de notificación del valor de alerta.
2. El resultado informado corresponde a un valor crítico según lo definido en el protocolo local.
3. La notificación en el libro de valores críticos de APA registra:
   Fecha y hora de emisión de informe firmado (recepción de secretaria).
   Fecha y hora de notificación.

Se da por cumplido el elemento medible.

Total de exámenes seleccionados	7	Total de exámenes que cumplen de acuerdo a norma	7

Detalle de los exámenes constatados

Examen revisado	Código identificación paciente	Fecha	Documentos/ registros revisados	Registro Notificado (SI/NO)
Adenocarcinoma	11.202.XXX-X	2017	Informe resultado biopsia diferida Libro Registro de notificación	SI
Nie III	17.885 .XXX-X	2017	Informe resultado biopsia diferida Libro Registro de notificación	SI
Nie III	15.023 .XXX-X	2018	Informe resultado biopsia diferida Libro Registro de notificación	SI
Metástasis Ganglionar	07.288 .XXX-X	2017	Informe resultado biopsia diferida Libro Registro de notificación	SI
Lesión Intraepitelial Escamosa	18.483. XXX-X	2017	Informe resultado biopsia diferida Libro Registro de notificación	SI
Melanoma Maligno Nodular	04.817. XXX-X	2018	Informe resultado biopsia diferida Libro Registro de notificación	SI
Adenocarcinoma	07.570. XXX-X	2017	Informe resultado biopsia diferida Libro Registro de notificación	SI

API

Metodología de constatación:

- **Periodo retrospectivo evaluado:** para este segundo proceso de re acreditación, se considera un periodo retrospectivo de tres años, periodo comprendido entre junio 2016 a mayo 2019.
- **Selección de la muestra:** para la constatación de la evaluación periódica del indicador, del total de exámenes críticos notificados, se selecciona una muestra de 30 notificaciones de resultados críticos informados a la unidad de emergencia, por lo expuesto en ordinario Nº1239 se selecciona el último año a evaluar, y en base Ord. Circular IP/Nº 5, del 24 de noviembre de 2017, Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno, Situación 4, se toma un muestra de 30 notificaciones

críticas, si las primeras 7 notificaciones cumplen con lo definido en el indicador, se considerará cumplido el elemento medible. Se verifica el cumplimiento del registro de notificación del resultado crítico.

- **Registros revisados:** Planilla de notificación de resultados críticos, plataforma RIS PACS y RIS WEB.
- **De la constatación:** en planilla de notificaciones, se evalúa el cumplimiento del registro de los siguientes datos: Nombre del paciente, examen, unidad de origen, resultado crítico, radiólogo que informa, tecnólogo que notifica, recepciona el informe, fecha notificación y hora notificación.
  En plataforma RIS PACS y RIS WEB, se evalúa el cumplimiento: día de realización del examen e informe de este.
- Tiempo de notificación: los resultados críticos de los exámenes realizados en la unidad de Imagenología son informados a la unidad de emergencia, en un plazo de 12 horas.

Total de exámenes seleccionados	7	Total de exámenes que cumplen de acuerdo a norma	7

Detalle de los exámenes constatados

Examen revisado	Código identificación paciente	Fecha	Documentos/ registros revisados	Registro Notificado(SI/NO)
Tomografía de tórax, abdomen y pelvis	20.543XXX-X	27-01-2019	Plataforma RIS WEB (local), plataforma RIS PACS (ITMS) y registro notificación de resultado críticos imagenología atención cerrada y urgencia. Informe de examen de imágenes.	SI
Tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis con contraste	7.526.XXX-X	06-04-2019	Plataforma RIS WEB (local), plataforma RIS PACS (ITMS) y registro notificación de resultado críticos imagenología atención cerrada y urgencia. Informe de examen de imágenes.	SI
Tomografía de tórax, abdomen y pelvis	20.543.XXX-X	27-01-2019	Plataforma RIS WEB (local), plataforma RIS PACS (ITMS) y registro notificación de resultado críticos imagenología atención cerrada y urgencia. Informe de examen de imágenes.	SI
Tomografía cerebral	8.808.XXX-X	15-04-2019	Plataforma RIS WEB (local), plataforma RIS PACS (ITMS) y registro notificación de resultado críticos imagenología atención cerrada y urgencia. Informe de examen de imágenes.	SI
Tomografía computada de tórax	5.948.XXX-X	02-07-2018	Plataforma RIS WEB (local), plataforma RIS PACS (ITMS) y registro notificación de resultado críticos imagenología atención cerrada y urgencia. Informe de examen de imágenes.	SI
Angiotac de tórax	5.515.XXX-X	03-12-2018	Plataforma RIS WEB (local), plataforma RIS PACS (ITMS) y registro notificación de resultado críticos imagenología atención cerrada y urgencia. Informe de examen de imágenes.	SI
Mamografía	11.818.XXX-X	29-04-2019	Plataforma RIS WEB (local), plataforma RIS PACS (ITMS) y registro notificación de resultado críticos imagenología atención cerrada y urgencia. Informe de examen de imágenes.	SI

CARACTERÍSTICA AOC 1.3 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0 - NA)	1° EM	2° EM	3° EM	4° EM
APL	1	1	0	1
APA	1	1	1	1
API	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 11/12	Porcentaje obtenido: 92%		**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA AOC 2.1 / HALLAZGOS

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

Dirección o Gerencia		
Nombre del documento: PROCEDIMIENTO DE DERIVACIONES DE PACIENTES VÍA UGCC A LA RED PÚBLICO/PRIVADA		
N° Resolución: 000088 del 28 de	Versión: 01	Fecha: Diciembre 2018

diciembre 2018		
Elaborado por: EU. Gianinna Vicencio, Unidad de gestión de pacientes.	Aprobado/firmado por: Francisco Bueno Natusch Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años.	N° páginas: 20

El documento define los siguientes atributos (SI/NO):

1. Responsable que decide derivación	SI	2. Red de derivación y procedimiento	SI
3. Tipo y condiciones de transporte	SI	4. Información que acompaña al paciente	SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En página 2, ítem 2 y 3 se establece el alcance y responsabilidades:

- Director del Hospital Regional o Subdirector Médico o Médico Jefe de turno de Unidad de Emergencia: autorizar el traslado de pacientes a la Red Pública y Privada de Salud, según horario.
- Médico de turno unidades de
- paciente crítico: determinar la activación de la unidad gestión de camas para paciente sin cama crítica.
- Médico Tratante: solicitar a enfermera o matrona la activación de unidad de gestión de camas y de la entrega de paciente de médico a médico por llamada conferencia, solicitar al director del hospital regional o al médico de turno de unidad de emergencia la autorización de compra de cama crítica en red privada mediante carta de respaldo, si la unidad de gestión de camas no encuentra cupo en red pública.
- Enfermera (o) o matrona: contactar a enfermera gestora para activar derivación vía unidad gestión camas y coordinar la realización de la documentación requerida para traslado de paciente.
- Enfermera gestión camas: gestionar las camas críticas para pacientes FONASA, que se presenten en el sistema público o privado, según corresponda mediante la plataforma unidad gestión camas.
- Enfermera de gestión de traslado: activar el sistema de traslado en horario hábil, gestionar la compra de servicios aéreos y enviar Itinerario o plan de vuelo, coordinar SAMU en caso de que se requiera traslado vía terrestre.
- Enfermera gestora de camas 4" turno: enviar la información que debe acompañar al paciente, de activar derivación y debe realizar la llamada de salida, activar el sistema de traslado en horario inhábil y de monitoreo constante

En página 6, ítem 7, se establece el desarrollo del proceso:

- Evaluar a paciente e Informar "sin cupo cama crítica". Solicitar "Activar UGCC" (Red Pública) en evolución médica. Informar a médico tratante verbalmente, el responsable es el médico de turno de UPC adultos, unidad coronaria, de pediatría o de neonatología.
- Solicitar a familiar o representante de paciente, la firma de Consentimiento Informado que autorice traslado a otro hospital público o clínica privada de otra Región.
- Realizar informe médico de traslado.
- Carta de respaldo
- Solicitar a Enfermera o Matrona que se contacte con enfermera gestora y en caso necesario solicitar autorización a dirección para traslado a cama crítica a red privada, mediante carta de respaldo. Completar formulario de traslado. Lo anterior es responsabilidad del médico tratante. Documentos: Carta de respaldo, formulario de traslado, consentimiento informado.
- Activar unidad de gestión de camas a sus anexos, es responsabilidad de enfermera gestora de cuarto turno, quien registra en plataforma.
- Recibir llamada de salida y solicitar cupo cama critica según flujos de derivación de búsqueda de cama unidad de gestión de camas. Entregar cupo cama crítica y realizar llamada conferencia para entrega de paciente.
- Entrega de paciente por llamada conferencia (médico hospital derivador entrega a médico hospital receptor), es responsabilidad del médico tratante.
- Con cupo autorizado, activar el sistema de traslado aéreo medicalizado. Confirmar cupo en plataforma gestión de camas.
- Si el cupo cama crítica es en clínica GRD o en red privada, se debe contar con autorización del Director o Jefe de Turno de la unidad de emergencia a través de carta de respaldo, con 3 copias: paciente, control gestión, archivo interno. Esta carta debe ser subida a plataforma, es responsabilidad enfermera gestora y enfermera gestión de traslado.

- En página 8, ítem 10, se establece las excepciones del procedimiento que corresponde en caso de fallecimiento del paciente durante el trayecto avión ambulancia.
- En página 11, anexo 2, se encuentra el instructivo de sistema de traslado aéreo medicalizado.
- En página 13, anexo 3, se encuentra el formulario de traslado.
- En página 14, se establece el formulario de consentimiento informado de traslado de pacientes críticos.

Observaciones:

1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: Procedimiento de derivaciones de paciente vía unidad gestión de camas a la red público/privada, versión 00, de fecha julio 2014, elaborado por enfermera Krasna Jiménez, enfermera Julia Urqueta, ambas de unidad de gestión de pacientes, aprobado por Dra. Juana Pérez, director hospital de Antofagasta.
   Se cumple el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA AOC 2.1 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0 - NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA AOC 2.2 / HALLAZGOS

AOC 2.2 – Primer elemento medible: Se describe en documento(s) de carácter institucional el sistema de entrega de turnos, que contempla al menos: datos mínimos a informar y registrar por cada estamento (enfermeras, matronas, médicos).

Sistema de entrega de turno enfermeras

Nombre del documento: PROCEDIMIENTO SISTEMA DE ENTREGA DE TURNO DE ENFERMERÍA		
N° Resolución: 000032 18 de abril 2019.	Versión: 02	Fecha: Abril 2019
Elaborado por: EU Verónica Contreras T, Supervisora UPC Pediatría EU Tirsa González A, Supervisora UCI Adulto EU. Alejandra Milies G, Supervisora Medicina	Aprobado por: Ricardo Salazar Cabrera, Director Hospital Antofagasta.	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: Abril 2019	N° páginas: 13
Datos mínimos a informar y registrar: SI		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En página 2, define las responsabilidades

- Enfermera Supervisora: supervisar la entrega y recepción de turno, controlar el registro diario de las entregas de turno.
- Enfermera Diurna: informarse las novedades del turno.
- Enfermera en rol de turno: entregar y/o recibir al inicio o término de su jornada los antecedentes clínicos, procedimientos y gestión de cuidados que realizó con cada paciente y que requirió de sus acciones; informar sobre novedades y problemas administrativos de equipamiento, infraestructura, personal y disponibilidad de camas. Debe dejar registro de su entrega en hoja de entrega de turno.

En página 3, ítem 7 se describe el proceso de entrega de turno, entre algunos puntos se destaca:

- La entrega de turno de enfermería se realizará diariamente según horario de ingreso a la unidad asistencial y emergencia al inicio y término del turno.
- Para la entrega se deberá utilizar la hoja de enfermería, apoyada de ficha clínica, terapia del paciente, exámenes.
- Se realizará la entrega de turno verbal y/o escrita por cada paciente a los pies de la cama, camilla, fuera de los box, cubículos o sala en las unidades de pacientes hospitalizados.
- Proceso de entrega clínico administrativo: se debe informar a la enfermera jefa de turno la disponibilidad del personal profesional y técnico de enfermería, disponibilidad de camas, materiales, equipos e insumos clínicos.

En página 5, se establece que los datos mínimos a registrar en hoja de entrega de turno son los que estarán en el formato del documento de entrega de turno definido en la unidad. Los ítems que no pueden faltar son los siguientes:

1. Nombre de la unidad asistencial.
2. Fecha.
3. Jornada de trabajo.
4. Número o letra de sala o cama o box.
5. Nombre del paciente.
6. Descripción breve de información relevante de la atención del paciente (procedimientos, tratamientos y/o exámenes pendientes, vigilancia de elementos invasivos importantes, etc)
7. Nombre y/o timbre y/o firma de la Enfermera entrante y de la Enfermera saliente de turno.

Observaciones:

1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: Procedimiento sistema de entrega de turno de enfermería, versión 01, de fecha mayo 2014, elaborado por enfermera Verónica Contreras, enfermera Tirsa González, enfermera Alejandra Milles, enfermera Janis Orellana, aprobado por Dra. Juana Pérez, director hospital Antofagasta.
   Se cumple el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Sistema de entrega de turno de matronas (1)

Nombre del documento	ENTREGA DE TURNO DE MATRONERÍA U.A. NEONATOLOGÍA	
N° Resolución: 1734 13 de marzo 2015	Versión: 01	Fecha: Febrero 2015
Elaborado por: Matrona Rebeca Télez. Matrona Margorie Cisternas.	Aprobado por: Francisco Bueno Natusch Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 10
Datos mínimos a informar y registrar: SI		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En página 2, define responsabilidades:

- Matrona supervisora: difusión del procedimiento y supervisión de su cumplimiento.
- Matrona Jefe de Turno: entregar recibir en conformidad la información administrativa y asistencial del turno.
- Matrona Clínica: entregar/recibir en conformidad la información asistencial del turno.

En página 3, ítem 7 se describe el proceso, se nombre algunas consideraciones generales:

- La entrega de turno comienza con el lavado de manos clínico.
- El personal deberá presentarse uniformado e identificado.
- Para la preparación de la entrega de turno se deberá utilizar el libro de entrega de turno, la ficha clínica y registros asociados.
- Se deberá confirmar la correspondencia del usuario y la ficha clínica.
- El turno que recibe conforme por el equipo entrante asume la continuidad de los cuidados.

En página 5, ítem 7.2.3 se establece la entrega de turno por escrito:

1. Registrar nombre de todo el personal que estuvo en Turno.
2. Registrar el Nombre del paciente (Nombre y dos Apellidos), diagnóstico y número de cama, en el caso de usuarios con factores de riesgo, cuidados especiales, procedimientos pendientes o ingresos o traslados.
3. Disponibilidad de equipos médicos, insumos, materiales y medicamentos especiales.
4. Situaciones de gravedad o relevantes ocurridas en el turno.

Observaciones:

1. Se cumple el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Sistema de entrega de turno de matronas (2)

Nombre del documento	PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE TURNO DE MATRONERÍA UNIDAD ASISTENCIAL OBSTETRICIA Y

	GINECOLOGÍA

N° Resolución: 000022 11 de marzo 2019	Versión: 02	Fecha: Marzo 2019
Elaborado por: Mt. Marly Maizares. Mt. Andrea Rivera. Mt. Marjorie Cisternas.	Aprobado por: Ricardo Salazar Cabrera, Director Hospital Antofagasta.	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años.	N° páginas: 14

Datos mínimos a informar y registrar: SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista protocolo de carácter institucional.
En página 2, ítem 2 y 3 se establece alcance y responsabilidades:
- Matrona supervisora: difusión del procedimiento y supervisión.
- Matrona Jefe de turno: entregar o recibir la información administrativa o asistencial.
- Matrona clínica: entregar o recibir la información asistencial del turno.

En página 3, ítem 7.1 comienza la descripción del proceso, aspectos generales son:
- La entrega de turno comienza con el lavado de manos clínico.
- Se debe utilizar lenguaje técnico.
- Se omitirán datos privados que invadan la intimidad de la paciente, se debe entregar de forma privada.
- En la entrega de turno escrita se utilizará un libro de actas, foliado, que contendrá los datos mínimos definidos por cada unidad.
- Los registros deben ser con letra clara y legible.

En página 5, ítem 7.2.3, se establece la entrega de turno escrito para el área de hospitalización gineco-obstetricia:
1. Fecha y hora.
2. Nombre de la usuaria (nombre y dos apellidos) y diagnóstico, en los casos de usuarias con factores de riesgo, cuidados especiales, procedimiento y/o exámenes pendientes o requieren de vigilancia.
3. Disponibilidad de equipos médicos, monitor fetal, monitor de signos vitales, bomba de infusión, detector de latidos fetales, accucheck y registro de estad
4. o de sello carro de paro cardiorrespiratorio, camillas, sillas de rueda, vencimiento de paquetes de parto.
5. Entrega de medicamentos restringidos y misopostrol.
6. Cama disponible por sección.
7. Situaciones o novedades relevantes.
8. Nombre o firma del profesional responsable que registra la información y quien recibe.

En página 7, ítem 7.3, se establece el procedimiento para el área de urgencia gineco-obstetricia, parto integral y quirófano de maternidad:
Entrega **matrona/matrón jefe de turno** por escrito:
- Consignar fecha y hora.
- Nombre del personal que estuvo en jornada de turno y diurna.
- Nombre de usuarias (nombre y dos apellidos), en sala de partos y recuperación.
- Diagnóstico actualizado y estado general de cada paciente.
- Disponibilidad de medicamentos.
- Disponibilidad de quipos médicos.
- Disponibilidad e camas del servicio de ginecología y obstetricia.
- Situaciones de gravedad relevantes.
- Disponibilidad de ropa en la unidad.
- Entrega pendiente de biopsias y placentas.
- Nombre y firma responsable de registrar la información.

Entrega de **turno matrona pabellón** por escrito:
- Fecha y hora.
- Nombre y apellidos de usuarias que estén en pabellón o recuperación de anestesia.
- Diagnóstico pre o post operatorio según tipo de anestesia.
- Indicaciones especiales o procedimientos pendientes.
- Disponibilidad de equipos médicos.
- Nombre y firma del profesional responsable que registra la entrega.

Entrega de turno matrona urgencia gineco-obstetricia:
- Fecha y hora.
- Nombre del profesional y técnico paramédico que estuvo en cada box.
- Indicar cantidad de pacientes que se encuentran en espera en cada atención según sistema DAU.
- Disponibilidad de quipos médicos: Monitor fetal, monitor de signos vitales, detector de latidos fetales.
- Nombre y firma del profesional responsable que registra la información y quien la recibe.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: Entrega de turno de matronería U.A. obstetricia y ginecología, versión 01, de fecha febrero 2014, elaborado por matrona Dayana Hernández, matrona Ruth Ramos, matrona Maryorie Cisternas, aprobado por Dr. Francisco Bueno, director hospital Antofagasta.
   Se cumple el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Sistema de entrega de turno de matronas (3)

Nombre del documento	ENTREGA DE TURNO UPC NEONATAL

N° Resolución: 1735 13 DE marzo 2015	Versión: 01	Fecha: Febrero 2015
Elaborado por: Matrona Roxana Maldonado Matrona Marjorie Cisternas.	Aprobado por: Francisco Bueno Natusch Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años.	N° páginas: 9

Datos mínimos a informar y registrar: SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En página 2, se establece alcance y responsabilidades:
- Matrona supervisora: difusión del procedimiento y supervisión de su cumplimiento.
- Profesional Jefe de turno: encargada de entregar recibir la información administrativa y asistencial del turno.
- Matrona o enfermera clínica: entregar/recibir en la información asistencial del turno.

En página 3, ítem 7.1 comienza la descripción del proceso, aspectos generales son:
- La entrega de turno comienza con el lavado de manos clínico.
- Se debe utilizar lenguaje técnico.

En página 5, se establece la entrega de turno escrito:
1. Registro de Fecha y hora
2. Registrar nombre de todo el personal que estuvo en Turno.
3. Se registrarán el Nombre del paciente (Nombre y dos Apellidos), diagnóstico. en el caso de usuarios con factores de riesgo, cuidados especiales, procedimientos pendientes o ingresos o traslados, según corresponda.
4. Consignar las novedades en relación a equipamiento e insumos.
5. Situaciones de gravedad o relevantes ocurridas en el turno.
6. Nombre o Firma del profesional responsable que registra la información y quien la recibe.

Observaciones:
1. En esta unidad sólo hay profesional de matronería.
2. Se cumple el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Sistema de entrega de turno de médicos (1)

Nombre del documento	PROCEDIMIENTO ENTREGA DE TURNO MÉDICO UNIDAD CORONARIA	
N° Resolución: 7800 del 25 de septiembre de 2015	Versión: 00	Fecha: Julio 2015
Elaborado por: Dra. Lizzy Cedeño M. Jefe UCI Coronaria	Aprobado por: Sr Juan Urrutia, director hospital regional Antofagasta.	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 Años	N° páginas: 5
Datos mínimos a informar y registrar: SI		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En página 2, define responsabilidades:
- Médico Jefe de unidad: velar por el cumplimiento del procedimiento.
- Médico que entrega turno: registro escrito del formulario de entrega y recepción de turno médico y de las condiciones clínicas del paciente.
- Médico que recibe turno: continuidad de la atención del paciente.

En página 3, ítem 7, descripción del proceso, se establece lo siguiente:
- Datos mínimos a informar (entrega verbal)
- Datos mínimos a registrar (entrega escrita): el médico que termina su turno entregará un formulario donde está representada cada cama, conteniendo en cada una de ellas al menos los siguientes registros:

1. Nombre y apellidos del paciente
2. Número de cama
3. Fecha de ingreso
4. Diagnóstico principal
5. Plan de manejo y actividades pendientes en relación al tratamiento, detallando además los cambios de los mismos llevados a cabo.
6. Nombre, 1 apellido y/o timbre del médico que recibe y que entrega turno.
7. Fecha diaria.

En página 5, se describe el Anexo N°1 (Formulario de entrega de turno médico unidad coronaria).

Observaciones:
1. Se cumple el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Sistema de entrega de turno de médicos (2)

Nombre del documento	PROCEDIMIENTO ENTREGA DE TURNO MÉDICOS UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO	
N° Resolución: 00003 30 de abril de 2018	Versión: 02	Fecha: Abril 2018
Elaborado por: Dr. Pietro Pietroboni	Aprobado por: Francisco Bueno Natusch Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 8
Datos mínimos a informar y registrar: SI		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En página 2, define responsables:
- Jefe o coordinador, continuidad y residentes: entrega de turno médico.
- El registro escrito de este procedimiento debe ser llenado durante la entrega de turno por el médico que recibe: médico coordinador o de continuidad diurna en días hábiles y médico que ingresa a turno en días inhábiles o festivos.

En página 3, ítem 7, se inicia el procedimiento:
- La entrega de turno es a las 8:00 hrs. en días hábiles y a las 9:00 hrs. en días inhábiles o festivos.
- El médico residente del turno saliente describe verbalmente la condición de cada paciente, con los diagnósticos, exámenes y manejo instaurado. Se discute la evolución y el plan para las siguientes 24 hrs. de atención.
- El médico que recibe turno completa el registro según formato, el que refleja la condición de las 24 hrs. previas de la unidad. Este registro lo realizará de forma digital o manual, y lo archivará en carpeta correspondiente.

En ítem 7.4, se establece que los datos mínimos a registrar en entrega de turno estarán dados por el formato del formulario de registro de entrega de turno, el cual se encuentra en página 5, anexo 1 el cual se consigna una tabla con los siguientes ítems:

1. Fecha residente día.
2. Fecha residente noche.
3. Listado en UCI: 6 camas, cada una se consigna el nombre y diagnóstico y dispositivos invasivos (VMI, VMNI, CVC, LA, otros), los mismos puntos se establece para las camas UTI.
4. Novedades.
5. Solicitud de camas.
6. Rechazo de pacientes.
7. Médico que recibe.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versiones anteriores del documento: Procedimiento entrega de turno médico unidad de paciente crítico pediátrico, versión 1, aprobado en marzo 2014, elaborado por Dra. Pamela Schellman, pediatra coordinador unidad paciente crítico pediátrico y aprobado por Dr. Pablo Mattatall, director hospital Antofagasta.
   Se cumple el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Sistema de entrega de turno de médicos (3)

Nombre del documento 2: PROCEDIMIENTO ENTREGA DE TURNO MÉDICO UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO ADULTO		
N° Resolución: 000021 23-05-2016	Versión: 04	Fecha: Mayo 2016
Elaborado por: Dr. Marcelo Gómez. Médico Jefe UCI	Aprobado por: Francisco Bueno Natusch Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 Años	N° páginas: 8
Datos mínimos a informar y registrar: SI		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En página 2 define responsabilidades:
- Jefatura de la unidad: participa activamente en la organización y cumplimiento de la visita médica diaria y de tomar conocimiento del estado actual de los pacientes de la unidad, de los casos pendientes y de las decisiones técnicas - administrativas complejas correspondientes.
- Médico jefe de turno: supervisar el funcionamiento del turno, asignar roles y funciones al resto de los integrantes del turno, tomar decisiones en ausencia del Jefe de la unidad y velar por que se cumplan los protocolos clínicos.
- Médico de turno saliente: informar la situación clínica y administrativa de cada paciente y de la unidad a los médicos que lo relevan de sus labores en la unidad.
- Médico de turno entrante: recibir y solicitar la información de la situación clínica de los pacientes.
- Médico de continuidad: responsable de la atención en jornada diurna de los pacientes asignados en la unidad en conjunto con el médico residente.

En página 5, ítem 7, descripción del proceso, se establece el procedimiento de entrega de turno, declarando que se realiza la entrega individual de pacientes hospitalizados en la unidad, considerando una entrega en verbal y un registro escrito de la actividad, como así también una entrega de registro de actividades de la unidad y procedimientos realizados.
1. Datos **mínimos a registrar** en la entrega de turno:
   - Unidad, fecha, jornada laboral
   - N° de cama nombre de paciente
   - Diagnóstico principal
   - Problemas pendientes
   - Destino
   - Nombre y/o timbre y/o firma de medico saliente y médico entrante.
2. Registro de actividades, el residente saliente de turno debe informar y registrar, como mínimo: ingresos, egresos, fallecidos, registro de números de interconsultas pendientes, pacientes pendientes y/o en tránsito en otros servicios y unidades.
3. Registro de procedimientos, el médico saliente de turno debe registrar al médico entrante los procedimientos realizados.

En página 8, se describe el Formulario de entrega/recepción de turno médico.

Observaciones:
1. Se cumple el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Sistema de entrega de turno de médicos (4)

Nombre del documento	PROCEDIMIENTO SISTEMA DE ENTREGA DE TURNO DE RESIDENCIA MÉDICA NEONATAL	
N° resolución: 000045 29 de Junio 2018	Versión: 01	Fecha: Junio 2018.
Elaborado por: Dra. María Sandoval, Pediatra Unidad Neonatología	Aprobado por: Dr. Edgardo Álvarez Núñez, Director Hospital de Antofagasta.	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 8
Datos mínimos a informar y registrar: SI		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En página 2, define responsables:
- Médico jefe de unidad asistencial: supervisar que los médicos residentes y tratantes asistan al procedimiento de entrega y recepción de turno de UCI neonatal.
- Médico residente de turno: entregar/recibir la información del turno y completar el formulario de entrega de turno.
- Médico tratante diurno: asistir a la entrega de turno y aportar antecedentes de los pacientes a su cargo.

En página 4, ítem 7.1 comienza la descripción del proceso, se menciona algunos aspectos:
- La entrega de turno del médico residente se realizará diariamente, de lunes a domingo, a las 09:00 horas en la UCI unidad asistencial de neonatología; en horario a convenir si existen razones de fuerza mayor.
- Para la entrega de turno se beberá utilizar el formulario de registro de entrega de turno.
- Se realizará la entrega de turno paciente por paciente, identificados por su nombre.
- Si es necesario priorizar la entrega clínica del turno paciente por paciente, se utilizarán los siguientes criterios:

- Por categorización riesgo/dependencia.
- Inestabilidad hemodinámica
- Recién nacido que se encuentra esperando traslado.
- Control de exámenes
- Paciente con ventilación mecánica.

En página 5, ítem 7.2.3, se establece registros por escrito de entrega de turno, estipulando que los datos mínimos a registrar estarán dados por el formulario de registro de entrega de turno.
En página 8, se establece el "Formulario de registro de entrega de turno", el cual se consigna los siguientes datos:
1. Fecha
2. Médico que entrega.
3. Médico que recibe.
4. Tabla con 5 filas que contiene Nombre, fecha de nacimiento, peso actual y cuatro columnas que establece diagnóstico, alimentación, respiratorio, medicamentos, exámenes del turno, eventos del turno.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: Procedimiento sistema de turno de residencia médica neonatal, versión 0.0, de fecha de febrero 2014, elaborado por Dra. Ximena Sandoval, jefe uci neonatal y aprobado por Dr. Juan Mattatall, director hospital Regional.
   Se cumple el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Sistema de entrega de turno de médicos (5)		
Nombre del documento: PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE TURNO ASISTENCIAL MÉDICO DE TURNO EN LA UNIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA		
N° Resolución: 000030 01-04-2019	Versión: 01	Fecha: Abril 2019
Elaborado por: Enrique Castro, médico jefe de servicio ginecología y obstetricia Marly Maizares, matrona supervisora servicio de obstetricia y ginecología	Aprobado por: Ricardo Salazar, director hospital de Antofagasta.	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años.	N° páginas: 10
Datos mínimos a informar y registrar: SI		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En página 2, define responsables:
- Médico jefe de servicio: difusión del procedimiento y supervisión de su cumplimiento.
- Médico jefe de turno: entregar y recibir la información del turno.
- Médicos tratantes: entregar y recibir la información asistencial del turno.

En página 3, ítem 7.1 comienza la descripción del proceso, se nombra algunos puntos:
- Los cambios de turno de los médicos se realizarán diariamente, según horario de ingreso establecido a las 8:00 horas, de lunes a viernes (turnos de 24 horas) y a las 09:00 horas, los sábados domingos y festivos.
- Deberán estar presentes los profesionales médicos del turno que entrega y recibe.
- Implica una entrega verbal y por escrito.
- Para la entrega de turno se utilizará un formulario de entrega de turno médica.

En página 5, ítem 7.2.4, se establece los datos mínimos a registrar en hoja de entrega de turno:
1. N* de cama
2. Nombre paciente
3. Diagnóstico
4. Plan de manejo
5. Nombre y/o timbre y/o firma Medico entrante
6. Nombre y/o timbre y/o firma Medico saliente.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: Entrega de turno asistencial de médico de turno en la unidad de obstetricia y ginecología, versión 00, elaborado por Dr. Bolados Castillo, médico jefe de servicio obstetricia y ginecología, aprobado por Juan Pablo Mattatall, director hospital de Antofagasta.
   Se cumple el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Sistema de entrega de turno de médicos (6)		
Nombre del documento: PROCEDIMIENTO ENTREGA DE TURNO MÉDICO RESIDENTE DE ATENCIÓN CERRADA ADULTOS		
N° Resolución: 000026 18 de marzo 2019.	Versión: 00	Fecha: Febrero 2019
Elaborado por: Dr. Franklin Cobeña Pisco, jefe servicio de medicina interna	Aprobado por: Ricardo Salazar Cabrera, Director Hospital Antofagasta.	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años.	N° páginas: 10
Datos mínimos a informar y registrar: SI		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En su página 2, ítem 2 y 3 se consigan alcance y responsable:
- Jefatura de la unidad: conocer, aprobar y difundir el documento en el servicio médico quirúrgico adulto que cuentan con médico residente.
- Médico de turno saliente: informar la situación clínica del paciente al jefe de servicio y médico que lo releva de sus funciones.
- Médico de turno entrante: recibir y solicitar la información de la situación clínica de los pacientes.
- Médico de continuidad: responsable de la atención en jornada diurna en conjunto con el médico residente.

En página 5, ítem 5 se establece el procedimiento:
- El proceso se inicia según lo establecido en el servicio.

- Realice entrega verbal de cada paciente, resumiendo al residente entrante.

En página 5, se establece los contenidos mínimos a registrar:

1. Unidad, fecha y jornada laboral.
2. Nombre del paciente, N° de cama, Rut y/o ficha clínica, diagnóstico principal, problemas pendientes.
3. Nombre y/o timbre y/o firma de médico saliente.
4. Ingreso, egreso, fallecimiento.
5. Interconsultas realizadas y pendientes.
6. Traslado de pacientes a otros servicios y unidades.
7. Procedimiento:
8. Instalación de CVC.
9. Procedimientos quirúrgicos e invasivos.
10. Intubaciones.
11. Otras.

Observaciones:

1. El documento no cumple el período de retrospectividad para esta acreditación.

Sistema de entrega de turno de médicos (7)

Nombre del documento	PROCEDIMIENTO: ENTREGA DE TURNO ASISTENCIAL DE MÉDICOS DE TURNO EN EL SERVICIO DE URGENCIA	
N° Resolución: Memorándum 000035 02 mayo 2019	Versión: 01	Fecha: Mayo 2019
Elaborado por: Dr. Víctor Litardo. Medico jefe servicio urgencia HRA.	Aprobado por: Ricardo Salazar Cabrera, Director Hospital Antofagasta.	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años.	N° páginas: 7
Datos mínimos a informar y registrar: SI		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional.

En página 2, define responsabilidades:

- Médico Jefe de Servicio: Difusión del procedimiento y supervisión de su cumplimiento.
- Médico Jefe de Turno: Responsable de cumplir y hacer cumplir el procedimiento de entrega de turnos y recibir en conformidad la información administrativa y asistencial existente.
- Médicos tratantes: Encargados de entregar y recibir en conformidad la información asistencial del turno.

En página 3, ítem 7 comienza la descripción del proceso con consideraciones generales, las que destaca:

- Deberán estar presentes los profesionales médicos del turno entrante y saliente.
- Implica una entrega verbal y por escrito.
- Lo mínimo a entregar por información verbal serán las situaciones administrativas y/o conflictos de relevancia que ameriten toma de conocimiento de turno entrante y jefatura de la unidad.

En página 5 ítem 7.3, se describen los datos mínimos a registrar en formulario "Entrega de turno del paciente complejo unidad emergencia", los cuales son:

1. Numero de camilla en que se encuentra el paciente.
2. Nombre.
3. Fecha de ingreso.
4. Destino.
5. Diagnósticos.
6. Observaciones y pendientes del paciente.

Observaciones:

1. Se tienen a la vista versión anterior del documento: "Procedimiento entrega de turno asistencial de médicos de turno en el servicio de urgencia**"**. Versión 00, fecha aprobación junio 2014, elaborado por Dra. Gladys Núñez Venegas, médico jefe servicio de urgencia, aprobado por Dra. Juana Pérez; Directora (s) HRA.
   Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

- En el punto de verificación medicina el documento "PROCEDIMIENTO ENTREGA DE TURNO MÉDICO RESIDENTE DE ATENCIÓN CERRADA ADULTOS" , no cumple con el periodo de retrospectividad para este proceso de reacreditación.
- En el punto de verificación Pediatría, no presentan documento de la entrega de turno médica, referente indica que no dispone de dicho documento.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA

Dirección	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med	Ped.	NEO	Obstgine	URG
SI	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**NO**	**SI**	**SI**	**SI**

AOC 2.2 – Segundo, tercer y cuarto elemento medible: Se constatan registros de entrega de turnos de enfermeras, matronas y médicos.

Describe constatación de registros de entrega de turnos de enfermeras:

- **Periodo evaluado:** Para este proceso de reacreditación, aplica un periodo retrospectivo de 24 meses (característica incumplida en el primer proceso de acreditación) comprende los meses del 01 de mayo 2017 al 30 de junio 2019.
- **Selección de la muestra:** Selección aleatoria definida previamente por DT de la Entidad Acreditadora, usando Randomizer se selecciona el mes de enero 2019 las entrega de turnos nocturno de los siguientes días: 3,5,9,10,12,19,22, 24, 27 y 29.
- **Registros revisados:** Formulario de entrega/recepción de turno de enfermería.
- **Criterios evaluados:** Para efecto de constatación se utiliza las orientaciones técnicas de la IP N° 5, situación 4, trabajando con un "n" de 10, por lo tanto se valida el elemento medible con el cumplimiento mínimo de un 80% (8 registros de entrega de turno) en cada PV de acuerdo a protocolo local vigente en el periodo seleccionado.

De acuerdo a lo anterior, se constata el cumplimiento los siguientes criterios en el formulario de **entrega de turnos de enfermeras**, según punto de verificación:

CRITERIOS EVALUADOS (PROTOCOLO VIGENTE EN EL MES DE ENERO DE 2019)	**SERVICIO**
Nombre de la unidad asistencial	UPC adulto UPC Ped. Urgencias Medicina (MQs 1,2 3,4,5 y 6) Pediatría
Fecha	
Jornada de trabajo	
Número o letra de sala o cama o box	
Nombre del paciente	
Descripción breve de información relevante de la atención del paciente (por ejemplo, procedimientos, tratamientos y/o exámenes pendientes, vigilancia de elementos invasivos importantes, etc.)	
Nombre y/o timbre y/o firma de la enfermera entrante y de la enfermera saliente de turno	

Punto	Nombre del registro	Fechas constatadas	Cumple Registro
UPC Ad. 1	Formulario de entrega/recepción de turno de enfermería	3,5,9,10,12,19,22, 24, 27 y 29 de enero 2019	SI
UPC Ad. 2	Formulario de entrega/recepción de turno de enfermería	3, 5, 9,10, 12, 19, 22, 24, 27 y 29 de enero 2019	SI
UPC Ad. 3	Formulario de entrega/recepción de turno de enfermería	3,5,9,10,12,19,22, 24, 27 y 29 de enero 2019	SI
UPC Ped.	Formulario de entrega/recepción de turno de enfermería	5,3, 5, 9, 10, 12, 19, 22, 24, 27 y 29 de enero 2019	SI
UPC Neo	Formulario de entrega/recepción de turno de enfermería	3,5,9,10,12,19,22,24,27 y 29 de enero 2019.	NO
MQs 1	Formulario de Entrega/recepción de turno de Enfermería	3,5,9,10,12,19,22,24,27 y 29 de enero 2019.	SI
MQs 2	Formulario de Entrega/recepción de turno de Enfermería	3,5,9,10,12,19,22,24,27 y 29 de enero 2019.	SI
MQs 3	Formulario de Entrega/Recepción de turno de Enfermería	3,5,9,10,12,19,22,24,27 y 29 de enero 2019.	SI
MQs 4	Formulario de Entrega/Recepción de turno de Enfermería	3,5,9,10,12,19,22,24,27 y 29 de enero 2019.	SI
MQs 5	Formulario de entrega/recepción de turno de enfermería	3, 5, 9,10, 12, 19, 22, 24, 27 y 29 de enero 2019.	SI
MQs 6	Formulario de entrega/recepción de turno de enfermería	3, 5, 9,10, 12, 19, 22, 24, 27 y 29 de enero 2019.	SI
Ped.	Entrega de turno de Enfermería Servicio de Pediatría	5,3, 5, 9, 10, 12, 19, 22, 24, 27 y 29 de enero 2019	SI
Neo	Entrega de turno profesionales UPC Neonatal	5,3, 5, 9, 10, 12, 19, 22, 24, 27 y 29 de enero 2019	NO
URG	Formulario entrega/recepción de turno de enfermería	3, 5, 9, 10, 12, 19, 22, 24, 27 y 29 de enero 2019.	SI

Observaciones:

1. **UPC Neo:** El libro de entrega de turno profesionales UPC Neonatal, no contiene los contenidos mínimos del punto 3 y 5, descritos en el documento institucional, por lo mencionado no se da por cumplido elemento medible en este punto de verificación.
2. **Neo**, los datos mínimos solicitados en el documento no están contenidos en el libro de entrega de turno de la unidad evaluada, por lo mencionado no se da por cumplido elemento medible en este punto de verificación.

Describe constatación de registros de entrega de turnos de médicos:

- **Periodo evaluado:** para este proceso de reacreditación, aplica un periodo retrospectivo de 24 meses (característica incumplida en el primer proceso de acreditación) comprende los meses del 01 de mayo 2017 al 30 de junio 2019.
- **Selección de la muestra:** Selección aleatoria de un mes por randomización**,** enero 2019 en el turno nocturno de los días 3,5,9,10,12,19,22, 24, 27 y 29, definida previamente por la Entidad Acreditadora.
- **Registros revisados:** Registro de entrega de turno médica.
- **De la constatación:** Para efecto de constatación se utiliza las orientaciones técnicas de la IP N° 5, situación 4, trabajando con un "n" de 10, por lo tanto se valida el elemento medible con el cumplimiento mínimo de un 80% (8 registros de entrega de turno) en cada PV de acuerdo a protocolo local vigente en el periodo seleccionado.
  De acuerdo a lo anterior, se constata el cumplimiento los siguientes criterios en el formulario de **entrega de turnos de médicos**, según punto de verificación:

CRITERIOS EVALUADOS (PROTOCOLO VIGENTE EN EL MES DE ENERO DE 2019)	**SERVICIO**

1. Unidad, fecha, jornada laboral 2. N° de cama nombre de paciente 3. Diagnóstico principal 4. Problemas pendientes 5. Destino 6. Nombre y/o timbre y/o firma de medico saliente y médico entrante 7. Registro de actividades (Ingresos, Egresos, Fallecidos, Registro de número de interconsultas pendientes, pacientes pendientes y/o en tránsito en otros servicios y unidades, Otros) 8. Registro de procedimientos (Instalación de CVC, Línea arterial, Instalación orotraqueal, Pleurostomía, Punción lumbar, punción ascítica, Traqueotomía percutánea/FBC)	UPC Ad (UPC 1)
CRITERIOS EVALUADOS (PROTOCOLO VIGENTE EN EL MES DE ENERO DE 2019)	**SERVICIO**
1. Unidad, fecha, jornada laboral 2. Nombre del paciente, N° de cama, Rut y/o ficha clínica 3. Diagnóstico principal 4. Problemas pendientes 5. Destino 6. Nombre y/o timbre y/o firma del médico saliente y médico entrante	UPC Ad (UPC 2)
CRITERIOS EVALUADOS (PROTOCOLO VIGENTE EN EL MES DE ENERO DE 2019)	**SERVICIO**
1. Nombre y apellidos del paciente 2. Número de cama 3. Fecha de ingreso 4. Diagnóstico principal 5. Plan de manejo y actividades pendientes en relación al tratamiento, detallando además los cambios de los mismos llevados a cabo. 6. Nombre, 1 apellido y/o timbre del médico que recibe y que entrega turno 7. Fecha diaria	UPC Ad (UPC 3)
CRITERIOS EVALUADOS (PROTOCOLO VIGENTE EN EL MES DE ENERO DE 2019)	**SERVICIO**
1. Nombre del completo, servicio o unidad y estamento 2. Fecha 3. Integrantes del turno 4. Nº de partos fisiológicos y distócicos 5. Nº de partos por cesárea 6. Nº Pacientes ingresadas a Unidad de Paciente Crítico 7. Detalle de mal resultado perinatal 8. Detalle de situaciones administrativas y/o legales	Obst.gine
CRITERIOS EVALUADOS (PROTOCOLO VIGENTE EN EL MES DE ENERO DE 2019)	**SERVICIO**
1. Identificación del turno. 2. Horario del turno. 3. Identificación de los médicos que integran el turno (Nombre y/o firma y/o timbre) 4. Número de ingresos realizados por el turno. 5. Operaciones realizadas por el turno. 6. Pendientes. 7. Detalle de situaciones administrativas y/o legales relevantes.	Urgencias

Contenidos mínimos a constatar Pediatría: No existe documento institucional donde se describa el procedimiento ni los contenidos mínimos a constatar.
Contenidos mínimos a constatar NEO: No se consiga en el documento. Sólo se aplica a los pacientes de **UCI Neonatal**.
Contenidos mínimos a constatar MQs: No existe retrospectividad del documento institucional para ese periodo a constatar, donde se describa el procedimiento ni los contenidos mínimos a constatar, documento vigente desde febrero 2019.

Punto	Nombre del registro	Fechas constatadas	Cumple Registro
UPC Ad. 1	Hoja de entrega de turno digital	3,5,9,10,12,19,22, 24, 27 y 29 de enero 2019	SI
UPC Ad. 2	Entrega de turno UTI	3,5,9,10,12,19,22, 24, 27 y 29 de enero 2019	SI
UPC Ad. 3	Hoja de entrega de turno digital	3,5,9,10,12,19,22, 24, 27 y 29 de enero 2019	SI
UPC Ped.	Registro recepción turno residencia médicos UPC pediátrico.	3,5,9,10,12,19,22, 24, 27 y 29 de enero 2019	SI
UPC Neo	Formulario de entrega de turno médica no posee nombre	3,5,9,10,12,19,22, 24, 27 y 29 de enero 2019	NO
MQs 1-2-3-4-5-6	Entrega de turnos médicos residentes pacientes adultos.	No existe retrospectividad del documento	NO
Ped.	No describe documento de entrega de turno médico, la unidad lleva formulario de entrega de turno no descrita en un protocolo local.	NE	NO
NEO	Formulario de registro de entrega de turno	3,5,9,10,12,19,22, 24, 27 y 29 de enero 2019	NO
Obst.	Libro de entrega de turno médico.	3,5,9,10,12,19,22, 24, 27 y 29	NO

Gine		de enero 2019	
URG	Novedades médicos unidad de emergencia.	3, 5, 9, 10, 12, 19, 22, 24, 27 y 29 de enero 2019.	NO

Observaciones:

1. **UPC NEO:** Se constata que los fines de semana realizan una entrega de turno "resumida", en un registro que no se encuentra descrito en el protocolo local, el cual contiene:
   - Fecha
   - Médico que entrega
   - Médico que recibe
   - Números de pacientes por unidad: UCI, TIM, Mínimo.
   - Otros sectores: RNI, Pabellón, RN.
   - Y se debe registrar: número de pacientes por sector.
2. **MQs:** El documento vigente versión 00 es de febrero del 2019, por lo que no tiene retrospectividad, por lo mencionado no se da por cumplido elemento medible.
3. **NEO:** Se constata que las entregas de turnos corresponden sólo a pacientes UPC Neo, por lo mencionado no se da por cumplido elemento medible.
4. **Obst. Gine:** De los criterios de entrega de turno médico definidos por el prestador que no fueron encontrados en las entregas de turno constatadas corresponden a los números 1, 4, 5, 6, 7 y 8.
5. **URG:** Se constata, que entregas de turno realizadas por los profesionales médicos, no consignan los registros mínimos contenidos en el documento institucional, por lo mencionado no se da por cumplido elemento medible.

Describe constatación de registros de entrega de turnos de matronas:

- **Selección de la muestra:** para este proceso de reacreditación, aplica un periodo retrospectivo de 24 meses (característica incumplida en el primer proceso de acreditación) comprende los meses del 01 de mayo 2017 al 30 de junio 2019.
- **Registros revisados:** Libro de entrega de turno matronas.
- **Criterios evaluados:** Para efecto de constatación se utiliza las orientaciones técnicas de la IP N° 5, situación 4, trabajando con un "n" de 10, por lo tanto se valida el elemento medible con el cumplimiento mínimo de un 80% (8 registros de entrega de turno) en cada PV de acuerdo a protocolo local vigente en el periodo seleccionado.
  De acuerdo a lo anterior, se constata el cumplimiento los siguientes criterios en el formulario de **entrega de turnos de matronas**, según punto de verificación:

CRITERIOS EVALUADOS (PROTOCOLO VIGENTE EN EL MES DE ENERO DE 2019)	**SERVICIO**
1. Registro de fecha y hora 2. Registrar nombre de todo el personal que estuvo en turno 3. Se registrarán el nombre del paciente (nombre y 2 apellidos), diagnóstico. En el caso de usuarios con factores de riesgo, cuidados especiales, procedimientos pendientes o ingresos o traslados, según corresponda 4. Consignar las novedades en relación a equipamiento e insumos 5. Situaciones de gravedad o relevantes ocurridas en el turno 6. Nombre o firma del profesional responsable que registra la información y quien la recibe.	UPC neo Neo
CRITERIOS EVALUADOS (PROTOCOLO VIGENTE EN EL MES DE ENERO DE 2019)	**SERVICIO**
1. Registro de fecha y hora. 2. Nombre del personal que estuvo en turno. 3. Nombre de usuaria (nombre y dos apellidos) y diagnóstico, en los casos de usuarias con factores de riesgo, cuidados especiales, procedimientos y/o exámenes pendientes o que requieran mayor vigilancia 4. Disponibilidad de equipos médicos, monitor fetal, monitor de signos vitales, bombas de infusión, detector de latidos fetales, accucheck, y registro de estado de sello carro de RCP 5. Camas disponibles por sección 6. Situaciones o novedades relevantes 7. Nombre o firma del profesional responsable que registra la información y quien la recibe	Obst-Gine
CRITERIOS EVALUADOS (PROTOCOLO VIGENTE EN EL MES DE ENERO DE 2019)	**SERVICIO**
1. Fecha y hora. 2. Nombre y apellidos y diagnostico en observación o tratamiento 3. Indicaciones especiales o procedimientos pendientes según corresponda 4. Nombre y apellido del personal en turno 5. Nombre o firma del profesional responsable que registra la información y quien la recibe	Obst-Gine/Urg

Punto	Nombre del registro	Fechas constatadas	Cumple Registro
Obst-gine	Libro de entrega de turno matronas.	3, 5, 9, 10, 12, 19, 22, 24, 27 y 29 de enero 2019	NO
URG	Libro entrega de turno matrona	3, 5, 9, 10, 12, 19, 22, 24, 27 y 29 de enero 2019	SI

Observaciones:

1. **Obst-gine:** De los criterios de entrega de turno matrona definidos por el prestador que no fueron encontrados en las entregas de turno constatadas corresponden al criterio definido en el punto 3 (nombre y dos apellidos de la usuaria) y 4 (registro de estado de sello carro RCP).

CARACTERÍSTICA AOC 2.2 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med	Ped.	NEO	Obst gine	URG

Primer elemento medible	1	1	1	1	0	0	0	1	1
Segundo elemento medible		1	1	NA	1	1	NA	NA	1
Tercer elemento medible		NA	NA	0	NA	NA	0	0	0
Cuarto elemento medible		1	1	0	0	0	0	0	0
Umbral de la característica:≥ 75%		Puntaje total: 13/26		Porcentaje obtenido: 50%				**Cumple: NO**	

ÁMBITO COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

CARACTERÍSTICA RH 1.1 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

RH 1.1 – Primer al cuarto elemento medible: Se constata habilitación de médicos y cirujanos dentistas.

	Dirección o Gerencia			
Elemento Medible	N° Personal Prestador	N° Registros SIS	N° Certificados/Copias originales	N° No Cumplen
1° Médicos permanentes	294	294	0	0
2° Médicos transitorios	254	221	33	0
3° Cirujanos Dentistas permanentes	3	3	0	0
4° Cirujanos Dentistas transitorios	0	0	0	0

Descripción de los Hallazgos: (Justificar estamentos que no cumplen)

- Se tiene a la vista registro en planilla Excel, entregado por el prestador HRA, con la nómina de profesionales médicos y cirujanos dentistas de :

• Funcionarios médicos permanentes del periodo comprendido entre 01 septiembre de 2017 al 30 de mayo 2019
• Funcionarios médicos transitorios del periodo comprendido entre 01 junio 2018 al 30 mayo 2019.

- Los datos de la planilla Excel son ingresados al link de la página de la SIS para la consulta masiva, http://acreditacion.superdesalud.gob.cl/PrestadoresIndividuales/Consulta/ConsultaMasiva.aspx
- Se constata la siguiente información:

• Del total consultado, 33 profesionales médicos transitorios no cuentan con registro de inscripción en la SIS
• Prestador presenta resolución exenta N°710, fechada 15 de enero 2019, firmada por Don Ricardo Salazar Cabrera, Director Hospital Regional de Antofagasta, en la cual **dispone la renovación de los contratos** de 33 médicos con formación profesional en países extranjeros, para prestar servicios de medicina en el HRA.
• Como antecedente cada 6 meses se renuevan las resoluciones que autorizan la contratación de dichos médicos, se tienen a la vista las resoluciones anteriores que dan cuenta de la retrospectividad de lo estipulado en la resolución ya descrita.

Observaciones:
Con fecha 03 de enero 2019, SEREMI de Salud Antofagasta, según ordinario N°011, autoriza al Director del Hospital Regional a proceder con la renovación de los contratos de aquellos médicos que aún no tienen aprobado el EUNACOM.
Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a lo establecido en el compendio de circulares de la SIS, versión N°4 del 24 de noviembre del 2017, ámbito competencias del recurso humano, RH 1.1 todos los estándares número 62, ítem 3, describe que para la constatación de esta característica, se revisarán resoluciones de la SEREMI de salud respectiva, que autoriza el desempeño a profesionales que acrediten poseer un título profesional otorgado en el extranjero.

CARACTERÍSTICA RH 1.1 OBLIGATORIA /FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1	4° EM: 1
Umbral de la característica:≥ 75%	Puntaje total: 4/4	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**	

CARACTERÍSTICA RH 1.2 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

RH 1.2 – Primer al veintidós elemento medible: Se constata habilitación de los siguientes estamentos:

Punto de verificación Dirección o Gerencia				
Elemento Medible	N° Personal Prestador	N° Registros SIS	N° Certificados Copias originales	N° No Cumplen
1° Enfermeras permanentes	390	390	0	0
2° Enfermeras transitorias	301	301	0	0
3° Matronas permanentes	125	125	0	0
4° Matronas transitorias	107	107	0	0
5° Tecnólogos Médicos permanentes	99	99	0	0
6° Tecnólogos Médicos transitorios	29	29	0	0
7° Kinesiólogos permanentes	63	63	0	0
8° Kinesiólogos transitorios	27	27	0	0
9° Sicólogos permanentes	29	29	0	0
10° Sicólogos transitorios	11	11	0	0
11° Terapeutas Ocupacionales permanentes	6	6	0	0
12° Terapeutas Ocupacionales transitorios	4	4	0	0
13° Nutricionistas permanentes	19	19	0	0
14° Nutricionistas transitorias	9	9	0	0
15° Fonoaudiólogos permanentes	4	4	0	0
16° Fonoaudiólogos transitorios	0	0	0	0
17° Químico Farmacéuticos permanentes	24	24	0	0
18° Químico Farmacéuticos transitorios	4	4	0	0

19° Bioquímicos permanentes	2	2	0	0
20° Bioquímicos transitorios	0	0	0	0
21° Técnicos Paramédicos permanentes	933	930	3	0
22° Técnicos Paramédicos transitorios	951	943	8	0

Descripción de los Hallazgos: (Justificar estamentos que no cumplen)

- Se tiene a la vista registro en Excel, con nómina de funcionarios:
  - Permanentes del periodo comprendido entre 01 de junio 2016 al 30 de mayo 2019
  - Transitorios del periodo comprendido entre 01 de junio 2018 al 30 de mayo 2019.
- Los datos son contrastados con la información obtenida, al realizar carga masiva de prestadores individuales en plataforma de la SIS.
- Se constata la siguiente información:
  - 2 enfermeras (permanente y transitoria) no cuenta con registro de inscripción en la SIS, se solicita al prestador certificado que acredite la profesión registrada para las Enfermeras, presentando certificado de inscripción N° 206451, emitido con fecha 01 de noviembre 2018 y certificado de inscripción N° 206368, emitido con fecha 22 de febrero de 2013. Funcionarias fallecidos sacadas de la carga masiva.
- 11 TENS (permanentes y transitorias), no cuentan con registro de inscripción en la SIS, prestador presenta la siguiente documentación:
  - Se tienen a la vista 11 certificados de títulos emitidos por la secretaria ministerial de educación de la región de Antofagasta, timbrada ante notario los cuales son copia fiel del original.
  - Se tienen a la vista 4 certificados de inscripción en la SIS Nº176305 fechada 18 de julio del 2012, Nº181881 fechada 11 de septiembre del 2012, Nº311672 fechada 24 de febrero del 2015 y la Nº379171 fechada 21 de agosto del 2015. Funcionarios fallecidos sacados de la carga masiva.

Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a lo establecido en el compendio de circulares de la SIS, versión N° 4 del 24 de noviembre del 2017, ámbito competencias del recurso humano, RH 1.2 todos los estándares número 63 (página 41).

CARACTERÍSTICA RH 1.2 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado por cada elemento medible (1 – 0 – NA)																				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°	19°	20°	21°	22°
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	1	1

Umbral de la característica: ≥ 90%	Puntaje total: 20/20	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA RH 1.3 /HALLAZGOS

RH 1.3 Primer y Segundo elemento medible: Certificados de especialidad médica y odontológica emitidos por entidad competente de acuerdo a la legislación vigente.

Dirección o Gerencia			
Elemento Medible	N° Total Especialistas	N° Especialistas con Registro SIS	N° Especialistas sin Registro SIS
1° Médicos especialistas	313	278	35
2° Odontólogos especialistas	3	3	0

Identificación de especialistas sin registro en la SIS:

- Se tiene a la vista registro con nómina de especialistas médicos y odontológos, del periodo retrospectivo comprendido entre 01 de junio 2016 al 31 de mayo 2019.
- Los datos son contrastados con la información obtenida, al realizar carga masiva de prestadores individuales en plataforma de la SIS, constatándose la siguiente información:

• 35 médicos todos ellos extranjeros, no cuentan con registro de inscripción en SIS en cuanto a su especialidad.

Observaciones:
No se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a lo establecido en el compendio de circulares de la SIS, versión N° 4 del 24 de noviembre del 2017, ámbito competencias del recurso humano, RH 1.3 todos los estándares número 63 (página 73), que instruye a las entidades acreditadoras, que solo se podrá constatar la certificación de las especialidades de los médicos y odontólogos, verificando la inscripción de la especialidad en el Registro nacional de Prestadores Individuales.

CARACTERÍSTICA RH 1.3 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 0	2°EM: 1
Umbral de la característica:≥ 50%	Puntaje total: 1/2	Porcentaje obtenido: 50%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA RH 2.1 / HALLAZGOS

RH 2.1 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el programa de inducción, que incluye temas generales relacionados con la seguridad de los pacientes.

Dirección o Gerencia		
Nombre del documento: PROGRAMA DE INDUCCIÓN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.		
N° Resolución: Memorándum 000028. 5 abril 2018.	Versión: 03	Fecha: Abril 2018
Elaborado por: Natalia Morales Cortes. Departamento de Reclutamiento y Selección de Personas.	Aprobado por: Francisco Bueno Natusch. Director (s) Hospital Regional Antofagasta.	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: Abril 2021	N° páginas: 19
Breve descripción del contenido del documento: (Temas incluidos en el programa) se tiene a la vista documento de carácter		

institucional.
En la página 3, ítems 1 y 2, se describe objetivo y alcance.
Objetivos: facilitar a integración, inserción y socialización de carácter obligatorio de los funcionarios que ingresan por primera vez a la organización, incentivando su compromiso con la calidad y seguridad de los pacientes, las políticas y los objetivos institucionales del hospital regional de Antofagasta y su red.
Alcance: será aplicable a las personas que ingresan por primera vez a la organización, en una jornada de 44 horas, independiente de su estamento, calidad jurídica, nivel jerárquico y experiencia previa en el sector público o privado y que de acuerdo al estatuto administrativo, Art 3°, están señalados en la definición de cargo público.

En las páginas 7 a 11, ítem 8, se registra la descripción del proceso:

Responsabilidades	Actividades	Registros asociados
Jefe departamento de reclutamiento y selección de personas.	- Obtiene nómina de personas que ingresan a la organización y que les corresponde inducción. - Se realiza firma de consentimiento informado sobre obligaciones y derechos del funcionario y compromiso de asistencia a jornada de inducción. - Envío de correo electrónico a las jefaturas de las unidades, realizando la convocatoria de los citados a la inducción. - Se llama por vía telefónica a unidad y/o funcionario convocado. - Revisa firma de asistencia de los participantes y entrega de carpeta con material informativo. - Presentación de los expositores de cada área y se explica de manera general como se desarrollará la jornada de inducción. - Presentación general HRA (se expone video con la historia del hospital, visión, misión, valores, organigrama, objetivos e identificación de directivos. - Se da a conocer normativa consejo para la transparencia ley 20.285, 20.880 y 19.913)	Nómina de personas que ingresan por primera vez al hospital y a la administración pública. Correo electrónico de citación. Registro de asistencia de los participantes. Fotografía del proceso de inducción.
Encargada área de prevención de riesgos.	- Expone la misión, visión, planes y programas del departamento de prevención de riesgos. - Se muestran videos relacionados con la ley 19.774 y su procedimiento, autocuidado, plan de emergencia y evacuación	
Encargada unidad de calidad y seguridad del paciente (UCSP).	- Expone temas relacionados con la política de calidad, historia, áreas de intervención, autorización sanitaria, acreditación, procesos clínicos y proceso de reporte de eventos adversos.	
Profesionales de IAAS	Se incluye información sobre: - Objetivos, metas y actividades del programa local. - Normativa que debe cumplirse. - Implementación de medidas de prevención generales como: equipos de protección personal, precaución de exposición a cortopunzantes, manejo de exposición a sangre o fluidos corporales y agentes infecciosos.	
Jefe departamento de reclutamiento y selección de personas. Jefa administración de personal. Jefe departamento de capacitación. Jefe departamento de remuneraciones.	Se incluye información sobre: - Proceso de reclutamiento y selección de manera de promover la postulación a cargos en los nuevos funcionarios. - Normativa legal. - Deberes y derechos de los funcionarios. - Permisos administrativos y feriados legales. - Contratos, anotaciones, descanso complementario. - Oferta de capacitación y forma de postulación a cursos. - Fechas de pago.	
Jefe de calidad de vida laboral.	Incluye información sobre: - Salud funcionaria. - Cuidados infantiles. - Ausentismo. - Bienestar y buen trato laboral. - Se expone video sobre protección a la maternidad.	

	- Procedimiento denuncia acoso laboral y sexual. - Maltrato y discriminación arbitraria.	
Secretaria comité de ética asistencial	Incluye información sobre: - Formas de presentar un caso de análisis ético.	
Jefe departamento de reclutamiento y selección de personas.	- Evaluación de la jornada. - Aplicación de encuesta de satisfacción usuaria y evaluación de contenidos. - Se entrega a los participantes evaluación de actividades y contenidos de los temas abordados.	Evaluación de contenidos. Encuesta de satisfacción usuaria.

En la página 12, ítem 8.3, se describe la metodología:
- Jornada de 6 a 7 horas, divididos en dos bloques.
- Entrega de trípticos o documentación complementaria como refuerzo de inducción.

En la página 13, ítem 8.4, se describe el cronograma:
- Las jornadas se realizan una vez al mes, dependiendo de la cantidad de funcionarios ingresados. Se considera un mínimo de 40 ingresos.
- La planificación de las jornadas es entre los meses de marzo a noviembre del año en curso, durante la tercera y cuarta semana del mes.
- La realización de la jornada está sujeta a la cantidad de ingresos y disponibilidad de sala, no cumplirse ambas la jornada se aplaza al mes siguiente.

Observaciones:
Se tienen a la vista versión anterior del documento:
1. El Programa de inducción presentado por el prestador, hace referencia en su página 13 a que éste se ejecuta considerando un mínimo de 40 ingresos, se consulta al referente respecto de lo descrito, quien señala que es efectivo y debe haber un número mínimo para dar inicio y ejecución a dicha inducción. Lo anterior no asegura una fecha de ejecución de la inducción de acuerdo a la fecha de ingreso. En la definición de Programa de inducción contenida en el Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores institucionales de Atención Cerrada, describe lo siguiente: "documento oficial del prestador, emanado de la jefatura que corresponda, que establece el conjunto de actividades planificadas y organizadas por el prestador que deben ejecutar los trabajadores y/o miembros el equipo de salud al **ingreso** a la institución".
2. "Programa de inducción hospital clínico regional de Antofagasta". Versión 02, fecha aprobación marzo 2015, elaborado por Romina Adaos Orrego, encargada unidad de desarrollo organizacional, aprobado por Francisco Bueno, Director HRA. Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Por lo mencionado en el punto 1, no se da por cumplido el elemento medible.

RH 2.1 – Segundo elemento medible: Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de inducción definido institucionalmente en al menos el 85% de los funcionarios que ingresaron a la institución en el último año.

Dirección o Gerencia				
Periodo evaluado	N° funcionarios ingresados el último año	N° ingresos con inducción	% Cumplimiento del programa	Documentos revisados
Junio 2018 a Mayo 2019	119	84	70.58%	- Resultado programa inducción 2018 HRA. - Registro de asistencia actividad inducción institucional nuevos funcionarios.

Observaciones:
- **El periodo retrospectivo** a evaluar para esta característica es de 1 año, comprendido entre 01 de junio 2018 al 30 de mayo 2019.
- **Registros revisados:**

- Resultado programa de inducción 2018 HRA (de enero a diciembre 2018), el cual consigna: versión, fecha elaboración, quien elabora el documento, quien aprueba, introducción, resultado y comentario de los resultados.
- Registro de asistencia a la actividad de inducción, el cual destaca: nombre de la actividad (Inducción institucional nuevos funcionarios), objetivo, fecha, hora de inicio y de termino, lugar, nombre y apellido, estamento, unidad y firma.
- Listado de RR.HH con el total de funcionarios ingresados en el periodo a evaluar, en el cual se incluyen personal permanente y transitorio, de los distintos estamentos clínicos.

- **De la constatación:** para constatar el cumplimiento del programa de inducción, se revisa el listado declarado por el prestador, total de funcionarios ingresados en el periodo comprendido entre 01 de junio 2018 al 30 de mayo 2019 y lista de asistencias a la actividad de inducción.
- **Resultado de la constatación:**
  Del total de funcionarios ingresados 119, 84 poseen inducción, las fechas de ingreso a la institución con la ejecución efectiva de la inducción por parte del personal, están desfasadas hasta en 139 días, a modo de ejemplo:

RUT funcionario	Fecha ingreso	Fecha inducción	Tiempo transcurrido entre el ingreso y la ejecución de la inducción
18.353.XXX-X	23-07-2018	07-09-2018	46 días
19.255.XXX-X	15-05-2018	07-09-2018	112 días
18.370.XXX-X	04-06-2018	07-09-2018	93 días
15.710.XXX-X	18-05-2018	06-09-2018	108 días

17.831.XXX-X	05-07-2018	25-09-2018	80 días
18.400.XXX-X	20-06-2018	09-11-2018	139 días
16.723.XXX-X	02-04-2019	Sin registro	No hay fecha
15.380.XXX-X	01-01-2019	Sin registro	No hay fecha
25.971.XXX-X	01-03-2019	Sin registro	No hay fecha
19.047.XXX-X	03-05-2019	Sin registro	No hay fecha

- **Se constata:**

1. Prestador realiza evaluación del programa de inducción en forma anual (de enero 2018 a diciembre 2018), no considerando a los funcionarios ingresados de enero 2019 a mayo 2019.
2. Se revisan listados entregados por recursos humanos, de los profesionales médicos y no médicos ingresados durante el periodo retrospectivo a evaluar (01 de junio 2018 al 30 de mayo 2019), constatándose una diferencia en lo reportado por el prestador y lo evaluado por la entidad.
3. Los documentos presentados por el prestador no dan cuenta de la realización de la inducción, al personal que ingreso durante enero a mayo del 2019; la entrevistada refiere que la causa de esto es que "durante el año 2019, no se ha alcanzado el número mínimo para realizarla (40 funcionarios)".
4. Del total de ingresos del período evaluado un 70,58% recibió la inducción, el porcentaje exigido en el elemento medible es de un 85%.
5. De los listados de los funcionarios tenidos a la vista en relación a la fecha de ejecución de la inducción se constata: diferencia de hasta 5 meses entre la fecha de ingreso y la fecha de ejecución de la inducción del personal.

Por lo expuesto en los puntos 1, 3, 4 y 5, no se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA RH 2.1 /FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA RH 2.2 /HALLAZGOS

RH 2.2 – Primer elemento medible: Se describe en un documento el programa de orientación que enfatiza en temas relacionados con la seguridad de la atención. El programa considera al menos: médicos, matronas, enfermeras y técnicos paramédicos.

PQ 1				
Nombre del documento: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN LABORAL DEL PERSONAL QUE INGRESA A TRABAJAR EN PABELLÓN CENTRAL				
Fecha elab: Diciembre 2016	Fecha vigencia: 5 años		Versión: 01	N° páginas: 9
Elaborado por: Claudia Castañeda Enfermera encargada calidad pabellón central.		Aprobado por: Marisel Pérez. Enfermera Supervisora Pabellón Central.		
Considera (SI/NO)	1. Médicos: SI	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: NA	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento: (Temas incluidos en el programa)
En el documento tenido a la vista destacan los siguientes contenidos:

- En página 2, ítem 2 alcance, señala que el programa está dirigido a todos los funcionarios que ingresan por primera vez a la unidad y que realizan labores de atención directa de pacientes (médicos, enfermeras/os, técnicos paramédicos y auxiliares), en calidad de cargos vacantes, suplencia, inducciones y/o estadías de formación.
- En página 3, ítem 4, descripción del proceso, indica lo siguiente:
  El programa de orientación inicia el primer día de trabajo del funcionario.
  Duración orientación: 1 semana, duración condicionada por la necesidad del servicio.
  Luego de finalizada la orientación se debe aplicar pauta de evaluación al funcionario (pauta de evaluación por estamentos)
- En página 4 a la 6, ítem 5, actividades, se describe en una tabla los aspectos principales a desarrollar en la orientación:

Presentación de la unidad al nuevo funcionario	- Presentación formal con jefaturas médicas y de enfermería. - Mostrar planta física. - Entregar información sobre la unidad (misión objetivos, estructura organizacional, etc.) - Informar horarios de jornada laboral. - Presentar al trabajador con sus compañeros y entorno inmediato
Información propia al trabajador	- Informar sistema de registro asistencia, responsabilidades funciones y recursos materiales. - Informar sus responsabilidades, funciones y recursos materiales.
Seguridad del personal	- Plan de evacuación. - Manejo de la exposición ocupacional a sangre o fluidos corporales de riesgo.

Seguridad del paciente	Documentos según corresponda a estamento: - Procedimientos de atención de enfermería. - Procedimientos de medidas preventivas de eventos. - Normas de infección asociada a la atención de salud. - Procedimiento de alerta y organización de la atención en situación de riesgo vital. - Procedimientos de registros clínicos. - Manual toma de muestra. - Almacenamiento de material estéril. - Procedimientos de prácticas clínicas médicas. - Normas de infección asociadas a la atención de salud. - Procedimientos de registros clínicos según responsabilidad. - Procedimientos de farmacia clínica. - Procedimiento de solicitud e indicaciones de exámenes imagenológicos. - Comité de ética e investigación en seres humanos.
Funcionamiento de la unidad asistencial	- Dar a conocer documentación de registros clínicos asociados a la atención. - Explicar sistema de entrega de turno. - Identificación y funcionamiento de equipos de la unidad, - Explicar y demostrar sistemas informáticos de apoyo (según estamento)

- En página 7 a la 9, ítem **anexos**, indica lo siguiente:
  Anexo 1: Pautas de ingreso de funcionarios nuevos a pabellón central.
  Anexo 2: Formulario de registro de funcionarios orientados en pabellón central.

Observaciones:

1. El documento no describe las actividades y los contenidos por estamento a orientar, es genérico para todo personal que ingresa al servicio de pabellón central.

Se tiene a la vista

2. "Programa de orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en pabellón central" versión 00 fecha elaboración noviembre 2013, elaborado por Karen Fernández enfermera supervisora pabellón central aprobado por Dr Lusi Molina Jefe pabellón central.
   Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

PQ 2

Nombre del documento: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN LABORAL DEL PERSONAL QUE INGRESA A TRABAJAR EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA AMBULATORIA (MAYOR Y MENOR)

Fecha elab: Septiembre 2018	Fecha vigencia: Septiembre 2022	Versión: 0	N° páginas: 9
Elaborado por: Noemi Vega Torres y Solange Torrico Pintado Enfermeras UCMA		Aprobado por: Natalia Núñez Reyes Enfermera supervisora UCMA	

Considera (SI/NO)	1. Médicos: SI	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: NA	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento (Temas incluidos en el programa)

En páginas 2 describe que el programa de orientación está dirigido a todos los funcionarios que ingresan por primera vez a la unidad y que realizan labores de atención directa de pacientes, especialmente para médicos, enfermeras (os) técnicos paramédicos y auxiliares, en calidad de cargos vacantes, suplencia, inducciones y/o estadías de formación.

Responsabilidad:

- Médico Jefe Unidad es responsable de: Conocer el programa de orientación del personal que ingresa por primera vez a la Unidad.
- Cumplir con lo estipulado en el programa de orientación en lo referido a estamento médico en cuanto a contenidos, supervisiones, evaluaciones y de mantener registro del personal orientado.
- Enfermero (a) supervisor (a) es responsable de: Velar por el cumplimiento del programa de orientación al personal de enfermería, técnico paramédico y auxiliar que ingresa por primera vez a la unidad, supervisar la correcta aplicación, evaluación y mantener registro anual del personal que se le ha aplicado el programa. Informar en forma oportuna a médico jefe cualquier irregularidad ocurrida durante el periodo de orientación que ponga en riesgo la seguridad del paciente.
- Enfermeros (as) Clínicos (as) y Técnicos paramédicos son los responsables de conocer el programa de orientación del personal que ingresa a la Unidad.

Descripción del Proceso (página 3, ítem 4)

- El programa de orientación inicia el primer día de trabajo del funcionario que ingresa por primera vez a la unidad y del resultado de esta depende su permanencia en la unidad.
- Duración de la orientación: 1 semana (Nota: El tiempo de duración de la orientación, estará sujeto a la necesidad del servicio, en la cual ingresará como funcionario asistencial, completando su periodo bajo supervisión de quien determine la jefatura de unidad).
- Una vez finalizado el tiempo de orientación, aplicar pauta de evaluación al funcionario.

Evaluación:

- Del funcionario: Realizar evaluación a través de Pauta de evaluación según los diferentes estamentos al finalizar el periodo de orientación.
- Del programa: Se evaluará el programa en forma anual.
- Meta: Aplicar programa de orientación al menos al 85% del personal que ingresa por primera vez a la unidad.

Actividades:

Entre las principales actividades del programa de orientación que se desarrollarán en la Unidad, se detallan a continuación:
Presentación de la Unidad al nuevo funcionario:
- Presentación formal con jefaturas médicas y de Enfermería según Unidad asignada.
- Mostrar las distintas dependencias del lugar (planta física)
- Entregar información sobre la Unidad donde se va a desempeñar (Misión, objetivos, estructura organizacional de la unidad, etc.).
- Informar y reforzar horarios de jomada laboral, así como horario de colación.
- Presentar al nuevo trabajador con sus compañeros de trabajo y con su entorno más inmediato.

Temas incluidos en el programa:
Seguridad del personal:
- Plan de evacuación
- Manejo de la exposición ocupacional a sangre o fluidos corporales de riesgo.

Seguridad del paciente: Documentos según corresponda a estamento:
1. Procedimientos de atención de enfermería.
2. Procedimientos de medidas preventivas de eventos.
3. Normas de infección asociadas a la atención de salud.
4. Procedimiento de alerta y organización de la atención en situaciones de riesgo vital.
5. Procedimientos de registros clínicos.
6. Manual toma muestra
7. Almacenamiento material estéril
8. Procedimientos de prácticas clínicas médicas.
9. Normas de infección asociadas a la atención de salud
10. Procedimientos de registros clínicos según responsabilidad.
11. Procedimientos de farmacia clínica.
12. Procedimiento solicitud e indicaciones de exámenes imagenológicos.
13. Comité de ética e investigación en seres humanos (exclusivo profesional médico).

Funcionamiento de la Unidad Asistencial:
- Dar a conocer documentación de registros clínicos asociados a la atención, utilizados en la Unidad según corresponda a cada estamento (ficha clínica, recetas, hojas de registro de enfermería, epicrisis, interconsultas, consentimiento informado, etc.).
- Explicar sistema de entrega de turno según estamento a que pertenezca el nuevo trabajador.
- Identificación y funcionamiento de equipos de la Unidad, para quehacer de cada estamento.
- Explicar y demostrar sistemas informáticos de apoyo al quehacer clínico y administrativo (según estamento al cual pertenece el nuevo funcionario).

Observaciones:
1. El documento no describe las actividades y los contenidos por estamento a orientar, es genérico para todo personal que ingresa al servicio de pabellón CMA.
2. El pabellón inicia su funcionamiento desde septiembre 2018.

Se da por cumplido el elemento medible.

PQ 3

Nombre del documento: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN LABORAL DEL PERSONAL QUE INGRESA A TRABAJAR EN PABELLÓN CARDIOVASCULAR			
Fecha elab: Abril 2016	Fecha vigencia: Abril 2020	Versión: 01	N° páginas: 9
Elaborado por: Raúl Contreras Enfermero supervisor pabellón cardiovascular		Aprobado por: Dr. Javier Labbe. Jefe pabellón cardiovascular	
Considera (SI/NO)	1. Médicos: SI	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: NA	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento (Temas incluidos en el programa)
En páginas 2 y 3, se establece el alcance y los responsables
Alcance: el programa de orientación está dirigido a lodos los funcionarios que ingresan por primera vez a la unidad y que realizan labores de atención directa de pacientes, especialmente para médicos, enfermeras (os) técnicos paramédicos y auxiliares, en calidad de cargos vacantes, suplencia, inducciones y/o estadías de formación.
En la página 3, Ítem 3, describe las responsabilidades según se indica a continuación:
- Médico Jefe Unidad es responsable de: Conocer el programa de orientación del personal que ingresa por primera vez a la Unidad. Cumplir con lo estipulado en el programa de orientación en lo referido a estamento médico en cuanto a contenidos, supervisiones, evaluaciones y de mantener registro del personal orientado.
- Enfermero (a) supervisor (a) es responsable de: Velar por el cumplimiento del programa de orientación al personal de enfermería, técnico paramédico y auxiliar que ingresa por primera vez a la unidad, supervisar la correcta aplicación, evaluación y mantener registro anual del personal que se le ha aplicado el programa. Informar en forma oportuna a médico jefe cualquier irregularidad ocurrida durante el periodo de orientación que ponga en riesgo la seguridad del paciente.
- Enfermeros (as) Clínicos (as) y Técnicos paramédicos son los responsables de conocer el programa de orientación del personal que ingresa a la Unidad.

Descripción del Proceso (página 3, ítem 4)
- El programa de orientación inicia el primer día de trabajo del funcionario que ingresa por primera vez a la unidad y del resultado de esta depende su permanencia en la unidad.
- Duración de la orientación: 1 semana (Nota: El tiempo de duración de la orientación, estará sujeto a la necesidad del servicio, en la cual ingresará como funcionario asistencial, completando su periodo bajo supervisión de quien determine la jefatura de unidad).
- Una vez finalizado el tiempo de orientación, aplicar pauta de evaluación al funcionario.

Evaluación:
Del funcionario: Realizar evaluación a través de pauta de evaluación según los diferentes estamentos al finalizar el periodo de orientación.
Del programa: Se evaluará el programa en forma anual.
Meta: Aplicar programa de orientación al menos al 85% del personal que ingresa por primera vez a la unidad.

Actividades:
Entre las principales actividades del programa de orientación que se desarrollarán en la Unidad, se detallan a continuación:
Presentación de la Unidad al nuevo funcionario:
- Presentación formal con jefaturas
- médicas y de Enfermería según Unidad asignada.
- Mostrar las distintas dependencias del lugar (planta física)
- Entregar información sobre la Unidad donde se va a desempeñar (Misión, objetivos, estructura organizacional de la unidad, etc.).
- Informar y reforzar horarios de jomada laboral, así como horario de colación.
- Presentar al nuevo trabajador con sus compañeros de trabajo y con su entorno más inmediato.

Temas incluidos en el programa:
Seguridad del personal:
- Plan de evacuación
- Manejo de la exposición ocupacional a sangre o fluidos corporales de riesgo.

Seguridad del paciente Documentos según corresponda a estamento:
- Procedimientos de atención de enfermería.
- Procedimientos de medidas preventivas de eventos.
- Normas de infección asociadas a la atención de salud.
- Procedimiento de alerta y organización de la atención en situaciones de riesgo vital
- Procedimientos de registros clínicos.
- Manual toma muestra
- Almacenamiento material estéril
- Procedimientos de prácticas clínicas médicas.
- Normas de infección asociadas a la atención de salud
- Procedimientos de registros clínicos según responsabilidad.
- Procedimientos de farmacia clínica.
- Procedimiento solicitud e indicaciones de exámenes imagenológicos.

Comité de ética e investigación en seres humanos (exclusivo profesional médico).

Observaciones:
1. El documento no describe las actividades y los contenidos por estamento a orientar, es genérico para todo personal que ingresa al servicio de pabellón cardiovascular.
   Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ad. 1				
Nombre del documento: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN LABORAL DEL PERSONAL QUE INGRESA A TRABAJAR EN LA UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS ADULTO				
Fecha elab: Abril 2016	Fecha vigencia: 5 años		Versión:03	N° páginas:10
Elaborado por: Rossana Pacheco. Enfermera UCI Adulto		Aprobado por: Tirsa González A. Enfermera Supervisora		
Considera (SI/NO)	1. Médicos: SI	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: NA	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento: (Temas incluidos en el programa)
En el documento tenido a la vista destacan los siguientes contenidos:
- En página 2, ítem 2 **alcance**, señala que el programa está dirigido a todos los funcionarios que ingresan por primera vez a la unidad y que realizan labores de atención directa de pacientes. (médicos, enfermeras/os, técnicos paramédicos y auxiliares), en calidad de cargos vacantes, suplencia, inducciones y/o estadías de formación.
- En página 4, ítem 4, **descripción del proceso**, indica lo siguiente:
  El programa de orientación inicia el primer día de trabajo de trabajo del funcionario y se extiende a un periodo que puede ir desde una semana a tres meses. Dependiendo del estamento al que corresponda.
  Duración orientación: 1 semana, sujeto a la necesidad del servicio.
  Luego de finalizada la orientación se debe aplicar pauta de evaluación al funcionario. (Pauta de evaluación por estamentos)
- En página 4 a la 6, ítem 5, **actividades**, se describe en una tabla los aspectos principales a desarrollar en la orientación:

Presentación de la unidad al nuevo funcionario	- Presentación formal con jefaturas médicas y de enfermería, según unidad asignada. - Mostrar planta física. - Entregar información sobre la unidad (misión objetivos, estructura organizacional, etc.) - Informar horarios de jornada laboral. - Presentar al trabajador con sus compañeros y entorno inmediato.
Información propia al trabajador	- Informar sistema de registro asistencia, responsabilidades funciones y recursos materiales.
Seguridad del personal	- Plan de evacuación. - Manejo de la exposición ocupacional a sangre o fluidos corporales de riesgo.

Seguridad del paciente	Documentos según corresponda a estamento: - Procedimientos de atención de enfermería. - Procedimientos de medidas preventivas de eventos. - Normas de infección asociada a la atención de salud. - Procedimiento de alerta y organización de la atención en situación de riesgo vital. - Procedimientos de registros clínicos. - Manual toma de muestra. - Almacenamiento de material estéril. - Procedimientos de prácticas clínicas médicas. - Normas de infección asociadas a la atención de salud. - Procedimientos de registros clínicos según responsabilidad. - Procedimientos de farmacia clínica. - Procedimiento de solicitud e indicaciones de exámenes imagenológicos. - Comité de ética e investigación en seres humanos.
Funcionamiento de la unidad asistencial	- Dar a conocer documentación de registros clínicos asociados a la atención. - Explicar sistema de entrega de turno. - Identificación y funcionamiento de equipos de la unidad, - Explicar y demostrar sistemas informáticos de apoyo (según estamento)

- En página 7 a la 10, ítem **anexos**, indica lo siguiente:
  Anexo 1: Pautas de ingreso de funcionarios nuevos a pabellón central.
  Anexo 2: Formulario de registro de funcionarios orientados en pabellón central

Observaciones:
1. El documento no describe las actividades y los contenidos por estamento a orientar, es genérico para todo personal que ingresa al servicio de UPC Adulto.
   Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ad. 2

Nombre del documento: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN LABORAL DEL PERSONAL QUE INGRESA A TRABAJAR EN LA UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS ADULTO

Fecha elab: Abril 2016	Fecha vigencia: 5 años	Versión: 03	N° páginas: 10
Elaborado por: Rossana Pacheco, enfermera supervisora (S) UCI adulto		Aprobado por: Tirsa González A., enfermera supervisora UCI adultos	

Considera (SI/NO)	1. Médicos: SI	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: NA	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento: (Temas incluidos en el programa)
Se tiene a la vista documento en el que destaca:
En página 2, ítem 2, alcance: este programa de orientación está dirigido a todos los funcionarios que ingresan por primera vez a la unidad y que realizan labores de atención directa de pacientes, especialmente para médicos, enfermeras (os) técnicos paramédicos y auxiliares, en calidad de cargos vacantes, suplencia, inducciones y/o estadías de formación.
En páginas 2 a 4, ítem 3, **responsabilidad,** donde destaca:
- Médico jefe unidad: Conocer el programa de orientación del personal que ingresa por primera vez a la Unidad. Cumplir con lo estipulado en el programa de orientación en lo referido a estamento médico.
- Enfermero (a) supervisor (a): velar por el cumplimiento del programa de orientación al personal de enfermería, técnico paramédico y auxiliar que ingresa por primera vez a la unidad, supervisar la correcta aplicación, evaluación y mantener registro anual del personal que se le ha aplicado el programa.
- Enfermeros (as) clínicos (as): conocer programa de orientación, ser guía y orientadores en el proceso de adaptación en la unidad del personal de enfermería que ingresa. Responsable durante su turno de la supervisión directa, desarrollo y evolución del personal de enfermería que se está orientando. (enfermeras, técnicos paramédicos, auxiliares).
- Enfermero(a) diurno(a): conocer programa de orientación, ser guía y orientadores en el proceso de adaptación en la unidad del personal de enfermería que ingresa a la unidad. Responsable de la orientación, aprendizaje, desarrollo de habilidades y adquisición de conocimientos en pacientes críticos, del personal de enfermería nuevo.
- Técnicos paramédicos: conocer programa de orientación del personal nuevo que ingresa a la unidad.
- Médico residente: conocer programa de orientación, ser guía y orientadores en el proceso de adaptación en la unidad del personal médico que ingresa a la unidad.

En página 5, ítem 4**, descripción del proceso:**
- Duración de la orientación: El programa inicia el primer día de trabajo del nuevo funcionario y se extiende a un periodo que puede ir desde una semana a tres meses, dependiendo del estamento al que corresponda. Del resultado de esta depende su permanencia en la Unidad.
- Nota: El tiempo de duración de la orientación, estará sujeto a la necesidad del servicio, en la cual ingresará como funcionario asistencial, completando su periodo bajo supervisión de quien determine la jefatura de unidad.
- Una vez finalizado el tiempo de orientación, aplicar pauta de evaluación al funcionario.

Evaluación:
- Del funcionario: Realizar evaluación a través de Pauta de evaluación según los diferentes estamentos al finalizar el periodo de orientación.
- Del programa: Se evaluará el programa en forma anual.
- Meta: Aplicar programa de orientación al menos al 85% del personal que ingresa por primera vez a la unidad.

En páginas 5 a 7, ítem 5, actividades: entre las principales actividades del programa de orientación que se desarrollarán en la Unidad, se detallan a continuación:

Presentación de la unidad al nuevo funcionario	- Presentación formal con jefaturas médicas y de Enfermería según Unidad asignada. - Mostrar las distintas dependencias del lugar (planta física) - Entregar información sobre la Unidad donde se va a desempeñar (Misión, objetivos, estructura organizacional de la unidad, etc.). - Informar y reforzar horarios de jornada laboral, así como horario de colación. - Presentar al nuevo trabajador con sus compañeros de trabajo y con su entorno más inmediato.
Información propia al trabajador	- Informar sistema de registro de asistencia a jornada laboral (marcador de huella digital) en caso de los médicos registro en el libro de asistencia. - Informar sus responsabilidades, funciones en el área de trabajo y recursos materiales con que cuenta para el desarrollo (facilitar manuales de organización, procedimiento y protocolos.)
Seguridad del personal	- Plan de evacuación - Manejo de la exposición ocupacional a sangre o fluidos corporales de riesgo.
Seguridad del paciente	Documentos según corresponda a estamento, descrito en 13 puntos entre ellos: - Procedimientos de atención de enfermería. - Procedimientos de medidas preventivas de eventos. - Normas de infección asociadas a la atención de salud. - Procedimiento de alerta y organización de la atención en situaciones de riesgo vital. - Procedimientos de registros clínicos. - Procedimientos de prácticas clínicas médicas. - Normas de infección asociadas a la atención de salud
Funcionamiento de la unidad asistencial	- Dar a conocer documentación de registros clínicos asociados a la atención, utilizados en la Unidad según corresponda a cada estamento (ficha clínica, recetas, hojas de registro de enfermería, etc.). - Explicar sistema de entrega de turno según estamento a que pertenezca el nuevo trabajador. - Identificación y funcionamiento de equipos de la Unidad, para quehacer de cada estamento. - Explicar y demostrar sistemas informáticos de apoyo al quehacer clínico y administrativo.

En páginas 8 a 10, anexos 1 y 2 se encuentran: Pauta de evaluación programa de orientación de funcionarios nuevos que ingresan a la unidad y el formulario de registro del personal orientado.

Observaciones:

1. El documento no describe las actividades y los contenidos por estamento a orientar, es genérico para todo personal que ingresa al servicio de UPC adulto (TIM).
   Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ad. 3

Nombre del documento: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN LABORAL DEL PERSONAL QUE INGRESA A TRABAJAR EN UCI CORONARIA			
Fecha elab: Abril 2016	Fecha vigencia: 5 años	Versión: 01	N° páginas: 9
Elaborado por: Karen Adaros. Enfermera UCI Coronaria		Aprobado por: Maribel Donoso. Enfermera Supervisora UCI Coronaria.	

Considera (SI/NO)	1. Médicos: SI	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: NA	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento: (Temas incluidos en el programa)
En el documento tenido a la vista destacan los siguientes contenidos:
En página 2, ítem 2 **alcance**, señala que el programa está dirigido a todos los funcionarios que ingresan por primera vez a la unidad y que realizan labores de atención directa de pacientes. (médicos, enfermeras/os, técnicos paramédicos y auxiliares), en calidad de cargos vacantes, suplencia, inducciones y/o estadías de formación.
En página 3, ítem 4, **descripción del proceso**, indica lo siguiente:
El programa de orientación inicia el primer día de trabajo de trabajo del funcionario.
Duración orientación: 1 semana
Luego de finalizada la orientación se debe aplicar pauta de evaluación al funcionario. (Pauta de evaluación por estamentos)
En página 4 a la 6, ítem 5, **actividades**, se describe en una tabla los aspectos principales a desarrollar en la orientación:

Presentación de la unidad al nuevo funcionario	- Presentación formal con jefaturas médicas y de enfermería, según unidad asignada. - Mostrar planta física. - Entregar información sobre la unidad (misión objetivos, estructura organizacional, etc.) - Informar horarios de jornada laboral. - Presentar al trabajador con sus compañeros y entorno inmediato
Información propia al trabajador	- Informar sistema de registro asistencia, responsabilidades funciones y recursos materiales.
Seguridad del personal	- Plan de evacuación. - Manejo de la exposición ocupacional a sangre o fluidos corporales de riesgo.

Seguridad del paciente	Documentos según corresponda a estamento: - Procedimientos de atención de enfermería. - Procedimientos de medidas preventivas de eventos. - Normas de infección asociada a la atención de salud. - Procedimiento de alerta y organización de la atención en situación de riesgo vital. - Procedimientos de registros clínicos. - Manual toma de muestra. - Almacenamiento de material estéril. - Procedimientos de prácticas clínicas médicas. - Normas de infección asociadas a la atención de salud. - Procedimientos de registros clínicos según responsabilidad. - Procedimientos de farmacia clínica. - Procedimiento de solicitud e indicaciones de exámenes imagenológicos. - Comité de ética e investigación en seres humanos.
Funcionamiento de la unidad asistencial	- Dar a conocer documentación de registros clínicos asociados a la atención. - Explicar sistema de entrega de turno. - Identificación y funcionamiento de equipos de la unidad, - Explicar y demostrar sistemas informáticos de apoyo (según estamento)

- En página 7 a la 9, ítem **anexos**, indica lo siguiente:
  Anexo 1: Pautas de ingreso de funcionarios nuevos a pabellón central.
  Anexo 2: Formulario de registro de funcionarios orientados en pabellón central.

Observaciones:
1. El documento no describe las actividades y los contenidos por estamento a orientar, es genérico para todo personal que ingresa al servicio de UCI coronaria.
   Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ped.

Nombre del documento: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN LABORAL DEL PERSONAL QUE INGRESA A TRABAJAR A LA UNIDAD PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO

Fecha elaboración: Enero 2018	Fecha vigencia: 5 años	Versión: 02	N° páginas: 9
Elaborado por: EU Verónica Contreras T Enfermera supervisora		Aprobado por: Dr. Pietro Pietro Boni F Médico jefe UPCP	

Considera (SI/NO)	1. Médicos: SI	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: SI	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento: (Temas incluidos en el programa)
En el documento tenido a la vista destacan los siguientes contenidos:

En página 2, ítem 2, se describe el **alcance**: todos los funcionarios que ingresan por primera vez a la unidad y que realizan labores de atención directa de pacientes. (médicos, enfermeras/os, kinesiólogos, técnicos paramédicos y auxiliares), en calidad de cargos vacantes, suplencia, inducciones y/o estadías de formación.

En página 2, ítem 3, se describen las **responsabilidades**:
- **Médico jefe unidad**: es responsable conocer el programa de orientación del personal. Cumplir con lo estipulado en el programa en lo referido al estamento médico, en cuanto a contenidos, supervisiones, evaluaciones y mantener registro del personal orientado.
- **Enfermera supervisora:** velar por el cumplimiento del programa al personal de enfermería, técnico paramédico y auxiliar que ingresa por primera vez. Supervisar la correcta aplicación, evaluación y mantener registro anual del personal que se le ha aplicado el programa.

En página 3, ítem 4, **descripción del proceso**, indica lo siguiente:
- El programa de orientación inicia el primer día de trabajo del funcionario.
- Duración orientación: 1 semana (Duración condicionada por la necesidad del servicio).
- Luego de finalizada la orientación se debe aplicar pauta de evaluación al funcionario. (Pauta de evaluación por estamentos)

En página 4 a la 6, ítem 5, **actividades**, se describe en una tabla lo siguiente:

Presentación de la unidad al nuevo funcionario	- Presentación formal con jefaturas médicas y de enfermería. - Mostrar planta física. - Entregar información sobre la unidad (misión objetivos, estructura organizacional, etc.) - Informar horarios de jornada laboral. - Presentar al trabajador con sus compañeros y entorno inmediato
Información propia al trabajador	- Informar sistema de registro asistencia, responsabilidades funciones y recursos materiales.
Seguridad del personal	- Plan de evacuación. - Manejo de la exposición ocupacional a sangre o fluidos corporales de riesgo.

Seguridad del paciente	Documentos según corresponda a estamento: - Procedimientos de atención de enfermería. - Procedimientos de medidas preventivas de eventos. - Normas de infección asociada a la atención de salud. - Procedimiento de alerta y organización de la atención en situación de riesgo vital. - Procedimientos de registros clínicos. - Manual toma de muestra. - Procedimientos de prácticas clínicas médicas. - Normas de infección asociadas a la atención de salud. - Procedimientos de registros clínicos según responsabilidad. - Procedimientos de farmacia clínica. - Procedimiento de solicitud e indicaciones de exámenes imagenológicos. - Comité de ética e investigación en seres humanos.
Funcionamiento de la unidad asistencial	- Dar a conocer documentación de registros clínicos asociados a la atención. - Explicar sistema de entrega de turno. - Identificación y funcionamiento de equipos de la unidad, - Explicar y demostrar sistemas informáticos de apoyo (según estamento)

En página 7 a la 9, ítem **anexos**, indica lo siguiente:
- Anexo 1: pauta de ingreso de funcionarios nuevos a la Unidad de Pacientes Críticos Pediátricos.
- Anexo 2: Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad de Pacientes Críticos Pediátricos

Observaciones:
1. El documento no describe las actividades y los contenidos por estamento a orientar, es genérico para todo personal que ingresa al servicio de UPC Pediátrica.
2. Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Programa de orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en unidad de paciente crítico pediátrico". Versión 01, fecha de emisión enero 2015, preparado por Verónica Contreras T., enfermera supervisora, aprobado por jefe UPCP.
   Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible

UPC Neo.				
Nombre del documento: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN LABORAL				
Fecha elaboración: Enero 2019	Fecha vigencia: 5 años		Versión: 02	N° páginas: 9
Elaborado por: Alejandra Martínez Matrona, subdirección matronería		Aprobado por: Marjorie Cisternas Subdirectora de matronería		
Considera (SI/NO)	1. Médicos: SI	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: SI	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento: (Temas incluidos en el programa)
En el documento tenido a la vista destacan los siguientes contenidos:

En página 2, ítem 2, se describe el **alcance**:
- El programa está dirigido a todos los funcionarios que ingresan por primera vez a la unidad y que realizan labores de atención directa de pacientes. (médicos, enfermeras/os, técnicos paramédicos), que ingresan a la unidad asistencial de neonatología, UPC neonatología, obstetricia y ginecología, urgencias, partos CDT especialidad de la mujer, UNACESS, VIH y SIDA, en calidad de cargos vacantes, suplencia, inducciones y/o estadías de formación.

En página 2, ítem 3, se describen las **responsabilidades**:
- **Médico jefe unidad**: es responsable conocer el programa de orientación del personal. Cumplir con lo estipulado en el programa en lo referido al estamento médico, en cuanto a contenidos, supervisiones, evaluaciones y mantener registro del personal orientado.
- **Matrona supervisora:** velar por el cumplimiento del programa al personal de enfermería, técnico paramédico y auxiliar que ingresa por primera vez. Supervisar la correcta aplicación, evaluación y mantener registro anual del personal que se le ha aplicado el programa.

En página 3, ítem 4, **descripción del proceso**, indica lo siguiente:
- El programa de orientación inicia el primer día de trabajo de trabajo del funcionario.
- Duración orientación: 1 semana para el personal médico y técnico paramédico. El personal no médico (matronas) será de 1 semana por cada sector de la unidad. (Duración condicionada por la necesidad del servicio).
- Luego de finalizada la orientación se debe aplicar pauta de evaluación al funcionario. (Pauta de evaluación por estamentos)

En pagina 4 a la 6, ítem 5, **actividades**, se describe en una tabla lo siguiente:

Presentación de la unidad al nuevo funcionario	- Presentación formal con jefaturas médicas y de enfermería. - Mostrar planta física. - Entregar información sobre la unidad (misión objetivos, estructura organizacional, etc.) - Informar horarios de jornada laboral. - Presentar al trabajador con sus compañeros y entorno inmediato
Información propia al trabajador	- Informar sistema de registro asistencia, responsabilidades funciones y recursos materiales.
Seguridad del personal	- Plan de evacuación. - Manejo de la exposición ocupacional a sangre o fluidos corporales de riesgo.

Seguridad del paciente	Documentos según corresponda a estamento: - Procedimientos de atención de enfermería. - Procedimientos de medidas preventivas de eventos. - Normas de infección asociada a la atención de salud. - Procedimiento de alerta y organización de la atención en situación de riesgo vital. - Procedimientos de registros clínicos. - Manual toma de muestra. - Procedimientos de prácticas clínicas médicas. - Normas de infección asociadas a la atención de salud. - Procedimientos de registros clínicos según responsabilidad. - Procedimientos de farmacia clínica. - Procedimiento de solicitud e indicaciones de exámenes imagenológicos. - Comité de ética e investigación en seres humanos.
Funcionamiento de la unidad asistencial	- Dar a conocer documentación de registros clínicos asociados a la atención. - Explicar sistema de entrega de turno. - Identificación y funcionamiento de equipos de la unidad, - Explicar y demostrar sistemas informáticos de apoyo (según estamento)

En página 7 a la 9, ítem **anexos**, indica lo siguiente:
- Anexo 1: pauta de ingreso de funcionarios nuevos que ingresa a la unidad asistencial.
- Anexo 2: Formulario de registro de funcionarios orientados en la unidad asistencial.

Observaciones:
1. El documento no describe las actividades y los contenidos por estamento a orientar, es genérico para todo personal que ingresa al servicio UPC Neo.

Se tiene a la vista versión anterior del documento:
2. "Programa de orientación laboral". Versión 0.1, fecha de emisión abril 2014, preparado por MT Karime Viralta, MT Dayanna Hernández, aprobado por MT Sandra Soto V., Subdirectora Matronería.

Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQs 1

Nombre del documento: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN DEL PERSONAL QUE INGRESA A TRABAJAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA				
Fecha elab: Abril 2016	Fecha vigencia: 5 años		Versión: 02	N° páginas: 8
Elaborado por: Jennifer Díaz EU medicina		Aprobado por: Alejandra Milies, EU supervisora		
Considera (SI/NO)	1. Médicos: SI	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: NO	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento: (Temas incluidos en el programa)
Se tiene a la vista documento elaborado en la unidad, que describe :
Página 2 ,ítem 2, **alcance:** a todos los funcionarios que ingresan por primera vez a la unidad y que desarrollan funciones asistenciales directa a pacientes, especialmente médicos, enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares, en su calidad de cargos vacantes, suplencias, inducciones y/o estadías de formación.
Página 2, ítem 3, **responsabilidades:**
- Médico Jefe unidad:
- Conocer el programa
- Cumplir con lo estipulado en el programa en relación a los médicos. Mantener registro de personal orientado.
- Enfermera supervisora :
- Velar por el cumplimiento del programa de orientación al personal de enfermería, técnico paramédico, auxiliares que ingresan por primera vez al servicio.
- Informar en forma oportuna a medico jefe cualquier irregularidad ocurrida durante el período de orientación que ponga en riesgo la seguridad del paciente.
- Enfermeras Clínicas y Técnicos paramédicos: son responsables de conocer el programa de orientación del personal que ingresa a la unidad.

Página 2, ítem 4, describe etapas del proceso:
- El programa se inicia el primer día de trabajo del funcionario.
- El programa dura una semana, sin embargo estará sujeto a la necesidad del servicio.
- Una vez finalizado el tiempo de orientación , se realizará una evaluación del funcionario.
- De la evaluación:
- Realizar la evaluación a través de una pauta de evaluación según los distintos estamentos.
- Se evaluará el programa en forma anual.
- Se aplicará el programa al menos al 85% del personal que ingresa a la unidad.

Página 4, ítem 5, se describen las actividades del programa:
- Presentación en la unidad.
- Información propia al trabajador (registro asistencia, responsabilidades, funciones, etc.)
- Seguridad del personal.
- Seguridad del paciente.
- Funcionamiento de la unidad asistencial

Página 6, ítem 6, anexos.
1. Pauta evaluación.
2. Formulario de registro del personal.

Observaciones:
1. El documento no describe las actividades y los contenidos por estamento a orientar, es genérico para todo personal que ingresa al servicio.
2. Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Programa de orientación laboral". Versión 0.1, fecha de emisión abril 2014, preparado por MT Karime Viralta, MT Dayanna Hernández, aprobado por MT Sandra Soto V., Subdirectora Matronería.
3. Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQs 2

Nombre del documento: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN LABORAL DEL PERSONAL QUE INGRESA A TRABAJAR EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO DE ESPECIALIDADES				
Fecha elab: Diciembre 2016	Fecha vigencia: 5 años		Versión: 01	N° páginas: 9
Elaborado por: Karen Chepilo G. Encargada Calidad BQE		Aprobado por: Janis Orellana, Enfermera supervisora		
Considera (SI/NO)	1. Médicos: SI	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: NO	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento: (Temas incluidos en el programa)
Se tiene a la vista documento elaborado en la unidad, que describe :
Página 2, ítem2, **alcance:** a todos los funcionarios que ingresan por primera vez a la unidad y que desarrollan funciones asistenciales directa a pacientes, especialmente médicos, enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares, en su calidad de cargos vacantes, suplencias, inducciones y/o estadías de formación.
Página 2 Y 3 , ítem 3, **responsabilidades:**
- Médico Jefe unidad:
- Conocer el programa
- Cumplir con lo estipulado en el programa en relación a los médicos. Mantener registro de personal orientado.
- Enfermera supervisora :
- Velar por el cumplimiento del programa de orientación al personal de enfermería, técnico paramédico, auxiliares que ingresan por primera vez al servicio.
- Informar en forma oportuna a medico jefe cualquier irregularidad ocurrida durante el período de orientación que ponga en riesgo la seguridad del paciente.
- Enfermeras Clínicas y Técnicos paramédicos: son responsables de conocer el programa de orientación del personal que ingresa a la unidad.

Página 3, ítem 4, describe etapas del proceso:
- El programa se inicia el primer día de trabajo del funcionario.
- El programa dura 5 días, sin embargo estará sujeto a la necesidad del servicio.
- Una vez finalizado el tiempo de orientación , se realizará una evaluación del funcionario.
- De la evaluación:
- Realizar la evaluación a través de una pauta de evaluación según los distintos estamentos.
- Se evaluará el programa en forma anual.
- Se aplicará el programa al menos al 85% del personal que ingresa a la unidad

Página 4, ítem 5, se describen las actividades del programa:
- Presentación en la unidad.
- Información propia al trabajador (registro asistencia, responsabilidades, funciones, etc)
- Seguridad del personal.
- Seguridad del paciente.
- Funcionamiento de la unidad asistencial

Página 6, ítem 6, anexos.
- Pauta evaluación.
- Formulario de registro del personal.

Observaciones:
1. El documento no describe las actividades y los contenidos por estamento a orientar, es genérico para todo personal que ingresa al servicio
2. Se tiene a la vista documento: Programa de Orientación Laboral del personal que ingresa a trabajar al Bloque Medico Especialidades, versión 00, de noviembre de 2013, elaborado por K. Miranda enfermera supervisora BQE ,aprobado por Janis Orellana, enfermera encargada de calidad BQE.
   Con documento tenido a la vista, se cumple retrospectividad.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQs 3

Nombre del documento: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN LABORAL DEL PERSONAL QUE INGRESA A TRABAJAR EN CIRUGÍA				
Fecha elab: Enero 2018	Fecha vigencia: 5 años		Versión: 02	N° páginas: 9
Elaborado por: Carolina Higueras Enfermera supervisora Cirugía		Aprobado por: Jorge Cifuentes Médico Jefe Cirugía		
Considera (SI/NO)	1. Médicos: SI	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: NO	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento: (Temas incluidos en el programa)
Se tiene a la vista documento elaborado en la unidad, que describe :
Página 2, ítem 2, **alcance:** todos los funcionarios que ingresan por primera vez a la unidad y que desarrollan funciones asistenciales directa a pacientes, especialmente médicos, enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares, en su calidad de cargos vacantes, suplencias, inducciones y/o estadías de formación.
Página 2 Y 3 , ítem 3, **responsabilidades:**
- Médico Jefe unidad:

- Conocer el programa
- Cumplir con lo estipulado en el programa en relación a los médicos. Mantener registro de personal orientado.

• Enfermera supervisora :

1. Velar por el cumplimiento del programa de orientación al personal de enfermería, técnico paramédico, auxiliares que ingresan por primera vez al servicio.
2. Informar en forma oportuna a medico jefe cualquier irregularidad ocurrida durante el período de orientación que ponga en riesgo la seguridad del paciente.

• Enfermeras Clínicas y Técnicos paramédicos**:** son responsables de conocer el programa de orientación del personal que ingresa a la unidad.

Página 3, ítem 4, describe etapas del proceso:

- El programa se inicia el primer día de trabajo del funcionario.
- El programa dura 5 días, sin embargo estará sujeto a la necesidad del servicio.
- Una vez finalizado el tiempo de orientación , se realizará una evaluación del funcionario.
- De la evaluación:
- Realizar la evaluación a través de una pauta de evaluación según los distintos estamentos.
- Se evaluará el programa en forma anual.
- Se aplicará el programa al menos al 85% del personal que ingresa a la unidad

Página 4, ítem 4, se describen las actividades del programa:

- Presentación en la unidad.
- Información propia al trabajador (registro asistencia, responsabilidades, funciones, etc)
- Seguridad del personal.
- Seguridad del paciente.
- Funcionamiento de la unidad asistencial

Página 6, ítem 6, anexos.

- Pauta evaluación.
- Formulario de registro del personal.

Observaciones:

1. El documento no describe las actividades y los contenidos por estamento a orientar, es genérico para todo personal que ingresa al servicio
2. Se tiene a la vista documentos de carácter local:
   - Programa de Orientación Laboral del personal que ingresa a trabajar en la Unidad de atención de Paciente progresivo (UAPP que paso a llamarse Cirugía), versión 01, de Diciembre de 2016, elaborado por Rosa Santander enfermera supervisora de UAPP aprobado por Dra. Ruth Solís, jefe UAPP.
   - Programa de Orientación Laboral del personal que ingresa a trabajar en la Unidad de atención de Paciente progresivo (UAPP que paso a llamarse Cirugía), versión 00, de noviembre de 2013, elaborado por Claudia Quintana enfermera supervisora de UAPP ,aprobado por Dra. Ruth Solís, jefe servicio Medicina y Diálisis
3. Con documentos tenidos a la vista, se cumple retrospectividad.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQs 4

Nombre del documento: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN LABORAL DEL PERSONAL QUE INGRESA A TRABAJAR EN LA UNIDAD MÉDICO QUIRÚRGICA BÁSICO

Fecha elab: Enero 2019	Fecha vigencia: 5 años	Versión: 0	N° páginas: 9
Elaborado por: Karen Karapas, enfermera MQ Básico		Aprobado por: Sandra González, Enfermera Supervisora	

Considera (SI/NO)	1. Médicos: SI	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: NO	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento: (Temas incluidos en el programa)
Se tiene a la vista documento elaborado en la unidad, que describe :
Página 2,ítem2, alcance: a todos los funcionarios que ingresan por primera vez a la unidad y que desarrollan funciones asistenciales directa a pacientes, especialmente médicos, enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares, en su calidad de cargos vacantes, suplencias, inducciones y/o estadías de formación.
Página 2 Y 3 , ítem 3, **responsabilidades:**

- Médico Jefe unidad:
- Conocer el programa
- Cumplir con lo estipulado en el programa en relación a los médicos. Mantener registro de personal orientado.
- Enfermera supervisora :
- Velar por el cumplimiento del programa de orientación al personal de enfermería, técnico paramédico, auxiliares que ingresan por primera vez al servicio.
- Informar en forma oportuna a medico jefe cualquier irregularidad ocurrida durante el período de orientación que ponga en riesgo la seguridad del paciente.
- Enfermeras Clínicas y Técnicos paramédicos: son responsables de conocer el programa de orientación del personal que ingresa a la unidad.

Página 3, ítem 4, describe etapas del proceso:

- El programa se inicia el primer día de trabajo del funcionario.
- El programa dura 5 días, sin embargo estará sujeto a la necesidad del servicio.
- Una vez finalizado el tiempo de orientación , se realizará una evaluación del funcionario.
- De la evaluación:
- Realizar la evaluación a través de una pauta de evaluación según los distintos estamentos.
- Se evaluará el programa en forma anual.
- Se aplicará el programa al menos al 85% del personal que ingresa a la unidad

Página 4, ítem 4, se describen las actividades del programa:

- Presentación en la unidad.
- Información propia al trabajador (registro asistencia, responsabilidades, funciones, etc)
- Seguridad del personal.
- Seguridad del paciente.
- Funcionamiento de la unidad asistencial

Página 6, ítem 6, anexos.
- Pauta evaluación.
- Formulario de registro del personal

Observaciones:
1. Servicio inicia su funcionamiento el 26 de enero de 2019.
2. El documento no describe las actividades y los contenidos por estamento a orientar, es genérico para todo personal que ingresa al servicio
3. Con documento tenido a la vista, se cumple retrospectividad.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQs 5

Nombre del documento: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN LABORAL DEL PERSONAL QUE INGRESA A TRABAJAR EN UNIDAD DE CUIDADOS MEDIOS (UCM) ADULTO

Fecha elab: Enero 2018	Fecha vigencia: 5 años	Versión: 02	N° páginas:
Elaborado por: Karin Estivales, enfermera supervisora UCM		Aprobado por: Jorge Cifuentes Carrasco, médico jefe UCM	
Considera (SI/NO)	1. Médicos: NO	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: NA	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento: (Temas incluidos en el programa)
Se tiene a la vista documento en el que destaca:
En página 2, ítem 2, alcance: a todos los funcionarios que ingresan por primera vez a la unidad y que realizan labores de atención directa de pacientes, especialmente enfermeras (os) técnicos paramédicos y auxiliares, en calidad de cargos vacantes, suplencia, inducciones y/o estadías de formación.
En páginas 2 y 3, ítem 3, **responsabilidad,** donde destaca:
- Médico jefe unidad: Conocer el programa de orientación del personal que ingresa por primera vez a la Unidad. Cumplir con lo estipulado en el programa de orientación en lo referido a estamento médico.
- Enfermero (a) supervisor (a): velar por el cumplimiento del programa de orientación al personal de enfermería, técnico paramédico y auxiliar que ingresa por primera vez a la unidad, supervisar la correcta aplicación, evaluación y mantener registro anual del personal que se le ha aplicado el programa.
- Enfermeros (as) clínicos (as) y técnicos paramédicos: conocer programa de orientación del personal que ingresa a la unidad.

En páginas 3 y 4, ítem 4**, descripción del proceso:**
- Duración de la orientación: una semana.
- Nota: El tiempo de duración de la orientación, estará sujeto a la necesidad del servicio, en la cual ingresará como funcionario asistencial, completando su periodo bajo supervisión de quien determine la jefatura de unidad.
- Una vez finalizado el tiempo de orientación, aplicar pauta de evaluación al funcionario.

Evaluación:
- Del funcionario: Realizar evaluación a través de Pauta de evaluación según los diferentes estamentos al finalizar el periodo de orientación.
- Del programa: Se evaluará el programa en forma anual.
- Meta: Aplicar programa de orientación al menos al 85% del personal que ingresa por primera vez a la unidad.

En páginas 4 a 6, ítem 4.5, actividades:
- Entre las principales actividades del programa de orientación que se desarrollarán en la Unidad, se detallan a continuación:

Presentación de la unidad al nuevo funcionario	- Presentación formal con jefaturas médicas y de Enfermería según Unidad asignada. - Mostrar las distintas dependencias del lugar (planta física) - Entregar información sobre la Unidad donde se va a desempeñar (Misión, objetivos, estructura organizacional de la unidad, etc.). - Informar y reforzar horarios de jornada laboral, así como horario de colación. - Presentar al nuevo trabajador con sus compañeros de trabajo y con su entorno más inmediato.
Información propia al trabajador	- Informar sistema de registro de asistencia a jornada laboral (marcador de huella digital) en caso de los médicos registro en el libro de asistencia. - Informar sus responsabilidades, funciones en el área de trabajo y recursos materiales con que cuenta para el desarrollo (facilitar manuales de organización, procedimiento y protocolos.)
Seguridad del personal	- Plan de evacuación - Manejo de la exposición ocupacional a sangre o fluidos corporales de riesgo.
Seguridad del paciente	Documentos según corresponda a estamento, descrito en 13 puntos entre ellos: - Procedimientos de atención de enfermería. - Procedimientos de medidas preventivas de eventos. - Normas de infección asociadas a la atención de salud. - Procedimiento de alerta y organización de la atención en situaciones de riesgo vital. - Procedimientos de registros clínicos. - Procedimientos de prácticas clínicas médicas. - Normas de infección asociadas a la atención de salud
Funcionamiento de la unidad asistencial	- Dar a conocer documentación de registros clínicos asociados a la atención, utilizados en la Unidad según corresponda a cada estamento (ficha clínica, recetas, hojas de registro de enfermería, etc.). - Explicar sistema de entrega de turno según estamento a que pertenezca el nuevo trabajador. - Identificación y funcionamiento de equipos de la Unidad, para quehacer de cada estamento.

	- Explicar y demostrar sistemas informáticos de apoyo al quehacer clínico y administrativo.

- En páginas 7 a 9, anexos 1 y 2 se encuentran: Pauta de evaluación programa de orientación de funcionarios nuevos que ingresan a la unidad y el formulario de registro del personal orientado.

Observación:

1. Documento **no explicita la orientación de médicos.**

2. El documento no describe las actividades y los contenidos por estamento a orientar, es genérico para todo personal que ingresa al servicio de la Unidad de Cuidados Medios.

Se tiene a la vista documento

3. "Programa de orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en UAPP", versión 01, fecha de emisión diciembre 2016, preparado por Rosa Santander O, enfermera supervisora UAPP, aprobado por dra. Ruth Solís V., jefe UAPP.
   Se tiene a la vista documento "Programa de orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en la unidad de atención de pacientes progresivo", versión 01, fecha de emisión diciembre 2016, preparado por Claudia Quintana, enfermera supervisora UAPP, aprobado por dra. Ruth Solís V., jefe UAPP.
   Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Por lo expuesto en el punto 1, no se da por cumplido el elemento medible.

MQs 6

Nombre del documento: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN LABORAL DEL PERSONAL QUE INGRESA A TRABAJAR EN UCM CARDIOLOGÍA- NEURO			
Fecha elaborado: Febrero 2018	Fecha vigencia: 5 años	Versión: 0	N° páginas: 9
Elaborado por: Jennifer Mariño, enfermera supervisora (s), UCM cardiología- neuro.		Aprobado por: Dra. Dayana Stojakovic, jefe unidad cardiovascular.	
Considera (SI/NO)	1. Médicos: SI	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: NA / 4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento: (Temas incluidos en el programa)
Se tiene a la vista documento en el que destaca:
En página 2, ítem 2, alcance: a todos los funcionarios que ingresan por primera vez a la unidad y que realizan labores de atención directa de pacientes, especialmente médicos, enfermeras (os) técnicos paramédicos y auxiliares, en calidad de cargos vacantes, suplencia, inducciones y/o estadías de formación.
En páginas 2 y 3, ítem 3, **responsabilidad,** donde destaca:

- Médico jefe unidad: Conocer el programa de orientación del personal que ingresa por primera vez a la Unidad. Cumplir con lo estipulado en el programa de orientación en lo referido a estamento médico.
- Enfermero (a) supervisor (a): velar por el cumplimiento del programa de orientación al personal de enfermería, técnico paramédico y auxiliar que ingresa por primera vez a la unidad, supervisar la correcta aplicación, evaluación y mantener registro anual del personal que se le ha aplicado el programa.
- Enfermeros (as) clínicos (as) y técnicos paramédicos: conocer programa de orientación del personal que ingresa a la unidad.

En páginas 3 y 4, ítem 4**, descripción del proceso**
Duración de la orientación:

- Personal médico: 5 días.
- Personal no médico: 5 días
- Paramédicos: 3 días
- Auxiliar de servicio: 1 día
- Nota: El tiempo de duración de la orientación, estará sujeto a la necesidad del servicio, en la cual ingresará como funcionario asistencial, completando su periodo bajo supervisión de quien determine la jefatura de unidad.
- Una vez finalizado el tiempo de orientación, aplicar pauta de evaluación al funcionario.
- **Evaluación:**
- Del funcionario: Realizar evaluación a través de Pauta de evaluación según los diferentes estamentos al finalizar el periodo de orientación.
- Del programa: Se evaluará el programa en forma anual.
- Meta: Aplicar programa de orientación al menos al 85% del personal que ingresa por primera vez a la unidad.

En páginas 4 a 6, ítem 4.5, actividades:

- Entre las principales actividades del programa de orientación que se desarrollarán en la Unidad, se detallan a continuación:

Presentación de la unidad al nuevo funcionario	- Presentación formal con jefaturas médicas y de Enfermería según Unidad asignada. - Mostrar las distintas dependencias del lugar (planta física) - Entregar información sobre la Unidad donde se va a desempeñar (Misión, objetivos, estructura organizacional de la unidad, etc.). - Informar y reforzar horarios de jornada laboral, así como horario de colación. - Presentar al nuevo trabajador con sus compañeros de trabajo y con su entorno más inmediato.
Información propia al trabajador	- Informar sistema de registro de asistencia a jornada laboral (marcador de huella digital) en caso de los médicos registro en el libro de asistencia. - Informar sus responsabilidades, funciones en el área de trabajo y recursos materiales con que cuenta para el desarrollo (facilitar manuales de organización, procedimiento y protocolos.)
Seguridad del personal	- Plan de evacuación - Manejo de la exposición ocupacional a sangre o fluidos corporales de riesgo.
Seguridad del paciente	Documentos según corresponda a estamento, descrito en 13 puntos entre ellos: - Procedimientos de atención de enfermería. - Procedimientos de medidas preventivas de eventos. - Normas de infección asociadas a la atención de salud. - Procedimiento de alerta y organización de la atención en situaciones de riesgo vital. - Procedimientos de registros clínicos.

	- Procedimientos de prácticas clínicas médicas. - Normas de infección asociadas a la atención de salud
Funcionamiento de la unidad asistencial	- Dar a conocer documentación de registros clínicos asociados a la atención, utilizados en la Unidad según corresponda a cada estamento (ficha clínica, recetas, hojas de registro de enfermería, etc.). - Explicar sistema de entrega de turno según estamento a que pertenezca el nuevo trabajador. - Identificación y funcionamiento de equipos de la Unidad, para quehacer de cada estamento. - Explicar y demostrar sistemas informáticos de apoyo al quehacer clínico y administrativo.

- En páginas 7 a 9, anexos 1 y 2 se encuentran: Pauta de evaluación programa de orientación de funcionarios nuevos que ingresan a la unidad y el formulario de registro del personal orientado.

Observación:

1. El documento no describe las actividades y los contenidos por estamento a orientar, es genérico para todo personal que ingresa al servicio
2. Se cumple con el periodo de retrospectividad desde febrero 2018 que aplica a este proceso de acreditación, por inicio de funcionamiento de la unidad en esa fecha.

Se da por cumplido el elemento medible.

Ped.

Nombre del documento: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN LABORAL DEL PERSONAL QUE INGRESA A TRABAJAR EN PEDIATRIA				
Fecha elaboración: Abril 2016	Fecha vigencia: 5 años		Versión: 01	N° páginas: 9
Elaborado por: Jessica Romero Encargada de calidad Pediatría		Aprobado por: Jessica Álvarez Enfermera supervisora de pediatría		
Considera (SI/NO)	1. Médicos: SI	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: SI	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento:(Temas incluidos en el programa)
En el documento tenido a la vista destacan los siguientes contenidos:

En página 2, ítem 2, se describe el **alcance**: a todos los funcionarios que ingresan por primera vez a la unidad y que realizan labores de atención directa de pacientes. (médicos, enfermeras/os y técnicos paramédicos), en calidad de cargos vacantes, suplencia, inducciones y/o estadías de formación.

En página 2, ítem 3, se describen las **responsabilidades**:

- **Médico jefe unidad**: es responsable conocer el programa de orientación del personal. Cumplir con lo estipulado en el programa en lo referido al estamento médico, en cuanto a contenidos, supervisiones, evaluaciones y mantener registro del personal orientado.
- **Enfermera supervisora:** velar por el cumplimiento del programa al personal de enfermería, técnico paramédico y auxiliar que ingresa por primera vez. Supervisar la correcta aplicación, evaluación y mantener registro anual del personal que se le ha aplicado el programa.

En página 3, ítem 4, **descripción del proceso**, indica lo siguiente:

- El programa de orientación inicia el primer día de trabajo de trabajo del funcionario.
- Duración orientación: 5 días (Duración condicionada por la necesidad del servicio).
- Luego de finalizada la orientación se debe aplicar pauta de evaluación al funcionario. (Pauta de evaluación por estamentos)

En pagina 4 a la 6, ítem 5, **actividades**, se describe en una tabla lo siguiente:

Presentación de la unidad al nuevo funcionario	- Presentación formal con jefaturas médicas y de enfermería. - Mostrar planta física. - Entregar información sobre la unidad (misión objetivos, estructura organizacional, etc.) - Informar horarios de jornada laboral. - Presentar al trabajador con sus compañeros y entorno inmediato
Información propia al trabajador	- Informar sistema de registro asistencia, responsabilidades funciones y recursos materiales.
Seguridad del personal	- Plan de evacuación. - Manejo de la exposición ocupacional a sangre o fluidos corporales de riesgo.
Seguridad del paciente	Documentos según corresponda a estamento: - Procedimientos de atención de enfermería. - Procedimientos de medidas preventivas de eventos. - Normas de infección asociada a la atención de salud. - Procedimiento de alerta y organización de la atención en situación de riesgo vital. - Procedimientos de registros clínicos. - Manual toma de muestra. - Procedimientos de prácticas clínicas médicas. - Normas de infección asociadas a la atención de salud. - Procedimientos de registros clínicos según responsabilidad. - Procedimientos de farmacia clínica. - Procedimiento de solicitud e indicaciones de exámenes imagenológicos. - Comité de ética e investigación en seres humanos.
Funcionamiento de la unidad asistencial	- Dar a conocer documentación de registros clínicos asociados a la atención. - Explicar sistema de entrega de turno. - Identificación y funcionamiento de equipos de la unidad, - Explicar y demostrar sistemas informáticos de apoyo (según estamento)

En página 7 a la 9, ítem **anexos**, indica lo siguiente:
- Anexo 1: pauta de ingreso de funcionarios nuevos a la Unidad de Pediatría.
- Anexo 2: Formulario de registro de funcionarios orientados en Servicio de Pediatría.

Observaciones:
1. El documento no describe las actividades y los contenidos por estamento a orientar, es genérico para todo personal que ingresa al servicio de Pediatría
2. Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

Neo				
Nombre del documento: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN LABORAL				
Fecha elaboración: Enero 2019	Fecha vigencia: 5 años		Versión: 02	N° páginas:9
Elaborado por: Alejandra Martínez Matrona, subdirección matronería		Aprobado por: Marjorie Cisternas Subdirectora de matronería		
Considera (SI/NO)	1. Médicos: SI	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: SI	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento: (Temas incluidos en el programa)
En el documento tenido a la vista destacan los siguientes contenidos:

En página 2, ítem 2, se describe el **alcance**:
- El programa está dirigido a todos los funcionarios que ingresan por primera vez a la unidad y que realizan labores de atención directa de pacientes. (médicos, enfermeras/os, técnicos paramédicos), que ingresan a la unidad asistencial de neonatología, UPC neonatología, obstetricia y ginecología, urgencias, partos CDT especialidad de la mujer, UNACESS, VIH y SIDA, en calidad de cargos vacantes, suplencia, inducciones y/o estadías de formación.

En página 2, ítem 3, se describen las **responsabilidades**:
- **Médico jefe unidad**: es responsable conocer el programa de orientación del personal. Cumplir con lo estipulado en el programa en lo referido al estamento médico, en cuanto a contenidos, supervisiones, evaluaciones y mantener registro del personal orientado.
- **Matrona supervisora:** velar por el cumplimiento del programa al personal de enfermería, técnico paramédico y auxiliar que ingresa por primera vez. Supervisar la correcta aplicación, evaluación y mantener registro anual del personal que se le ha aplicado el programa.

En página 3, ítem 4, **descripción del proceso**, indica lo siguiente:
- El programa de orientación inicia el primer día de trabajo de trabajo del funcionario.
- Duración orientación: 1 semana para el personal médico y técnico paramédico. El personal no médico (matronas) será de 1 semana por cada sector de la unidad. (Duración condicionada por la necesidad del servicio).
- Luego de finalizada la orientación se debe aplicar pauta de evaluación al funcionario. (Pauta de evaluación por estamentos)

En pagina 4 a la 6, ítem 5, **actividades**, se describe en una tabla lo siguiente:

Presentación de la unidad al nuevo funcionario	- Presentación formal con jefaturas médicas y de enfermería. - Mostrar planta física. - Entregar información sobre la unidad (misión objetivos, estructura organizacional, etc.) - Informar horarios de jornada laboral. - Presentar al trabajador con sus compañeros y entorno inmediato
Información propia al trabajador	- Informar sistema de registro asistencia, responsabilidades funciones y recursos materiales.
Seguridad del personal	- Plan de evacuación. - Manejo de la exposición ocupacional a sangre o fluidos corporales de riesgo.
Seguridad del paciente	Documentos según corresponda a estamento: - Procedimientos de atención de enfermería. - Procedimientos de medidas preventivas de eventos. - Normas de infección asociada a la atención de salud. - Procedimiento de alerta y organización de la atención en situación de riesgo vital. - Procedimientos de registros clínicos. - Manual toma de muestra. - Procedimientos de prácticas clínicas médicas. - Normas de infección asociadas a la atención de salud. - Procedimientos de registros clínicos según responsabilidad. - Procedimientos de farmacia clínica. - Procedimiento de solicitud e indicaciones de exámenes imagenológicos. - Comité de ética e investigación en seres humanos.
Funcionamiento de la unidad asistencial	- Dar a conocer documentación de registros clínicos asociados a la atención. - Explicar sistema de entrega de turno. - Identificación y funcionamiento de equipos de la unidad, - Explicar y demostrar sistemas informáticos de apoyo (según estamento)

En página 7 a la 9, ítem **anexos**, indica lo siguiente:
- Anexo 1: pauta de ingreso de funcionarios nuevos que ingresa a la unidad asistencial.

- Anexo 2: Formulario de registro de funcionarios orientados en la unidad asistencial.

Observaciones:
1. El documento no describe las actividades y los contenidos por estamento a orientar, es genérico para todo personal que ingresa al servicio Neonatología
   Se tiene a la vista versión anterior del documento:
1. "Programa de orientación laboral". Versión 0.1, fecha de emisión abril 2014, preparado por MT Karime Viralta, MT Dayanna Hernández, aprobado por MT Sandra Soto V., subdirectora Matronería.

Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

Obst-gine				
Nombre del documento: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN LABORAL				
Fecha elab: Enero 2019	Fecha vigencia: 5 años		Versión: 02	N° páginas: 9
Elaborado por: Alejandra Martínez Cáceres, Matrona Subdirección de Matronería		Aprobado por: Mt. Marjorie Cisternas Astudillo, Subdirectora de Matronería (S) HRA		
Considera (SI/NO)	1. Médicos: SI	2. Enfermeras: NA	3. Matronas: SI	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento:(Temas incluidos en el programa)
Se tiene a la vista documento que describe:
En página 2, ítem 2, alcance:
- Dirigido a todos los funcionarios que realizan labores de atención directa de pacientes, especialmente para médicos, matronas(es) y técnicos paramédicos, que ingresan a la Unidad Asistencial de Neonatología, UPC Neonatología, Obstetricia y Ginecología, Urgencia, Partos, CDT especialidad de la mujer, UNACESS, VIH y SIDA, en calidad de cargos vacantes, suplencia, inducciones y/o estadías de formación.

En páginas 2 y 3, ítem 3, se definen las responsabilidades:
- Médico Jefe de Unidad: conocer el programa de orientación; cumplir con lo estipulado en el programa en lo referido a estamento médico en cuanto a contenidos, supervisiones, evaluaciones y de mantener registro del personal orientado.
- Matrón (a) supervisor (a): velar por el cumplimiento del programa; supervisar su correcta aplicación, evaluación y mantener registro anual del personal que se le ha aplicado el programa.
- Matrón (as) Clínicos (as) y Técnicos Paramédicos: conocer el programa de orientación del personal que ingresa a la unidad.

En páginas 3 y 4, ítem 4, se consigna la descripción del proceso:
- El programa inicia el primer día de trabajo del funcionario que ingresa por primera vez a la unidad.
- Duración de la orientación:
  Personal Médico: **1 semana**
  Personal no médico: matronas clínicas **1 semana por cada sector de la unidad**; paramédicos **1 semana**.
- Una vez finalizado el tiempo de orientación, aplicar pauta de evaluación al funcionario.
- El programa se evaluará en forma anual.

En páginas 4 a 6, ítem 5, se describen actividades:
- Presentación de la unidad al nuevo funcionario: presentación formal con jefaturas médicas y de enfermería según unidad asignada; mostrar planta física, entregar información sobre la unidad, informar horarios de jornada laboral y de colación; presentación a sus compañeros de trabajo.
- Información propia del trabajador: informar sistema de registro de asistencia, sus responsabilidades, funciones en el área de trabajo y recursos materiales con que cuenta.
- Seguridad del personal: plan de evacuación, manejo de la exposición ocupacional a sangre o fluidos corporales de riesgo y accidente en el manejo de medicamentos neoplásicos según aplique.
- Seguridad del paciente: documentos según corresponda a estamento:
  - Procedimientos de atención de enfermería.
  - Procedimientos de medidas preventivas de eventos.
  - Normas de infección asociadas a la atención de salud.
  - Procedimiento de alerta y organización de la atención en situaciones de riesgo vital.
  - Procedimientos de registros clínicos.
  - Manual toma de muestras.
  - Almacenamiento material estéril.
  - Procedimientos de prácticas clínicas médicas.
  - Normas de IAAS.
  - Procedimientos de registros clínicos.
  - Procedimientos de farmacia clínica.
  - Procedimientos solicitud e indicaciones de exámenes imagenológicos.
  - Comité de ética e investigación en seres humanos (exclusivo médicos).
- Funcionamiento de la Unidad Asistencial: dar a conocer documentación de registros clínicos asociados a la atención, utilizados en la unidad según corresponda a cada estamento; explicar sistema de entrega de turno según estamento; identificación y funcionamiento de equipos de la unidad; explicar y demostrar sistemas informáticos de apoyo al quehacer clínico y administrativo.
- En páginas 7 y 8, ítem 6, se describen los anexos:
  - Anexo 1: Pauta de evaluación programa de orientación de funcionarios nuevos que ingresan a la unidad.
  - Anexo 2: Formulario de registro del personal orientado.

Observaciones:
1. El documento no describe las actividades y los contenidos por estamento a orientar, es genérico para todo personal que ingresa al servicio Gineco-Obstetricia.
2. Se tienen a la vista versiones anteriores del documento: "Programa de orientación laboral", versión 01, fecha de aprobación

abril de 2014, elaborado por Mt. Karime Viralta, Mt. Dayanna Hernández – no consigna cargo; Aprobado por Mt. Sandra Soto V. – Subdirectora Matronería.
Se cumple con el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible

APF

Nombre del documento: PROGRAMA DE ORIENTACION				
Fecha elab: abril 2016	Fecha vigencia: 5 años		Versión: 03	N° páginas: 8
Elaborado por: QF Sandra Trujillo H.		Aprobado por: QF Rosana Ramos, Jefe Farmacia.		
Considera (SI/NO)	1. Médicos: NA	2. Enfermeras: NA	3. Matronas: NA	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento:(Temas incluidos en el programa)
El documento tenido a la vista destaca los siguientes elementos:
En página 2, ítems 2 y 3, se establece alcance y responsables:

- Químico farmacéutico jefe de farmacia: realiza entrevista y evaluación de antecedentes previamente, además es el responsable de aplicar este programa de orientación.
- Químicos farmacéuticos encargados de las diferentes áreas de la unidad: educación en materias básicas propias del trabajo en farmacia dependiendo del área en que se desempeñe el nuevo funcionario, estas funciones son específicas y no se incluyen en este programa de orientación.

En página 3, ítem 6, se establece la descripción del proceso:

1. El programa de orientación inicia el primer día de trabajo del funcionario que ingresa por primera vez a la unidad y del resultado de esta depende su permanencia en la unidad.
2. Duración de la orientación: 1 semana. El tiempo de duración de la orientación, estará sujeto a la necesidad del servicio, en la cual ingresará como funcionario asistencial, completando su periodo bajo supervisión de quien determine la jefatura de unidad.
3. Una vez finalizado el tiempo de orientación, solicitar al nuevo funcionario firmar formulario RG-FAR -18 -00 (anexo 1), como certificación de que recibió dicha orientación, además de aclarar dudas según necesidad.

En página 4, ítem 6, se consigna una tabla que contiene las principales actividades del programa de orientación, en la segunda fila se encuentran las actividades relacionada con la seguridad de los pacientes:

1. Plan de evacuación.
2. Procedimiento de alerta y organización de la emergencia en situaciones de riesgo vital.
3. Procedimiento de farmacia: almacenamiento, solicitud y devolución de medicamentos e insumos clínicos, procedimiento de despacho de medicamentos en atención cerrada

En página 8, se encuentra el anexo 1, corresponde a una tabla llamada Listado de funcionarios que han recibido la orientación al puesto de trabajo en la unidad de farmacia, la cual contiene fecha, nombre, Rut y firma

Por lo anterior expuesto, se da por cumplido el elemento medible.

APE

Nombre del documento	PROGRAMA DE ORIENTACION			
Fecha elab: Enero 2019.	Fecha vigencia: 5 años.		Versión: 03	N° páginas: 6
Elaborado por: Irene Castillo R., enfermera supervisora esterilización.		Aprobado por: Carmen Schweitzer M., sub director médico.		
Considera (SI/NO)	1. Médicos: NA	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: NA	4. Técnicos: SI

Se tiene a la vista protocolo en punto de verificación esterilización.
En página 2, ítem 2 y 3, se consigna
Alcance: a todos los funcionarios contratados, suplencias y/o asignados a la central de esterilización del Hospital Regional de Antofagasta.
Responsabilidades:

- Enfermera supervisora de la central de esterilización: realiza entrevista y evaluación de antecedentes previamente.
- Enfermera central de esterilización: acompañar en visita a planta física y educación en materias básicas propias de la central.

En página 3, ítem7, comienza la descripción del proceso:

1. Entrevista con Enfermera Jefe de la central de esterilización.
2. Presentación a todo el Personal de la central de esterilización.
3. Información de aspectos administrativos en relación a horarios, turnos, permisos.
4. Información relacionada con normas de esterilización.
5. Informar de equipos de protección personal, uniformes y otros similares.
6. Visita a la planta física y descripción de salidas de emergencias en casos especiales.
7. Informar de Normas básicas de prevención de infecciones asociadas a la atención
8. Aplicar pauta de Supervisión en relación a programa de orientación,
9. Realizar evaluación del programa de orientación desarrollado.
10. Tiempo de Orientación estimado: 02 Semanas.
11. Cobertura: 100% Funcionarios Nuevos.

En su página 5, anexo 1, se consigna la pauta de orientación en servicio., que se especifica el nombre del funcionario, nombre del supervisor, fecha, además de 6 ítems con una evaluación dicotómica cada uno de ellos.

Observaciones:

1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: programa de orientación, versión 02, de enero 2014, realizado por Irene Castillo Ravello, enfermera supervisora central de esterilización, aprobado por Paola Rojas Luan, jefe de centro responsabilidad operaciones. Cumple con la retrospectividad de requiere este proceso.

Se da por cumplido el elemento medible.

APD

Nombre del documento: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN LABORAL DEL PERSONAL QUE INGRESA A TRABAJAR A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

Fecha elab: Abril 2016	Fecha vigencia: 5 años	Versión: 01	N° páginas: 8
Elaborado por: Erika Segura, enfermera de hemodiálisis		Aprobado por: Ana Barrezza, enfermera supervisora de diálisis.	

Considera (SI/NO)	1. Médicos: SI	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: N/A	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento:(Temas incluidos en el programa). Se tiene a la vista, documento elaborado por la unidad de diálisis, en el que destaca:
Página 2. **Alcance:** Dirigido a todos los funcionarios que ingresan por primera vez a la unidad y que realizan labores de atención directa de pacientes, especialmente médicos, enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares, en calidad de cargos vacantes, suplencia, inducciones y/o estadías de formación.
Responsabilidad:

- Médico jefe técnico de diálisis: responsable de la recepción y presentación del personal médico que ingrese a la unidad y vela por el cumplimiento de una adecuada orientación.
- Médico de la unidad: responsable de la recepción y orientación al médico que ingresa de acuerdo a sus funciones administrativas y asistenciales descritas en el manual de organización.
- Enfermera supervisora: responsable de la recepción y presentación del funcionario no médico que ingresa, al resto del equipo, y velar por el cumplimiento de una adecuada orientación de los funcionarios.
- Enfermera clínica: participa activamente en el programa de orientación del funcionario que ingresa, de todos los estamentos de acuerdo a sus funciones.
- Técnicos paramédicos: participa en el desarrollo del programa de orientación en relación a su competencia.
- Auxiliar de aseo: participa en el desarrollo del programa de orientación en relación a su competencia.

Página 3. **Descripción del proceso:**

- El programa se inicia el primer día de trabajo del funcionario nuevo y del resultado de ésta, depende su permanencia. El tiempo de orientación dura 1 semana y estando sujeto a la necesidad del servicio, completando su período bajo supervisión de quién determine la jefatura. Finalizado el período de orientación, se le aplicará pauta de evaluación de acuerdo a su estamento.
- El programa de orientación se evaluará anualmente y se aplicará al menos al 85% del personal que ingresa por primera vez a la unidad.

Página 4. **Actividades** que se grafican en un cuadro, donde destaca:

- **Presentación de la unidad:**
  Mostrar las dependencias de la unidad y se presenta al resto de los funcionarios.
  Entregar información tales como objetivo, estructura organizacional, horario de su jornada laboral y de colación.
- **Información propia al trabajador:**
  Informar acerca del registro de asistencia (huella digital), los médicos firman libro de asistencia.
  Informar de sus responsabilidades, funciones y recursos materiales que mantiene la unidad.
  Entrega de manual de organización, procedimientos y protocolos.
- **Seguridad del personal:**
  Manejo de exposición frente a sangre y fluidos.
  Plan de evacuación.
- **Seguridad del paciente**: señala 13 documentos de acuerdo a estamento, entre otros:
  Procedimiento de atención de enfermería; procedimiento de medidas preventivas de eventos; normas de infección asociadas a la atención en salud; procedimiento de alerta y organización en situación de riesgo vital; registros clínicos según estamento; comité de ética e investigación en seres humanos (sólo médicos); procedimiento de prácticas clínicas médicas.
- **Funcionamiento de la unidad asistencial:**

Dar a conocer documentación de registros clínicos asociados a la atención según estamento (ficha clínica, receta, registro de enfermería, epicrisis, interconsulta, consentimiento informado, etc.).
Explicar sistema de turno de acuerdo a estamento.
Identificación y funcionamiento de equipos para el quehacer de cada estamento.
Explicar y demostrar sistema informático de apoyo al quehacer clínico y administrativo según estamento.
Página 7, **anexo 1.** "Pauta de orientación al ingreso a la unidad de diálisis", que contiene nombre, estamento, fecha y firma del personal orientado. Señala 10 acciones como orientación general a la unidad y normas de IAAS, calidad y seguridad del paciente.
Página 8, **anexo 2.** "Formulario de registro de funcionarios orientados en la unidad de hemodiálisis". cual contiene fecha, nombre, estamento, Rut y firma de los funcionarios orientados.

Observaciones:

1. El documento no describe las actividades y los contenidos por estamento a orientar, es genérico para todo personal que ingresa al servicio Diálisis.
   Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se cumple con el elemento medible.

APQ 1

Nombre del documento: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN LABORAL DEL PERSONAL QUE INGRESA A TRABAJAR EN LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA ADULTO

Fecha elab: Abril 2016	Fecha vigencia: Abril 2021	Versión: 02	N° páginas: 9
Elaborado por: Bianka Tomasevic Johnson,		Aprobado por: Dra. Carmen Schweitzer,	

Enfermera quimioterapia adulto			Subdirector médico (s) HRA	
Considera (SI/NO)	1. Médicos: SI	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: NA	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento:(Temas incluidos en el programa)se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad.
En las páginas 2 – 3 se describen **objetivo, alcance y responsabilidades**. El programa de orientación está dirigido a todos los funcionarios que ingresan por primera vez a la unidad y que realizan labores de atención directa de pacientes, especialmente para médicos, enfermeras (os), técnicos paramédicos y auxiliares, en calidad de cargos vacantes, suplencia, inducciones y/o estadías de formación.

En las páginas 3 - 6, ítem 4, señala la **descripción del proceso**, registrando lo siguiente:
- El programa de orientación inicia el primer día de trabajo del funcionario que ingresa por primera vez a la unidad y del resultado de esta depende su permanencia en la unidad.
- Duración de la orientación: profesionales 2 semanas, técnicos paramédicos y auxiliares 1 semana.
- Una vez finalizado el tiempo de orientación, se aplica pauta de evaluación al funcionario (Pauta de evaluación según los diferentes estamentos).
- En relación con la evaluación del programa, este se realizará en forma anual.
- **Meta**: aplicar programa de orientación al menos al 85% del personal que ingresa por primera vez a la unidad.
- **Actividades:** Entre las principales actividades del programa de orientación que se desarrollarán en la unidad, incluyen: presentación de la unidad al nuevo funcionario, información propia al trabajador, seguridad del personal, seguridad del paciente, funcionamiento de la unidad asistencial.

- En las páginas 7 - 9, se registran los siguientes **anexos**:
- Anexo 1: Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a la unidad de quimioterapia adulto.
- Anexo 2: Formulario de registro de funcionarios orientados en la unidad de quimioterapia adulto.

Observaciones:
1. El documento no describe las actividades y los contenidos por estamento a orientar, es genérico para todo personal que ingresa al servicio Diálisis.
   Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se cumple con el elemento medible.

APQ 2

Nombre del documento: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN LABORAL DEL PERSONAL QUE INGRESA A TRABAJAR EN LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA INFANTIL

Fecha elab: Abril 2016	Fecha vigencia: Abril 2021	Versión: 02	N° páginas: 9
Elaborado por: Equipo Unidad de Calidad y seguridad del paciente HRA		Aprobado por: Jessica Álvarez, Enfermera supervisora Pediatría - Oncología	

Considera (SI/NO)	1. Médicos: SI	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: NA	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento:(Temas incluidos en el programa) se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad.

En las páginas 2 – 3 se describen objetivo, alcance y responsabilidades. El programa de orientación está dirigido a todos los funcionarios que ingresan por primera vez a la unidad y que realizan labores de atención directa de pacientes, especialmente para médicos, enfermeras (os), técnicos paramédicos y auxiliares, en calidad de cargos vacantes, suplencia, inducciones y/o estadías de formación.

En las páginas 3 - 6, ítem 4, señala la **descripción del proceso**, registrando lo siguiente:
- El programa de orientación inicia el primer día de trabajo del funcionario que ingresa por primera vez a la unidad y del resultado de esta depende su permanencia en la unidad.
- **Duración de la orientación**: profesionales 4 semanas, técnicos paramédicos y auxiliares 1 semana.
- Una vez finalizado el tiempo de orientación, se aplica pauta de evaluación al funcionario (Pauta de evaluación según los diferentes estamentos).
- En relación con la evaluación del programa, este se realizará en forma anual.
- **Meta**: aplicar programa de orientación al menos al 85% del personal que ingresa por primera vez a la unidad.
- **Actividades:** Entre las principales actividades del programa de orientación que se desarrollarán en la unidad, incluyen: presentación de la unidad al nuevo funcionario, información propia al trabajador, seguridad del personal, seguridad del paciente, funcionamiento de la unidad asistencial.

En las páginas 7 - 9, se registran los siguientes **anexos**:
- Anexo 1: Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a la unidad de quimioterapia infantil.
- Anexo 2: Formulario de registro de funcionarios orientados en la unidad de quimioterapia infantil.

Observaciones:
1. El documento no describe las actividades y los contenidos por estamento a orientar, es genérico para todo personal que ingresa al servicio Diálisis.
   Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

RH 2.2 – Segundo elemento medible: Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de orientación establecido en al menos 85% de los funcionarios que ingresaron a la unidad en el último año.

PQ 1			
Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa

Personal Médico	2	0	0%
Personal no Médico	23	21	91%
Total	**25**	**21**	**84%**

Descripción de los Hallazgos: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes)

1. Se tiene a la vista los siguientes documentos:
   - Registro denominado "formulario de registro de funcionarios orientados en pabellón central" y planilla "ingreso funcionarios año 2018" de fecha 24 de abril de 2019, documento emitido por Jefe Administración del Personal Hospital Regional de Antofagasta. Documento registra los ingresos de funcionarios profesionales no médicos y técnicos del Servicio de Pabellón Central.
   - Pautas de ingreso de funcionarios nuevos a pabellón central, documento tipo definido en el protocolo local de orientación, donde se registra las actividades y contenidos entregados al funcionario ingresado.
2. Se coteja la información presentada durante la visita en terreno en el servicio de pabellón central, con los listados entregados por el prestador para la constatación de la característica RH 1.1, RH 1.2 y RH 1.3 respectivamente, con el objeto de contrastar la información de los funcionarios ingresados declarados para el servicio de pabellón.
3. Durante el periodo retrospectivo evaluado, periodo comprendido entre el 01 de junio de 2018 y el 31 de mayo de 2019, se constata que 2 funcionarios no médicos y dos médicos no han sido orientados en el respectivo servicio, por cuanto no se dispone de respaldo de la orientación realizada, según lo definido en el protocolo local.

No se da por cumplido el elemento medible en pabellón central.

PQ 2

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	0	0	S/CO
Personal no Médico	1	1	100%
Total	**1**	**1**	**100%**

Descripción de los Hallazgos: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes) Dado que el PQ de CMA comienza sus actividades el mes de octubre del año 2018, correspondiendo su evaluación desde esa fecha hasta el mes de mayo del año 2019. Se tiene a la vista pauta de evaluación, descrita en documento, con firma de enfermera cuyas iniciales son NNR, la que ingresa al servicio el 03/09/2018

PQ 3

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	0	0	S/CO
Personal no Médico	0	0	S/CO
Total	0	0	S/CO

Descripción de los Hallazgos: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes)
Se tiene a la vista memorándum N°1039 del 10/05/2019, en respuesta al correo de fecha de mayo 2019 de secretaria de pabellón cardiovascular a jefe de la unidad, que indica que en el año 2018 no hubo contrataciones en el área.

UPC Ad. 1

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico (UPC)	10	0	0
Personal no Médico	26	26	100%
Total	**36**	**26**	**72%**

Descripción de los Hallazgos: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes)

1. Se tiene a la vista los siguientes documentos:
   - Registro denominado "formulario de registro de funcionarios orientados en la unidad de pacientes críticos adultos del Hospital Regional de Antofagasta", en cual se describe en una tabla los siguientes datos, fecha, nombre, estamento y observación. Documento registra los ingresos de funcionarios a la unidad de uci adulto.
   - Pautas de ingreso de funcionarios nuevos a la unidad de pacientes críticos adultos del Hospital Clínico Regional de Antofagasta, documento tipo definido en el protocolo local de orientación, donde se registra las actividades y contenidos entregados al funcionario ingresado y en donde consta el nombre del funcionario ingresado, fecha de ingreso, unidad, fecha orientación y nombre de enfermera supervisora o médico jefe responsable de la orientación, al pie de página se registra la firma del funcionario orientado.
2. Se coteja la información presentada durante la visita en terreno en el servicio de UCI Adulto, con los listados entregados por el prestador para la constatación de la característica RH 1.1, RH 1.2, RH 1.3 y RH 2.1 respectivamente, con el objeto de contrastar la información de los funcionarios ingresados declarados en el servicio UCI adulto. En estos registros, se evidencia el ingreso de 10 médicos al servicio identificado como UCI Adulto, UPC y UCI Adulto/UCI Coronaria. Por tanto no es posible establecer consistencia entra las planillas de RR. HH y las planillas de orientación presentadas en el servicio, con el fin de determinar el universo real.
3. Durante el periodo retrospectivo evaluado, periodo comprendido entre el 01 de junio de 2018 y el 31 de mayo de 2019, se constata que en el servicio han ingresado médicos, los cuales no constan en el registro de orientación, ni se evidencia el respaldo de la orientación realizada, según lo definido en el protocolo local.

Por lo anterior expuesto, no se da por cumplido el elemento medible en UCI Adulto.

UPC Ad. 2

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	2	2	100%
Personal no Médico	9	6	66,6%
Total	**11**	**8**	**72,7%**

Descripción de los Hallazgos: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes) **Registros revisados:**

- Formulario de registro de funcionarios orientados en la unidad asistencial.
- Pauta de evaluación programa de orientación de funcionarios nuevos que ingresan a la unidad asistencial.
- Planilla base de datos del personal enviado por la unidad de RRHH del prestador.

De la constatación:
- Se revisa planilla de personal clínico permanente y transitorio enviado por el prestador, filtrando personal perteneciente al Servicio Clínico de TIM.
- Se selecciona personal ingresado en el período 01 de junio de 2018 al 31 de mayo 2019.
- Se contrasta información de funcionarios ingresados el último año, de acuerdo base de datos enviada por la unidad de RRHH del prestador, con formularios de registro de funcionarios orientados y evaluaciones del programa de orientación.

Observaciones:
1. De las pautas de orientación tenidas a la vista 6 corresponden a funcionarios ingresados dentro del periodo retrospectivo.
2. El cumplimiento constatado en el periodo 01 junio a 31 mayo 2019 corresponde a un 72,7%.

Lo constatado no cumple con lo solicitado en el elemento medible.

UPC Ad. 3

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	6	0	0
Personal no Médico	14	13	93%
Total	**20**	**13**	**65%**

Descripción de los Hallazgos: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes)
1. Se tiene a la vista los siguientes documentos:
- Registro denominado "anexo 2 formulario de registro de funcionarios orientados en la UCI Coronaria", en cual se describe en una tabla los siguientes datos, fecha, nombre, estamento, Rut y firma. Documento registra los ingresos de funcionarios a la unidad de uci coronaria.
- Anexo 1 Pauta de evaluación programa de orientación de funcionarios nuevos que ingresan a la UCI Coronaria, documento tipo definido en el protocolo local de orientación, donde se registra las actividades y contenidos entregados al funcionario ingresado y en donde consta el nombre del funcionario ingresado, unidad, fecha orientación y al pie de página se registra la firma del funcionario orientado.
2. Se coteja la información presentada durante la visita en terreno en el servicio de UCI Coronaria, con los listados entregados por el prestador para la constatación de la característica RH 1.1, RH 1.2, RH 1.3 y RH 2.1 respectivamente, con el objeto de contrastar la información de los funcionarios ingresados declarados en el servicio UCI coronaria. En estos registros, se evidencia el ingreso de 6 médicos al servicio.
3. Durante el periodo retrospectivo evaluado, periodo comprendido entre el 01 de junio de 2018 y el 31 de mayo de 2019, se constata que en el servicio han ingresado médicos, los cuales no constan en el registro de orientación "anexo 2", ni se evidencia el respaldo de la orientación realizada, "anexo 1", según lo definido en el protocolo local.

Por lo anterior expuesto, no se da por cumplido el elemento medible en UCI Coronaria.

UPC Ped.

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	3	3	100%
Personal no Médico	16	16	100%
Total	**19**	**19**	**100%**

Descripción de los Hallazgos: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes)
Se coteja la información presentada durante la visita en terreno en el servicio de UPC Ped, con los listados entregados por el prestador para la constatación de la característica RH 1.1, RH 1.2, RH 1.3 y RH 2.1 respectivamente, con el objeto de contrastar la información de los funcionarios ingresados declarados en el servicio UPC Ped. En estos registros, se evidencia más funcionarios orientados que en la planilla enviada por RR.HH, por tanto no es posible establecer consistencia entra las planillas de RR. HH y las planillas de orientación presentadas en el servicio, con el fin de determinar el universo real.

UPC Neo

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	1	0	0%
Personal no Médico	13	13	100%
Total	**14**	**13**	**93%**

Descripción de los Hallazgos:
El documento que se tiene a la vista es un listado conjunto del personal de la UPC NEO y NEO
No hay información en relación a personal médico. Matrona supervisora refiere y confirma que han ingresado médicos nuevos durante el periodo retrospectivo sin orientarse, por tanto no es posible establecer consistencia entre las planillas de orientación y el personal orientado.

MQs 1

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	0	0	N/A
Personal no Médico	19	19	100%
Total	**19**	**19**	**100%**

Descripción de los Hallazgos: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes)
- **El periodo retrospectivo** a evaluar para esta característica es de 1 año, comprendido entre los meses de junio 2018 y mayo 2019
- **Registros revisados:**
  - Correo enviado desde unidad de administración personal, el cual adjunta nomina de funcionarios nuevos ingresados el 2018 y 2019 al servicio de medicina.
  - Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad de Medicina, consolidado con los funcionarios ingresados que contiene:

1. Fecha
2. Nombre
3. Estamento

4. Rut

Pauta de orientación, "programa de orientación de funcionarios nuevos que ingresan a la unidad de medicina", que consta de:
2. Nombre
3. Fecha.
4. Estamento
5. Rut
6. Firma del funcionario
7. Actividades (10 ítems)
8. Cumplimiento.

- **De la constatación:** Para constatar el cumplimiento del programa de orientación, se revisa el listado entregado por el prestador por la unidad de RR.HH total de funcionarios ingresados en el periodo de comprendido entre 01 de junio 2018 y 30 de mayo 2019, las pautas de orientación, formulario de registro de funcionarios orientados en la unidad de Medicina.
- **Se constata:** Los documentos presentados por el prestador en el punto de verificación, dan cuenta de la realización de la orientación a 19 funcionarios no médicos ingresados el último año a la unidad de medicina.
  La unidad de Recursos Humanos entrega para la evaluación de esta característica, un listado que consigna el ingreso de 10 funcionarios (5 tens y 5 enfermeras), lo que no es concordante con lo constatado.
  En estos registros, se evidencia más funcionarios orientados que en la planilla enviada por RR.HH, por tanto no es posible establecer consistencia entra las planillas de RR. HH y las planillas de orientación presentadas en el servicio, con el fin de determinar el universo real.

Por lo descrito no se da por cumplido el elemento medible.

MQs 2

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	0	0	N/A
Personal no Médico	7	6	86%
Total	**7**	**6**	**86%**

Descripción de los Hallazgos: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes)
- **El periodo retrospectivo** evaluar para esta característica es de 1 año, comprendido entre los meses de junio 2018 y mayo 2019
- **Registros revisados:**
- Memorándum Nº543 del 8 de marzo de 2019 de Jefe unidad de administración personal, el cual adjunta nomina de funcionarios nuevos ingresados el 2018 y 2019 al servicio de medicina.
- Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad de Medicina, consolidado con los funcionarios ingresados que contiene:
1. Fecha
2. Nombre
3. Estamento
4. Rut

Pauta de ingreso de ingreso de funcionarios nuevos a BMQ, que consta de:
1. Unidad.
2. Fecha.
3. Nombre enfermera supervisora o medico jefe.
4. Actividades.
5. Cumplimiento (si o no).
6. Observaciones.
7. Nombre y firma del personal orientado.
- **De la constatación:** Para constatar el cumplimiento del programa de orientación, se revisa el listado entregado por el prestador por la unidad de RR.HH total de funcionarios ingresados en el periodo de comprendido entre 01 de junio 2018 y 30 de mayo 2019, las pautas de orientación, formulario de registro de funcionarios orientados en la unidad.
- **Se constata:** Los documentos presentados por el prestador en el punto de verificación, dan cuenta del ingreso de 7 funcionario no médicos a la unidad de BQE durante el ultimo año, de éstos se orientaron 6.
  La unidad de Recursos Humanos entrega para la evaluación de esta característica, listado que consigna el ingreso de 5 funcionarios (4 tens y 1 enfermera), lo que no es concordante con lo constatado.
  En estos registros, se evidencia más funcionarios orientados que en la planilla enviada por RR.HH, por tanto no es posible establecer consistencia entra las planillas de RR. HH y las planillas de orientación presentadas en el servicio, con el fin de determinar el universo real.

Por lo antes mencionado no se da por cumplido el elemento medible

MQs 3

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	0	0	N/A
Personal no Médico	16	16	100%
Total	**16**	**16**	**100%**

Descripción de los Hallazgos: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes)
- **El periodo retrospectivo** evaluar para esta característica es de 1 año, comprendido entre los meses de junio 2018 y mayo 2019
- **Registros revisados:**

Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad de Medicina, consolidado con los funcionarios ingresados que

contiene:
1. Fecha
2. Nombre
3. Estamento
4. Rut

Pauta de ingreso de ingreso de funcionarios nuevos a Cirugía, que consta de:
1. Unidad.
2. Fecha.
3. Nombre enfermera supervisora o medico jefe.
4. Actividades.
5. Cumplimiento (si o no).
6. Observaciones.
7. Nombre y firma del personal orientado.

- **De la constatación:** Para constatar el cumplimiento del programa de orientación, se revisa el listado entregado por el prestador por la unidad de RR.HH total de funcionarios ingresados en el periodo de comprendido entre 01 de junio 2018 y 30 de mayo 2019, las pautas de orientación, formulario de registro de funcionarios orientados en la unidad.
- **Se constata:** Los documentos presentados por el prestador en el punto de verificación, dan cuenta del ingreso de 16 funcionarios no médicos ingresados el último año a la unidad de Cirugía, durante el ultimo año.
  La unidad de Recursos Humanos entrega para la evaluación de esta característica, un listado que consigna el ingreso de 14 funcionarios (7 tens, 6 enfermeras y 1 médico),lo que no es concordante con lo constatado.
  En estos registros, se evidencia más funcionarios orientados que en la planilla enviada por RR.HH, por tanto no es posible establecer consistencia entra las planillas de RR. HH y las planillas de orientación presentadas en el servicio, con el fin de determinar el universo real.

Por lo antes mencionado no se da por cumplido el elemento medible.

MQs 4

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	0	0	N/A
Personal no Médico	17	17	100%
Total	**17**	**17**	**100%**

Descripción de los Hallazgos: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes)

- **El periodo retrospectivo**, dado que el funcionamiento de este servicio se inicio el 26 de enero 2019,se constatan los funcionarios ingresados entre el 26 de enero y 31 de mayo de 2019
- **Registros revisados:**

Pauta de ingreso de ingreso de funcionarios nuevos a Cirugía, que consta de:
- Unidad.
- Fecha.
- Nombre enfermera supervisora o medico jefe.
- Actividades.
- Cumplimiento (si o no).
- Observaciones.
- Nombre y firma del personal orientado.

- **De la constatación:** Para constatar el cumplimiento del programa de orientación, se revisa el listado declarado por el prestador, total de funcionarios ingresados en el periodo de comprendido entre 26 enero y 31 mayo 2019 pauta de orientación y formulario de registro de funcionarios orientados en la unidad.
- **Se constata:** Los documentos presentados por el prestador en el punto de verificación, dan cuenta del ingreso de 17 funcionario no médicos ingresados a la unidad de Médico Quirúrgico Básico, durante el ultimo año.
- La unidad de Recursos Humanos entrega para la evaluación de esta característica, listado en el que no consigna el ingreso de funcionario a este servicio.

Observaciones:
1. En planilla enviada por Recursos Humanos con listado de funcionarios ingresados el ultimo año, no consigna el servicio Médico Quirúrgico Básico. En el servicio se tiene a la vista 17 pautas firmadas por funcionarios ingresados a la unidad.

MQs 5

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	0	0	NA
Personal no Médico	1	1	100%
Total	**1**	**1**	**100%**

Descripción de los Hallazgos: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes)

Registros revisados:
- Formulario de registro de funcionarios orientados en la unidad asistencial.
- Pauta de evaluación programa de orientación de funcionarios nuevos que ingresan a la unidad asistencial.
- Planilla base de datos del personal enviado por la unidad de RRHH del prestador.

De la constatación:
- Se revisa planilla de personal clínico permanente y transitorio enviado por el prestador, filtrando personal perteneciente al Servicio Clínico de UCM.
- Se selecciona personal ingresado en el período 01 de junio de 2018 al 31 de mayo 2019.
- Se contrasta información de funcionarios ingresados el último año, de acuerdo base de datos enviada por la unidad de RRHH del prestador, con formularios de registro de funcionarios orientados y evaluaciones del programa de orientación.

Observaciones:

1. De las pautas de orientación tenidas a la vista 1 corresponde a funcionario ingresado dentro del periodo retrospectivo.
2. No se cuenta con información del punto de verificación por parte del prestador de ingresos médicos en el periodo retrospectivo.
3. No se tiene información respecto a ingresos del periodo retrospectivo evaluado enero a mayo 2019.

Lo constatado no cumple con lo solicitado en el elemento medible.

MQs 6

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	0	0	
Personal no Médico	8	7	87,5%
Total	**8**	**7**	**87,5%**

Descripción de los Hallazgos: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes)

Registros revisados:
- Formulario de registro de funcionarios orientados en la unidad asistencial.
- Pauta de evaluación programa de orientación de funcionarios nuevos que ingresan a la unidad asistencial.
- Planilla base de datos del personal enviado por la unidad de RRHH del prestador.

De la constatación:
- Se revisa planilla de personal clínico permanente y transitorio enviado por el prestador, filtrando personal perteneciente al Servicio Clínico de TIM.
- Se selecciona personal ingresado en el período 01 de junio de 2018 al 31 de mayo 2019.
- Se contrasta información de funcionarios ingresados el último año, de acuerdo base de datos enviada por la unidad de RRHH del prestador, con formularios de registro de funcionarios orientados y evaluaciones del programa de orientación.

Observaciones:
1. De las pautas de orientación tenidas a la vista 7 corresponden a funcionarios ingresados dentro del periodo retrospectivo.
2. No se cuenta con información de ingresos médicos en el periodo retrospectivo.
3. El cumplimiento constatado entre los meses de junio a diciembre 2018 corresponde a un 100%.

Lo constatado no cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Descripción de los Hallazgos: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes)

Ped.

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	Sin información	6	
Personal no Médico	8	8	100%
Total	**8**	**14**	

Observaciones: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes)

Neo

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	Sin información	Sin información	
Personal no Médico	10	10	
Total	**10**	**10**	

Descripción de los Hallazgos:
No es posible confirmar los datos entregados por supervisora debido a que el personal de neonatología está contenido en la planilla de UPC Neonatal, sin diferenciar a que servicio se orientó efectivamente, ya que el registro esta caratulado como UPC Neonatal.

Obst-gine

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	3	0	0%
Personal no Médico	6	4	66%
Total	**9**	**4**	**44%**

Descripción de los Hallazgos: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes)

Registros revisados:
- Formulario de registro de funcionarios orientados en la unidad asistencial.
- Pauta de chequeo de programa de orientación laboral.
- Planilla base de datos del personal enviado por la unidad de RR.HH del prestador.

De la constatación:
- Se coteja planilla de personal clínico permanente y transitorio enviado por la unidad de RR.HH del prestador, filtrando personal perteneciente al Servicio Clínico de Obstetricia y Ginecología con un total de 9 ingresos para el periodo.
- Se cuentan las pautas de chequeos presentadas por el prestador, siendo 44 en su totalidad, de éstas sólo 4 registran la fecha de realización en cuanto a: mes y año. El resto registra sólo año (2018, 2019) o no consigna fecha. No consignan en su totalidad el nombre del funcionario y firma.
- En estos registros, se evidencia más funcionarios orientados que en la planilla enviada por RR.HH, por tanto no es posible establecer consistencia entre las planillas de RR. HH y las planillas de orientación presentadas en el servicio, con el fin de determinar el universo real.

Observaciones:
- En el PV no disponen de un listado formal que de cuenta del personal ingresado durante el último año, cuentan con pautas de programa orientación laboral y planillas de firmas denominadas "registros de funcionarios orientados" las cuales consignan en relación a la fecha "2018" no especifica día ni mes.
- Referente, del prestador refiere "que no existe documentación que respalde de realización del programa de orientación en médicos".
- De las 44 pautas de chequeos de orientación de las evaluaciones del programa de orientación presentadas en el PV, sólo 4 consignan la totalidad de la información con respecto a fechas de ejecución.

Lo constatado no cumple con lo solicitado en el elemento medible.

APF

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	NA	NA	
Personal no Médico	5	5	100%
Total	5	5	100%

Descripción de los Hallazgos: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes)

- El periodo retrospectivo a evaluar para esta característica es de 1 años, comprendido entre los meses de junio 2018 y mayo 2019.
- **Registros revisados:**

Formulario de personal, el cual consigna tabla con nómina de funcionarios ingresados el 2018 al servicio de farmacia, que contiene:

- Servicio.
- Funcionario.
- Estamento.
- Fecha de ingreso al reemplazo.
- Fecha de ingreso al cargo

Formulario RG-FAR-18, llamado "listado de funcionarios que han recibido la orientación al puesto de trabajo en la unidad de farmacia", que consta de:

- Fecha.
- Nombre.
- RUT.
- Firma.

- **De la constatación:**

  Para constatar el cumplimiento del programa de orientación, se revisa el listado declarado por el prestador, total de funcionarios ingresados en el periodo de comprendido entre junio 2018 y mayo 2019 y formulario de registro de funcionarios orientados en la unidad.

- Se constata:

  Los documentos presentados por el prestador dan cuenta de la realización de la orientación, al personal que ingreso el último año, a la unidad de farmacia, por lo tanto, se cumple el porcentaje exigido en el elemento medible.

Se da por cumplido el elemento medible.

APE

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	NA	NA	NA
Personal no Médico	13	12	92%
Total	**13**	**12**	**92%**

Descripción de los Hallazgos: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes) Descripción de los Hallazgos: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes)

- Se tiene a la vista formulario llamado Programa de orientación central de esterilización, contiene tabla con el nombre de los funcionarios ingresados en el año 2018, fecha de ingreso y si se realizó la orientación, se constata que ingresaron al servicio 13 funcionarios durante junio 2018 y mayo 2019, de los cuales a 12 funcionarios se efectuó la orientación.
- Se constata pautas de supervisión de la ejecución del programa de orientación, junto con el test de evaluación. La pauta de supervisión contiene:

- Nombre del funcionario.
- Nombre del supervisor.
- Fecha.
- Firma del funcionario
- 6 ítems a completar Si o NO, en donde consigna temas tratados en la orientación, entre ellos:

- Presentación al personal de la central de Esterilización HRA.
- Capacitación de técnica de prevención de infecciones, lavado de manos.
- Capacitación en uso de elementos de Protección Personal Obligatoria.

Se constata test de evaluación del programa de orientación, consigna:

- Nombre del funcionario.
- Fecha.
- 6 preguntas, entre ellas:

- Comprendió los contenidos de la orientación, respuesta: Si, No, Por qué.
- Nombre tres elementos de protección personal.
- Qué es área sucia.

Por lo anterior expuesto, se da por cumplido el elemento medible.

APD

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	0	0	NS
Personal no Médico	15	12	80%
Total	**15**	**12**	**80%**

Descripción de los Hallazgos:

El periodo retrospectivo a evaluar para esta característica es de 1 año, comprendido entre los meses de junio 2018 y mayo 2019.

Registros revisados:

1. Memorándum Nº1205, del 14 de junio del 2019, enviado por unidad de administración personal, el cual adjunta nómina de 8 funcionarios nuevos ingresados el 2018 al servicio de diálisis.
2. Pauta de orientación "programa de orientación de funcionarios nuevos que ingresan a la unidad de diálisis, que contiene:

- Unidad.
- Fecha.
- Nombre enfermera supervisora o medico jefe.
- Actividades.
- Cumplimiento (si o no).
- Observaciones.
- Nombre y firma del personal orientado.

3. Formulario de registro de funcionarios orientados en la unidad, que contiene los siguientes datos: fecha, nombre, estamento, RUT y firma.

De la constatación:

- Para constatar el cumplimiento del programa de orientación, se revisa el listado declarado por el prestador, pauta de orientación y formulario de registro de funcionarios orientados en la unidad. Posteriormente se seleccionan los funcionarios ingresados desde el 1 de junio 2018 al 31 de mayo del 2019.

Iniciales del funcionario	Fecha de ingreso	Pauta de orientación	Firma formulario orientación
1.-G. A. C.	01/10/2018	SI	SI
2.-A. G. N.	07/09/2018	SI	SI
3.-I. L. H.	06/09/2018	NO	SI
4.-A. L. L.	05/11/2018	SI	SI
5.-A. O. D.	16/10/2018	SI	SI
6.-D. P. O.	06/09/2018	SI	SI
7.-A. P. R.	16/10/2018	SI	SI
8.-S. H. V. F.	16/10/2018	SI	SI
9.- M. Ch. O.	16/10/2018	SI	SI
10.- B. T. B.	13/05/2019	SI	SI
11.- G. O. R.	N/C	SI	SI
12.- P. O. del V.	02/01/2019	NO	NO
13.- C. O. M.	N/C	SI	SI
14.- M. B. L.	06/11/2018	NO	NO
15.- F. J. V.	25/10/2108	NO	NO

Observaciones:

- N/C: No consigna fecha de ingreso.
- No se cuenta con información de ingresos médicos en el periodo retrospectivo.
- De los 15 funcionarios ingresados en el período retrospectivo a evaluar (01 junio 2018 al 31 de mayo del 2019), 11 completaron las pautas de orientación y 12 firmaron el Formulario de registro de orientación.
- El cumplimiento constatado en el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a un 80% y el protocolo local señala que cada año se aplicará el programa de orientación al menos al 85% del personal nuevo que ingresa a la unidad.

Por lo señalado anteriormente, no cumple el elemento medible.

APQ Adulto			
Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	-	-	-
Personal no Médico	5	3	60%
Total	**5**	**3**	**60%**

Descripción de los Hallazgos: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes)

- **El periodo retrospectivo** a evaluar para esta característica es de 1 años, comprendido entre los meses de junio 2018 y mayo 2019.
- **Registros revisados:**

- Memorándum Nº 1887, del 14 de junio del 2019, enviado por jefatura de subrogante unidad de administración personal, el cual adjunta nomina de funcionarios nuevos ingresados el 2018 y 2019 al servicio de oncología.
- Pauta de orientación "programa de orientación de funcionarios nuevos que ingresan a la unidad de quimioterapia", que consta de:
  1. Unidad.
  2. Fecha.
  3. Nombre enfermera supervisora o medico jefe.
  4. Actividades.
  5. Cumplimiento (si o no).
  6. Observaciones.
  7. Nombre y firma del personal orientado.
- Listado entregado por recursos humanos, con el total de funcionarios ingresados durante el ultimo año.
- Formulario de registro de funcionarios orientados en la unidad, que contiene los siguientes datos: fecha, nombre, estamento, RUT y firma.

- **De la constatación:**
  Para constatar el cumplimiento del programa de orientación, se revisa el listado declarado por el prestador, total de funcionarios ingresados en el periodo de comprendido entre junio 2018 y mayo 2019, pauta de orientación y formulario de registro de funcionarios orientados en la unidad.
- **Se constata:**

Los documentos presentados por el prestador no dan cuenta de la realización de la orientación, a todo el personal que ingresó el último año a la unidad de quimioterapia, por lo que no cumple el porcentaje exigido en el elemento medible.

Por lo antes mencionado no se da por cumplido el elemento medible.

APQ Infantil			
Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	-	-	-
Personal no Médico	1	1	100%
Total	**1**	**1**	**100%**

Descripción de los Hallazgos: (Revisión de planillas de asistencia u otras fuentes)

- **El periodo retrospectivo** a evaluar para esta característica es de 1 años, comprendido entre los meses de junio 2018 y mayo 2019.
- **Registros revisados:**

- Memorándum Nº 1182, del 13 de junio del 2019, enviado por jefatura de subrogante unidad de administración personal, el cual adjunta nomina de funcionarios nuevos ingresados el 2018 y 2019 al servicio de oncología.
- Pauta de orientación "programa de orientación de funcionarios nuevos que ingresan a la unidad de quimioterapia", que consta de:

1. Unidad.
2. Fecha.
3. Nombre enfermera supervisora o medico jefe.
4. Actividades.
5. Cumplimiento (si o no).
6. Observaciones.
7. Nombre y firma del personal orientado.

- Listado entregado por recursos humanos, con el total de funcionarios ingresados durante el ultimo año.
- Formulario de registro de funcionarios orientados en la unidad, que contiene los siguientes datos: fecha, nombre, estamento, RUT y firma.

- **De la constatación:**

1. Para constatar el cumplimiento del programa de orientación, se revisa el listado declarado por el prestador, total de funcionarios ingresados en el periodo de comprendido entre junio 2018 y mayo 2019, pauta de orientación y formulario de registro de funcionarios orientados en la unidad.
2. Se constata que los documentos presentados por el prestador dan cuenta de la realización de la orientación, a todo el personal que ingreso el último año, a la unidad de quimioterapia, por lo tanto, se cumple el porcentaje exigido en el elemento medible.

Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA RH 2.2 /FUNDAMENTOS

EM	PQ	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med.	Cir. Ad.	Ped.	Neo	Obst-gine	APF	APE	APD	APQ
1° EM	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
2° EM	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Umbral de la característica: ≥ 75%		Puntaje total: 14/26			Porcentaje obtenido: 54%					**Cumple: NO**			

CARACTERÍSTICA RH 3.1 /HALLAZGOS

RH 3.1 – Primer elemento medible: Se describe un documento con el programa de capacitación anual el que incluye temas relacionados con prevención y control de infecciones y reanimación cardiopulmonar.

Dirección o Gerencia		
Nombre del documento: PROGRAMA DE CAPACITACIÓN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.		
N° Resolución Exenta: 8767. 3 noviembre 2015.	Versión: 02	Fecha: Septiembre 2015
Elaborado por: Sr. Bladimir Castillo Rivadera, Encargado unidad de capacitación CR de las personas.	Aprobado por: Sr. Juan Urrutia Reyes, Director (T y P) Hospital Regional Antofagasta.	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: Septiembre 2020	N° páginas: 11
Considera (SI/NO)	1. Prevención y control de infecciones: SI	2. Reanimación cardiopulmonar: SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En la página 2, describe

- Objetivos: Llograr que los funcionarios del HRA adquieran y actualicen conocimientos, así como también desarrollen habilidades y competencias, tanto técnicas como personales, para el eficiente desempeño de su cargo y desarrollo personal; en base a los lineamientos estratégicos establecidos por el Ministerio de salud y por nuestro establecimiento, incluyendo temas relevantes en el ámbito clínico, tales como Reanimación cardiopulmonar (RCP) e infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), su control y prevención .
- Alcance: funcionarios pertenecientes al Hospital Regional Antofagasta, Dr. Leonardo Guzmán, afectos a las leyes 18.834 y 19.664.

En las páginas 7 y 8, ítem 7.1, se describen las actividades, las cuales destaca:

- Presentación del proyecto y panificación PAC: durante el mes de diciembre de cada año, las diferentes unidades y/o funcionarios pueden presentar un proyecto de capacitación al CBC, esta debe enmarcarse dentro de las necesidades de capacitación del establecimiento, según lineamientos estratégicos, compromisos de gestión y metas sanitarias establecidas

por el nivel central. Estas deben estar orientadas al desarrollo de las competencias de los funcionarios, con el fin de mejorar la calidad de la atención y el trato al usuario,

- En lo que respecta al ámbito de capacitación el PAC (programa anual de capacitación) del establecimiento debe incluir temas relacionados con Reanimación cardiopulmonar e infecciones asociadas a la atención de salud, asegurando una cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas, con el fin que el personal que participa en la atención directa de los pacientes, reciba una actualización cada 5 años en estos temas.
- Las actividades de capacitación son aprobadas mediante resolución de la Dirección del Servicio de Salud Antofagasta y su programación es difundida mediante documento a todas las unidades clínicas, administrativas y de apoyo del establecimiento.
- Las actividades de capacitación se ejecutan entre los meses de marzo y octubre del año en curso, según fechas programadas por los coordinadores a cada actividad, en conjunto con la unidad de capacitación.
- Una vez finalizada la actividad de capacitación, el coordinador u empresa externa, deberá enviar el registro de asistencia con los datos de los participantes, así como las notas obtenidas por cada funcionario y la encuesta de satisfacción usuaria, a la unidad de capacitación para su ingreso al sistema.

En página 8 ítem 7.2, se describe meta, la cual menciona, que cada año se capacitara al 20% de la dotación total, para que en un plazo de 5 años, se encuentre capacitado el 100% de la dotación de cada unidad, en temas de RCP e IAAS.

Se da por cumplido el elemento medible.

RH 3.1 – Segundo elemento medible: La cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas asegura que el personal reciba una actualización al menos cada 5 años en estos temas.

Describa la cobertura y periodicidad de las capacitaciones en **IAAS**
Retrospectividad de acuerdo a lo instruido en el Compendio de Circulares IP Versión 4 para características no cumplidas en el primer proceso de acreditación: 24 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2017 al 31 de mayo de 2019.

Punto de Verificación	N° de capacitados en IAAS	Fecha de capacitación realizada	Fecha de actualización programada (cada 5 años)	Cumple (SI/NO)
PQ 1	2 4 5 16 13 80	2014 2015 2016 2017 2018 No capacitados	2019 2020 2021 2022 2023 2019 (Proyección de capacitación)	**NO**
PQ 2	8	2014 2017 2018	2019 2023 2024	NO
PQ 3	2	2014	2019	NO
UPC Ad. 1	7 3 15 18 14 66	2014 2015 2016 2017 2018 No capacitados	2019 2020 2021 2022 2023 2019 (Proyección de capacitación)	**NO**
UPC Ad. 2	12 2 4 22 8 76	2014 2015 2016 2017 2018 Programados 2019	2019 2020 2021 2022 2023	SI SI SI SI SI NO
UPC Ad. 3	6 4 7 4 15 20	2014 2015 2016 2017 2018 No capacitados	2019 2020 2021 2022 2023 2019 (Proyección de capacitación)	**NO**
UPC Ped.	21 de 56	2014 2015 2016 2017 2018	2019 2020 2021 2022 2023	NO
UPC Neo	32 de 85	2014 2015 2016 2017 2018	2019 2020 2021 2022 2023	**NO**
MQs 1	14 10	2014 2015	2019 2020	SI SI

	6 20 20 62	2016 2017 2018 Programados 2019	2021 2022 2023 2024	SI SI SI NO
MQs 2	11 8 4 6 17 24	2014 2015 2016 2017 2018 Programados 2019	2019 2010 2021 2022 2023 2024	SI SI SI SI SI NO
MQs 3	0 1 3 º 3	2014 2015 2016 2017 2018 Programados 2019	2019 2010 2021 2022 2023 2024	SI SI SI SI SI NO
MQs 4	7 23	2018 Programados 2019	2023 2024	SI NO
MQs 5	7 2 5 8 14 65	2014 2015 2016 2017 2018 Programados 2019	2019 2020 2021 2022 2023	SI SI SI SI SI NO
MQs 6	3 0 3 62	2016 2017 2018 Programados 2019	2021 2023	SI SI SI
Cir. Inf.	7 de 8	2014 2015 2016 2017 2018	2019 2020 2021 2022 2023	NO
Ped.	23 de 49	2014 2015 2016 2017 2018	2019 2020 2021 2022 2023	NO
Neo	11 de 28	2014 2015 2016 2017 2018	2019 2020 2021 2022 2023	NO
Obst-gine	28	2014 2015 2016 2017 2018	2019 2020 2021 2022 2023	**NO**
APD	3 5 2 7 9	2015 2016 2017 2018 Programados 2019	2020 2021 2022 2023	NO
APQ	10 de 19	2014. 2016. 2017. 2018.	2019. 2021. 2022. 2023.	SI
API	11 de 46	2014. 2015. 2016. 2017. 2018.	2019. 2020. 2021. 2022. 2023.	SI
Dental	6	2014 2016 2018	2019 2021 2023	SI
URG	112 de 256	2014. 2015. 2016. 2017. 2018.	2019. 2020. 2021. 2022. 2023.	NO

Observaciones:
1. Prestador declara en su protocolo local que cada año se capacitará al 20% de la dotación total (documento fechado año 2015)

PQ 1
2. Se tiene a la vista documento emitido por el jefe de capacitación del Hospital Regional Antofagasta, registro con cobertura de capacitación del personal y proyección del mismo para la debida actualización cada 5 años.
3. Cobertura del personal capacitado constatada por la entidad es de un 30%.
4. El prestador presenta un listado de "proyección de capacitación", en dichos listados 80 funcionarios, no hay una fecha calendarizada para la ejecución del año 2019.
5. Se constata que el servicio no da cuenta de garantizar la debida cobertura en capacitación en IAAS dado que tiene al 70% para programar y de éstos el 60% para el año 2019, sin una fecha programada ni calendarizada para ejecutar.

PQ 2:
1. El personal contenido en planilla de programación no considera a los profesionales médicos.
2. El total de personal reportado en planilla de programación de capacitación es de 26 funcionarios; se reportan 8 funcionarios capacitados.

Por lo expuesto en el punto 1, no se valida el elemento medible.

PQ 3:
1. El personal contenido en planilla de programación no considera a los profesionales médicos.
2. El total de personal reportado en planilla de programación de capacitación es de 9 funcionarios; se reportan 2 funcionarios capacitados.

Por lo expuesto en el punto 1, no se valida el elemento medible.

UPC Ad 1
1. Se tiene a la vista registro con cobertura de capacitación del personal y proyección del mismo para la debida actualización cada 5 años. Documento emitido por el jefe de capacitación del Hospital Regional Antofagasta.
2. Para IAAS, existe una cobertura de un 54% (13 profesionales capacitados de un total de 20 funcionarios médicos).
3. Se constata que el servicio no garantiza la debida cobertura en capacitación en RCP e IAAS para el personal médico.

Por lo anterior, no se valida el elemento medible.

UPC Ad 2
1. La planilla de programación muestra que el 100% de los médicos están programados para el 2019.
2. De las 5 fuentes primarias seleccionadas del personal capacitado (1 del 2017 y 4 del 2018), no se encuentran los certificados de capacitación realizada.
3. Prestador declara en planillas entregadas "cada año se capacitará al 20% de la dotación total, para que en un plazo de 5 años se encuentre capacitado el 100% de la dotación de la unidad". Las capacitaciones realizadas en los años 2017 y 2018 no cumplen con el 20% anual.

De lo expuesto en los puntos 1, 2 y 3 no cumple lo solicitado por el elemento medible

UPC Ad 3
1. Se tiene a la vista registro con cobertura de capacitación del personal y proyección del mismo para la debida actualización cada 5 años. Documento emitido por el jefe de capacitación del Hospital Regional Antofagasta.
2. Se constata que el prestador, no considera a médicos en capacitación para RCP, durante el año 2017 y 2018. Para IAAS, existe una cobertura de un 57% (4 profesionales capacitados de un total de 7 funcionarios médicos).
3. Se constata que el servicio no garantiza la debida cobertura en capacitación en RCP e IAAS para el personal médico.

Por lo anterior, no se valida el elemento medible.

UPC Ped
1. El personal contenido en planilla de programación no considera a los profesionales médicos. Existe planilla individual para este estamento.
2. De las 5 funcionarios seleccionados para constatar, 3 cuentan con certificado de capacitación realizada.
3. De los certificados revisados en 2016, la capacitación corresponde a "Manejo respiratorio en IAAS para profesionales y técnicos".
4. Con respecto al funcionario de iniciales G.A.P, en planilla enviada desde personal tiene como fecha de capacitación el 2017, se encuentra certificado en capacitación con fecha de 2016.
5. Con respecto al funcionario de iniciales a P.G.C, en planilla enviada desde personal tiene fecha de capacitación en IAAS del 2014, cuenta con certificado de capacitación con fecha de 2016.

Nº	Nombre	Fecha Capacitación IAAS	Constatación de certificado o firma asistencia	Cumple
3	G. A. P	2017	NO	NO
13	P. G. C	2014	SI	SI
24	M. O. L	2016	SI	SI
30	M. C N	Programada 2019	NA	NA
47	R. R. L	2016	SI	SI

Por lo expuesto en los puntos 1 y 2 no se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

UPC NEO:
1. El personal contenido en planilla de programación no considera a los profesionales médicos. Existe planilla individual para este estamento.

2. De los 5 funcionarios seleccionados para constatar de personal capacitado, no se constatan certificados ni asistencia.

Nº	Nombre	Fecha Capacitación IAAS	Constatación de certificado o firma asistencia	Cumple
3	I. G. A	2015 P	NO	NO
24	S. P. V	2015 P	NO	NO
28	G. M. B	2017 P	NO	NO
56	S. A. A	2015 T	NO	NO
60	J. M. I	2016 T	NO	NO

Por lo expuesto en los puntos 1 y 2 no se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

MQs 1

1. De las 5 fuentes primarias seleccionadas del personal capacitado (2 del 2017 y 3 del 2018), no se encuentran los certificados de capacitación realizada.
2. De las 3 fuentes primarias correspondientes al año 2018, se encuentra la firma de las 3 en planillas de asistencia.
3. La planilla de programación muestra que el 79% de los médicos están programados para el 2019.
4. Prestador declara en planillas entregadas "cada año se capacitará al 20% de la dotación total, para que en un plazo de 5 años se encuentre capacitado el 100% de la dotación de la unidad". Las capacitaciones realizadas en los años 2017 y 2018 no cumplen con el 20% anual, lo programado para el año 2019 no cumple con el 20% anual.

Por lo expuesto en los puntos 1, 2 y 4 no se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

MQs 2

1. De las 5 fuentes primarias seleccionadas del personal capacitado (2 del 2017 y 3 del 2018), no se encuentran los certificados de capacitación realizada.
2. De las 3 fuentes primarias correspondientes al año 2018, se encuentra firma de las 3 en planillas de asistencia.
3. Prestador declara en planillas entregadas "cada año se capacitará al 20% de la dotación total, para que en un plazo de 5 años se encuentre capacitado el 100% de la dotación de la unidad". Las capacitaciones realizadas en los años 2017 y 2018 no cumplen con el 20% anual, lo programado para el año 2019 no cumple con el 20% anual.

Por lo expuesto en los puntos 1 y 3 no se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

MQs 3

1. De las 5 fuentes primarias seleccionadas del personal capacitado (2 del 2017 y 3 del 2018), no se encuentran los certificados de capacitación realizada.
2. De las 3 fuentes primarias correspondientes al año 2018, se encuentra firma en planillas de asistencia.
3. Prestador declara en planillas entregadas "cada año se capacitará al 20% de la dotación total, para que en un plazo de 5 años se encuentre capacitado el 100% de la dotación de la unidad". Las capacitaciones realizadas en los años 2017 y 2018 no cumplen con el 20% anual, lo programado para el año 2019 no cumple con el 20% anual.

Por lo expuesto en los puntos 1 y 3 no se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

MQs 4

1. De las 5 fuentes primarias seleccionadas del personal capacitado (2018), no se encuentran los certificados de capacitación realizada.
2. De las 5 fuentes primarias correspondientes al año 2018 no se encuentra firma en planillas de asistencia.
3. Prestador declara en planillas entregadas "cada año se capacitará al 20% de la dotación total, para que en un plazo de 5 años se encuentre capacitado el 100% de la dotación de la unidad". Las capacitaciones realizadas en los años 2017 y 2018 no cumplen con el 20% anual, lo programado para el año 2019 no cumple con el 20% anual.

Por lo expuesto en los puntos 1, 2 y 3 no se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

MQs 5

1. Prestador declara en planillas entregadas "cada año se capacitará al 20% de la dotación total, para que en un plazo de 5 años se encuentre capacitado el 100% de la dotación de la unidad". Las capacitaciones realizadas en los años 2017 y 2018 no cumplen con el 20% anual.

Por lo expuesto en el punto 1, no se da por cumplido el elemento medible.

MQs 6

1. Se da por cumplido el elemento medible, dado que la unidad inicio su funcionamiento en febrero 2018.

Cir Inf

1. El personal contenido en planilla de programación no considera a los profesionales médicos. Existe planilla individual para este estamento.
2. De las 5 fuentes primarias seleccionada para constatar certificados de capacitación para el personal, sólo 1 tiene fecha de capacitación, el resto del personal de cirugía infantil no cuenta con certificado en IAAS.

Por lo expuesto en los punto 2 no se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Pediatría:

1. El personal contenido en planilla de programación no considera a los profesionales médicos. Existe planilla individual para este estamento.

2. De las 5 fuentes primarias de personal capacitado, se constata 1 certificado de capacitación.

Nº	Nombre	Fecha Capacitación IAAS	Constatación de certificado o firma asistencia	Cumple
26	F. L. A	Programado 2019	NA	NA
27	C. F. S	2017	NO	NO
47	A. P. M	2014	SI	SI
58	A. C. P	2016	NO	NO
59	A. K. V	2017	NO	NO

Por lo expuesto en los punto 2 no se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Neonatología:

1. El personal contenido en planilla de programación no considera a los profesionales médicos. Existe planilla individual para este estamento.
2. De las 5 fuentes primarias de personal capacitado, se constata 1 certificado de capacitación.

Nº	Nombre	Fecha Capacitación IAAS	Constatación de certificado o firma asistencia	Cumple
5	R. M. C	2014	NO	NO
8	P. V. S	2017	Paulina Vásquez Sossa	
12	P. B. C	Programado 2019		
21	G. V. S	2018		
27	K. R. R	Programado 2019		

Por lo expuesto en los punto 2 no se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Obstetricia-ginecología

1. El total de personal reportado en planilla de programación de capacitación es de 50 funcionarios no médicos; de éstos 28 capacitados.
2. Se coteja los funcionarios a capacitar con las planillas de turnos de los períodos 3º trimestre 2018 y 1º trimestre 2019, siendo de 64 y 67 funcionarios respectivamente. Los registros de personal no son concordantes con los listados de capacitación.
3. El personal contenido en planilla de programación presentada en el PV, no considera a los profesionales médicos.
4. De las 5 fuentes primarias de personal capacitado, 3 cuentan con certificado de capacitación realizada.

Por lo expuesto en los puntos 2 y 3 no se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

APD

1. En planilla revisada, del total de 26 funcionarios de todos los estamentos incluido un médico de los 2 que pertenecen a la unidad, 9 no han sido capacitados en IAAS y están programados para ser capacitados este año 2019. El año 2015 capacita 3 funcionarios, durante el año 2016 capacita 4 funcionarios, año 2017 capacita 2 funcionarios, año 2018 capacita 7 funcionarios. Para el año 2019 no hay fecha calendarizada para la ejecución.
2. Las 5 fuentes primarias seleccionadas se encuentran con firmas de asistencia a las capacitaciones de IAAS.

N° randomizado	**Iniciales funcionario**	**Nombre curso**	**Fecha capacitación**	**Firma**
12	A. B. G.	Curso 102 IAAS	22 y 23/08/2018	SI
16	A. G. N.	Curso 103 IAAS	17 Y 18/12/2018	SI
23	A. L. L.	Curso 103 IAAS	17 y 18/12/2018	SI
21	A. O. D.	Curso 103 IAAS	17 Y 18/12/2018	SI
1	A. B. R.	Curso 101 IAAS	30 Y 31/05/2018	SI

APQ

1. Personal contenido en las planillas de programación considera a los profesionales médicos y profesionales no médicos.
2. Para constatar el cumplimiento del programa de capacitación, se revisan los listados declarados por el prestador, planilla de programación capacitación, de la unidad asistencial oncología hospitalizados y oncología infantil, listado asistencia y certificados de las capacitaciones en IAAS del personal clínico, logrando verificar el universo de funcionarios capacitados en el periodo a evaluar.
3. El prestador tiene documentado, registro de programación y periodicidad, que da cuenta que el personal recibe una actualización al menos cada 5 años en IAAS, durante el periodo retrospectivo.
4. Se da por cumplido el elemento medible.

API:

1. El prestador tiene documentado, registro de programación y periodicidad, que da cuenta que el personal recibe una actualización al menos cada 5 años en IAAS, durante el periodo retrospectivo. Se da por cumplido el elemento medible.

Dental

1. De los 54 funcionarios que trabajan se desempeñan en la unidad de Dental, solo 2 (3,7%) han realizado capacitación en RCP, la cual fue realizada en el año 2014 y les corresponde actualización el año 2019. Los otros 52 funcionarios (96,3%) tienen programada la capacitación para el año 2019, no hay una fecha que de cuenta de la capacitación.
2. Según cronograma entregado en el punto de verificación Dental, el cual emana del Jefe del Departamento de Capacitación del Hospital Regional Antofagasta, el objetivo es "capacitar cada año al 20% de la dotación total, para que en un plazo de 5 años se encuentre capacitado del 100% de la dotación de la unidad".
3. Por lo expuesto en el punto 1, no se da por cumplido el elemento medible.

URG

1. Personal contenido en las planillas de programación considera a los profesionales médicos y profesionales no médicos.
2. Para constatar el cumplimiento del programa de capacitación, se revisan los listados declarados por el prestador, planilla de programación capacitación, de la unidad asistencial emergencia, listado asistencia y certificados de las capacitaciones en IAAS del personal clínico, logrando verificar el universo de funcionarios capacitados en el periodo a evaluar.
3. El prestador tiene documentado, registro de programación y periodicidad, que da cuenta que el personal recibe una actualización al menos cada 5 años en IAAS, durante el periodo retrospectivo.
4. Planilla de programación de capacitaciones de IAAS de la Unidad urgencia ginecológica y parto integral, no cuenta con la programación a 5 años para todos sus funcionarios.

No se da por cumplido el elemento medible.

Describa la cobertura y periodicidad de las capacitaciones en **RCP**

Punto de Verificación	N° de capacitados en RCP	Fecha de capacitación realizada	Fecha de actualización programada (cada 5 años)	Cumple (SI/NO)
PQ 1	2 5 4 6 7 96	2014 2015 2016 2017 2018 No capacitados	2019 2020 2021 2022 2023 2019 (Proyección de capacitación)	NO
PQ 2	6	2016-2018	2019 2021 2023 2014	NO
PQ 3	1	2018	2019 2023	NO
UPC Ad. 1	9 2 11 7 8 67	2014 2015 2016 2017 2018 No capacitados	2019 2020 2021 2022 2023 2019 (Proyección de capacitación)	NO
UPC Ad. 2	2 1 5 19 4 83	2014 2015 2016 2017 2018 Programados 2019	2019 2020 2021 2022 2023	NO
UPC Ad. 3	7 3 9 9 3 27	2014 2015 2016 2017 2018 No capacitados	2019 2020 2021 2022 2023 2019 (Proyección de capacitación)	NO
UPC Ped.	30 de 56	2014 2015 2016 2017 2018	2019 2020 2021 2022 2023	NO
UPC Neo	42 de 85	2014 2015 2016 2017 2018	2019 2020 2021 2022 2023	SI
MQs 1	11 5 12 12 16 74	2014 2015 2016 2017 2018 Programados 2019	2019 2020 2021 2022 2023 2024	SI SI SI SI SI NO
MQs 2	9 3 0 0 14 24	2014 2015 2016 2017 2018 Programados 2019	2019 2020 2021 2022 2023 2024	SI SI SI SI SI NO
MQs 3	0 2	2014 2015	2019 2010	SI SI

	3 1 3 15	2016 2017 2018 Programados 2019	2021 2022 2023 2024	SI SI SI NO
MQs 4	3 27	2018 Programados 2019	2023 2022	SI NO
MQs 5	4 4 10 0 4 76	2014 2015 2016 2017 2018 Programados 2019	2019 2020 2021 2023	NO
MQs 6	1 1 1 1 1 64	2014 2015 2016 2017 2018 Programados 2019	2019 2020 2021 2022 2023	SI
Cir. Inf.	1 de 8	2014 2015 2016 2017 2018	2019 2020 2021 2022 2023	NO
Ped.	5 de 49	2014 2015 2016 2017 2018	2019 2020 2021 2022 2023	NO
Neo	14 de 28	2014 2015 2016 2017 2018	2019 2020 2021 2022 2023	SI
Obst-gine	26	2014 2015 2017 2018	2019 2019 2022 2023	NO
APD	3 0 5 3 9 6	2014 2015 2016 2017 2018 Programados 2019	2019 2021 2022 2023	NO
APQ	7 de 19	2014. 2015. 2017.	2019. 2020. 2022.	SI
API	21 de 46	2014. 2015. 2016. 2018.	2019. 2020. 2021. 2023.	SI
Dental	2	2014	2019	SI
URG	51 de 256	2014. 2015. 2016. 2017. 2018.	2019. 2020. 2021. 2022. 2023.	NO

Observaciones:

PQ 1:

- Se tiene a la vista registro con cobertura de capacitación del personal y proyección del mismo para la debida actualización cada 5 años. Documento emitido por el jefe de capacitación del Hospital Regional Antofagasta.
- Se constata que el prestador, **no considera a médicos en capacitación para RCP**, durante el año 2017 y 2018.
- Se constata que el servicio no garantiza la debida cobertura en capacitación en RCP para el personal médico.

Por lo anterior, no se valida el elemento medible en el PV de PQ1.

PQ 2

1. El personal contenido en planilla de programación no considera a los profesionales médicos.
2. El total de personal reportado en planilla de programación de capacitación es de 26 funcionarios; Se reportan 6 funcionarios capacitados.

Por lo expuesto en los puntos 1, 2 no se cumple con lo solicitado en el elemento medible en el PV de PQ 2.

PQ 3

1. El personal contenido en planilla de programación no considera a los profesionales médicos.
2. El total de personal reportado en planilla de programación de capacitación es de 9 funcionarios; Se reporta 1 funcionario capacitado.

Por lo anterior, no se valida el elemento medible en el PV de PQ 3.

UPC Adulto 1:

1. Se tiene a la vista registro con cobertura de capacitación del personal y proyección del mismo para la debida actualización cada 5 años. Documento emitido por el jefe de capacitación del Hospital Regional Antofagasta.
2. Se constata que el prestador, no considera a médicos en capacitación para RCP, durante el año 2017 y 2018.
3. Se constata que el servicio no garantiza la debida cobertura en capacitación en RCP para el personal médico.

Por lo anterior, no se valida el elemento medible en el PV de UPC adulto 1.

UPC Adulto 2:

1. De las 5 fuentes primarias seleccionadas del personal capacitado (1 del 2017 y 4 del 2018), se encuentran las firmas en los listados de la capacitación realizada.
2. La cobertura anual de las capacitaciones no cumple con el 20% anual que el prestador refiere que va a realizar.

Por lo expuesto en los puntos 1 y 2 no se cumple con lo solicitado en el elemento medible en el PV de UPC Adulto 2.

UPC Adulto 3:

1. Se tiene a la vista registro con cobertura de capacitación del personal y proyección del mismo para la debida actualización cada 5 años. Documento emitido por el jefe de capacitación del Hospital Regional Antofagasta.
2. Se constata que el prestador, no considera a médicos en capacitación para RCP, durante el año 2017 y 2018.
3. Se constata que el servicio no garantiza la debida cobertura en capacitación en RCP para el personal médico.

Por lo anterior, no se valida el elemento medible en el PV de UPC Adulto 3

UPC Ped

1. En el listado de brechas en capacitación enviado desde el departamento correspondiente están cruzadas entre IAAS y RCP, los totales no corresponden.
2. No existe fecha para la próxima capacitación de los no vigentes.

UPC Neo

1. En el listado de brechas en capacitación enviado desde el departamento correspondiente están cruzadas entre IAAS y RCP, los totales no corresponden.
2. No existe fecha para la próxima capacitación de los no vigentes.

En **Pediatría y cirugía infantil** no se cumple con lo establecido de que cada año esté el 20% del personal capacitado en estas materias.

MQs 1

1. Seleccionadas del personal capacitado (2 del 2017 y 3 del 2018), no se encuentran los certificados de capacitación realizada.
2. La planilla de programación muestra que el 96 % de los médicos están programados para el 2019.
3. Prestador declara en planillas entregadas "cada año se capacitará al 20% de la dotación total, para que en un plazo de 5 años se encuentre capacitado el 100% de la dotación de la unidad". Las capacitaciones realizadas en los años 2017 y 2018 no cumplen con el 20% anual, lo programado para el año 2019 no cumple con el 20% anual.

Por lo expuesto en los puntos 1, 2 y 3 no se cumple con lo solicitado en el elemento medible en el PV de MQs 1.

MQs 2

1. De las 4 fuentes primarias seleccionadas del personal capacitado (2018), no se encuentran los certificados de capacitación realizada.
2. Prestador declara en planillas entregadas "cada año se capacitará al 20% de la dotación total, para que en un plazo de 5 años se encuentre capacitado el 100% de la dotación de la unidad". Las capacitaciones realizadas en los años 2017 y 2018 no cumplen con el 20% anual, lo programado para el año 2019 no cumple con el 20% anual.

Por lo expuesto en los puntos 1 y 2 no se cumple con lo solicitado en el elemento medible en el PV de MQs 2.

MQs 3

1. De las 4 fuentes primarias seleccionadas del personal capacitado (1 del 2017 y 3 del 2018), no se encuentran los certificados de capacitación realizada.
2. Prestador declara en planillas entregadas "cada año se capacitará al 20% de la dotación total, para que en un plazo de 5 años se encuentre capacitado el 100% de la dotación de la unidad". Las capacitaciones realizadas en los años 2017 y 2018 no cumplen con el 20% anual, lo programado para el año 2019 no cumple con el 20% anual.

Por lo expuesto en los puntos 1 y 2 no se cumple con lo solicitado en el elemento medible en el PV de MQs 3.

MQs 4

1. De las 3 fuentes primarias seleccionadas del personal capacitado (2018), no se encuentran los certificados de capacitación realizada.
2. Prestador declara en planillas entregadas "cada año se capacitará al 20% de la dotación total, para que en un plazo de 5 años se encuentre capacitado el 100% de la dotación de la unidad". Las capacitaciones realizadas en los años 2017 y 2018 no cumplen con el 20% anual, lo programado para el año 2019 no cumple con el 20% anual.

Por lo expuesto en los puntos 1 y 2 no se cumple con lo solicitado en el elemento medible en el PV de MQs 4.

MQs 5

1. De las 4 fuentes primarias seleccionadas del personal capacitado (4 del 2018), se encuentran las firmas de capacitación

realizada de 3.
2. La cobertura de las capacitaciones realizadas en el 2017 y 2018 no alcanza al 20%anual.

Por lo expuesto en los puntos 1 y 2 no se cumple con lo solicitado en el elemento medible en el PV de MQs 5.

MQ 6

1. De las 2 fuentes primarias del personal capacitado (1 del 2017 y 1 del 2018), se encuentra la firma de asistencia de un funcionario capacitado en 2018.

Se da por cumplido el elemento medible dado que la unidad inicio su funcionamiento en febrero 2018 en el PV de MQs 6.

Cir Inf – Pediatría

En pediatría y cirugía infantil no se cumple con lo establecido de que cada año el 20% del personal esté capacitado en estas materias.

Obstetricia-ginecología

1. El personal contenido en planilla de programación no considera a los profesionales médicos.
2. El total de personal reportado en planilla de programación de capacitación es de 50 funcionarios; personal tenido en planilla de turnos para los períodos 3º trimestres 2018 y 1º trimestre 2019 es de 64 y 67 respectivamente.
3. De las 5 fuentes primarias de personal capacitado, 4 cuentan con certificado de capacitación realizada.

Por lo expuesto en los puntos 1, 2 y 3 no se cumple con lo solicitado en el elemento medible en el PV de Obstetricia-ginecología.

APD

N° randomizado	Iniciales funcionario	Nombre curso	Fecha capacitación	Firma
11	A. M. C.	RCP básico, grupo 6	18 y 19/12/2018	SI
17	D. P. O.	RCP básico, grupo 6	18 y 19/12/2018	SI
14	N. C. V.	RCP básico, grupo 4	19 y 20/11/2018	SI
20	M. Ch. O	RCP básico, grupo 5	10 y 11/12/2018	SI
18	A. P. R.	RCP básico, grupo 5	10 Y 11/12/2018	SI

1. Las 5 fuentes primarias seleccionadas se encuentran con firmas de asistencia a las capacitaciones de IAAS.
2. La cobertura anual de las capacitaciones del año 2015 no cumple con el 20% que el prestador define en su protocolo local.
3. Cobertura y periodicidad: Documento señala que "Cada año se capacitará al 20% de la dotación total, para que en un plazo de 5 años, se encuentre capacitado el 100% de la dotación de cada unidad".
4. En planilla revisada, menciona un total de 26 funcionarios de todos los estamentos, de los cuales 6 no han sido capacitados en RCP y están programados para ser capacitados en este año (2019).
5. Prestador declara en planilla de capacitaciones una cobertura del 100% del personal profesional; 73% de técnicos paramédicos, 0% personal médico y 100% personal auxiliar capacitado en RCP.

Por lo expuesto en el punto 2, no cumple el elemento medible en el PV de APD.

APQ

1. Personal contenido en las planillas de programación considera a los profesionales médicos y profesionales no médicos.
2. Para constatar el cumplimiento del programa de capacitación, se revisan los listados declarados por el prestador, planilla de programación capacitación, de la unidad asistencial oncología hospitalizados y oncología infantil, listado asistencia y certificados de las capacitaciones en RCP del personal clínico, logrando verificar el universo de funcionarios capacitados en el periodo a evaluar.
3. El prestador tiene documentado, registro de programación y periodicidad, que da cuenta que el personal recibe una actualización al menos cada 5 años en RCP, durante el periodo retrospectivo.

Se da por cumplido el elemento medible de APQ.

API

1. Personal contenido en las planillas de programación considera a los profesionales médicos y profesionales no médicos.
2. Para constatar el cumplimiento del programa de capacitación, se revisan los listados declarados por el prestador, planilla de programación capacitación, de la unidad asistencial imagenología, listado asistencia y certificados de las capacitaciones en RCP del personal clínico, logrando verificar el universo de funcionarios capacitados en el periodo a evaluar.
3. El prestador tiene documentado, registro de programación y periodicidad, que da cuenta que el personal recibe una actualización al menos cada 5 años en RCP, durante el periodo retrospectivo.

Se da por cumplido el elemento medible en el PV de API.

URG

1. Personal contenido en las planillas de programación considera a los profesionales médicos y profesionales no médicos.
2. Para constatar el cumplimiento del programa de capacitación, se revisan los listados declarados por el prestador, planilla de programación capacitación, de la unidad asistenciales emergencia, listado asistencia y certificados de las capacitaciones en RCP del personal clínico, logrando verificar el universo de funcionarios capacitados en el periodo a evaluar.
3. Planilla de programación de capacitaciones de RCP de la unidad urgencia ginecológica y parto integral, no cuenta con la programación a 5 años para todos sus funcionarios.

No se da por cumplido el elemento medible en el PV de urgencia.

CARACTERÍSTICA RH 3.1 /FUNDAMENTOS

EM	Direcc ión	PQ	UPC Ad.	UPC Ped	UPC Neo	Med	Cir. Ad.	Cir. Inf.	Ped	Neo	Obst-gine	APD	APQ	API	Dental	URG
1° EM	1															
2° EM		0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
Umbral de la característica: ≥ 50%		Puntaje total: 5/16			Porcentaje obtenido: 31%									**Cumple: NO**		

CARACTERÍSTICA RH 4.1 /HALLAZGOS

RH 4.1 – Primer elemento medible: Se ha designado responsable institucional del programa de salud laboral.

Dirección o Gerencia		
Documento que designa encargado salud laboral (1): RESOLUCIÓN EXENTA Nº2637, RESPONSABLE INSTITUCIONAL PROGRAMA SALUD LABORAL.		
Fecha elab: 18 febrero 2019.	Fecha vigencia: No consigna.	Aprobado por: Ricardo Salazar Cabrera; Director HRA.
Encargado: Gabriela Cristi; Prevencionista de riesgo.	N° horas asignadas: No consigna	Define funciones: No consigna.
Documento que designa encargado salud laboral (2): RESOLUCIÓN EXENTA Nº0811, RESPONSABLE INSTITUCIONAL PROGRAMA SALUD LABORAL.		
Fecha elab: 26 enero 2015.	Fecha vigencia: No consigna	Aprobado por: Marcelo Flores Varas; Director(s) HRA.
Encargado: No consigna.	N° horas asignadas: No consigna	Define funciones: No consigna.

RH 4.1 – Segundo elemento medible: Se describe en documento de carácter institucional el programa de control de riesgos que contempla acciones relacionadas con:

Nombre del documento: PROGRAMA DE CONTROL A EXPOSICIONES HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.						
Nº Resolución: Memorándum 000064. 28 septiembre 2018.	Versión: 04		Fecha: Septiembre 2018.			
Elaborado por: Gabriela Cristi Jiménez, Prevencionista de Riesgos Hospital Regional Antofagasta.	Aprobado por: Ricardo Salazar Cabrera, Director Hospital Regional Antofagasta.					
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años		N° páginas: 26			
Contempla (SI/NO/NA)	1. Controles de dosimetría en Imagenología, Hemodinamia y RT:	SI	2. Examen de salud en personal que manipula y administra QMT:	SI	3. Exposición a gases en Esterilización y Anatomía Patológica:	SI

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, en el cual se describen los siguientes elementos:
En página 2 y 3 ítems 2 y 3, se describe alcance y responsables.

Alcance:
Se encuentra dirigido a todos los funcionarios que se encuentran ocupacionalmente expuestos a riesgos que estén asociados en su lugar de trabajo y que puedan producir una incapacidad o sufrir una enfermedad profesional.

Responsables:

Responsable	**Actividad**
Unidad salud ocupacional, prevención de riesgos y gestión ambiental. Organismo administrador. Comité paritario de higiene y seguridad.	Implementación de medidas de prevención y control para no padecer una enfermedad profesional.
Unidad salud ocupacional, prevención de riesgos y gestión ambiental.	Identificación de agentes de riesgos en base al D.S. Nº594.
Organismo administrador.	Evaluación de los agentes de riesgos identificados. Evaluación y recuperación medica de personal expuesto a riesgos.
Jefatura del área evaluada. Subdirección de la unidad. Subdirección de concesiones y operaciones. Unidad salud ocupacional, prevención de riesgos y gestión ambiental. Empresa concesionaria.	Control de los agentes de riesgos.
Referentes de protección radiológica	Protección radiológica (agente físico).

En páginas 6 a la 20 ítem 7.1, 7.2 se describen los agentes químicos y agentes físicos.

Agentes químicos: la evaluación ambiental de los agentes químicos se realizará mediante la evaluación de las concentraciones presentes en los distintos puestos de trabajo, en donde el seguimiento o reevaluación de los agentes presentes en el ambiente de trabajo, se realiza en base a los criterios entregados por el informe del organismo administrador, previa solicitud de la unidad de salud ocupacional, los criterios son:

Riesgo	Color	Criterio de evaluación
Bajo	Verde	- La concentración del agente es menor o igual al 50% del LPP, en este caso no procede la aplicación de medidas de control, correspondiendo una

		evaluación cada 3 años como máximo, para agentes químicos y físicos.
Mediano	Amarillo	- Valores mayores al 50% y menores al LPP, establecidos en el DS 594, se entregarán recomendaciones y medidas técnicas y/o ingenieriles de control. - Se elaborará una nomina de trabajadores para ser ingresados al PROVIMEP.
Alto	Rojo	- Niveles iguales o superiores al LPP, establecido en el DS 594, se entregarán recomendaciones o medidas técnicas y/o ingenieriles de control. - Se elaborará una nomina de trabajadores para ser ingresados al PROVIMEP. - Existe riesgo de enfermedad profesional.

Los agentes químicos que serán sometidos a evaluación son:
- Oxido de etileno, presente en servicio de esterilización.
- Formaldehido, presente en servicios de anatomía patológica, farmacia y pabellón.
- Puristeril (acido acético + peróxido de hidrogeno), presente en unidad de diálisis.

En página 8, en caso de mediciones ambientales de riesgo medio y alto, la reevaluación de los agentes químicos se realizará conforme a lo siguiente:
Área y puesto de trabajo:
- Se realizarán acciones de control del contaminante, controlándose la fuente que genera el riesgo de emanación del contaminante químico.
- Realizadas las medidas de control, se solicitará la reevaluación al organismo administrador, verificando con evaluaciones cuantitativas si los LPP están igual o por debajo del 50% del LPP, si no ha disminuido los LPP se deberá seguir aplicando las medidas de prevención hasta conseguir el control del riesgo.
- Si el riesgo está de acuerdo a lo establecido (menor o igual al 50% del LPP), las mediciones ambientales tienen una vigencia de 3 años.
- Solicitar reevaluación del contaminante químico en los siguientes casos:
- Cambios en el proceso de utilización del agente químico en el puesto de trabajo.
- Cambios estructurales, en el área donde se manipula el agente químico contaminante.
- Cambios en los equipos de extracción o inyección de aire presentes en el área de trabajo.

Personal ocupacionalmente expuesto:
- Nómina del personal, para ser ingresados por medio del organismo administrador a PROVIMEP.
- Control médico según organismo administrador y toma de muestras según agente químico.
- Encuesta de síntomas respiratorio cuando aplique.

Control médico:
- Oxido de etileno, control médico según organismo administrador, más control de hemograma con recuento de plaquetas.
- Formaldehído, control médico según protocolo ACHS, más encuesta de síntomas respiratorios.

En página 14, Agentes químicos citostáticos**:** la evaluación ambiental cuantitativa, se realiza en base a protocolos de la ACHS, la cual destaca:
a. Aplicación de lista de chequeo, en donde se evalúan los siguientes aspectos:
- Condiciones de preparación de los citostáticos, en base a la utilización de cámaras de flujo laminar, verificándose condiciones de instalación y funcionamiento.
- Evaluación de los equipos de protección personal (EPP), utilizados por los funcionarios expuestos y las capacitaciones realizadas.
- Almacenamiento de los citostáticos en la sala de mezcla.
- Medidas de seguridad para la aplicación de los citostáticos en pacientes oncológicos.
- Medidas de eliminación de material contaminado.

b. La aplicación de la lista de chequeo se realizará al menos 1 vez al año, siendo en forma extraordinaria en los siguientes casos:
- Cambios de procesos en la administración y/o preparación de las drogas antineoplásicas.
- Cambios estructurales o cambios de las cámaras de flujo laminar.

c. La evaluación médica de los funcionarios expuestos, la realizará la ACHS, en base a sus protocolos médicos.

Vigilancia ocupacional:
Evaluación periódica realizada a los trabajadores expuestos, durante su vida laboral y mientras permanezcan expuestos al riesgo, la que incluye:
- Citostáticos: aplicación de encuesta de salud, hemograma completo con recuento de reticulocitos y plaquetas, control médico y control de ciclofosfamida en orina en trabajadores que están expuestos directamente.

En página 17**, Agentes físicos** (agente radiación ionizante y libre): para el cumplimiento de la normativa que regula la protección radiológica, se establecen actividades para minimizar los riesgos de los funcionarios expuestos.

Personal ocupacionalmente expuesto:
- El personal que desarrolla actividades relacionadas directamente con el uso, manejo o manipulación de sustancias radioactivas y que opere o está expuesta a equipos generadores de radiación ionizante, deberá contar con licencia de desempeño.
- El personal deberá portar dosímetro durante su jornada de trabajo, este será proporcionado por el empleador, a través del oficial de protección radiológica.

- El empleador deberá otorgar los elementos de protección radiológica necesarios para disminuir los riesgos del trabajador expuesto.
- El dosímetro deberá ser utilizado en forma permanente, durante la jornada laboral, aun cuando no esté realizando procedimientos radiológicos.

Evaluación dosimétrica y cambio de dosímetros personales:
- El oficial de protección radiológica de la unidad debe contar con la nómina del personal ocupacionalmente expuesto, la cual debe contener el nombre, apellidos, profesión o cargo y número de dosímetro asignado.
- La evaluación dosimétrica, se realiza trimestralmente, enviado los dosímetros a empresa en convenio.
- Empresa en convenio, enviará la lectura dosimétrica con la dosis absorbida en mili Sievert (mSv), de cada funcionario ocupacionalmente expuesto y emitirá los informes de cada servicio involucrado en forma trimestral, detallando por contrato y persona, la dosis registrada, el envío será vía correo electrónico en formato PDF y con firma digital.
- El oficial de protección radiológica revisará cada informe e ingresará los valores a una planilla electrónica, verificando que la dosis registradas se encuentren dentro de los límites permisibles establecidos art. N°12 D.S.N°3 del año 1985, del MINSAL.
- El oficial de protección radiológica envía copia de los informes a los servicios correspondientes en formato papel y digital, ambas deben quedar archivadas.
- Cada jefatura deberá informar al personal de su dependencia, la lectura y dosis.

Sobreexposición:
- Si la lectura está por sobre la norma, se informa al oficial de protección radiológica y paralelamente al Instituto de salud Publica (ISP), la notificación oportuna estará a cargo de empresa en convenio.
- Si un trabajador ha excedido el límite de dosis anual, el ISP, lo comunica al Servicio de salud correspondiente, exigiendo la reubicación del funcionario.
- De existir lecturas de dosis elevadas, el oficial de protección radiológica evaluará la situación e informará a los involucrados, jefes directos, unidad de prevención de riesgos, unidad de salud ocupacional y organismo administrador, señalando las medidas a implementar las cuales dependerán de las dosis recibidas.
- La unidad involucrada en la alerta dosimétrica, deberá elaborar un informe con las causas de la dosis elevada.
- Realizar investigación evaluando los siguientes aspectos: falta o no utilización de barreras de protección personal contra radiaciones ionizantes (delantal, gafas, guantes y protector tiroideo plomados), exposición intencional del dosímetro a la radiación ionizante y fugas o emanaciones de rayos X desde el colimador. Los resultados de la investigación deben ser remitidos al departamento de dosimetría personal en convenio y al servicio de salud, con copia al departamento de prevención de riesgos del HRA.
- En caso de exposición a radiaciones ionizantes por dosis altas y fugas, se deberá enviar al funcionario a la ACHS, para control y seguimiento médico.

Vigilancia ocupacional y médica del trabajador:
- Debe comprender los exámenes médicos previos a la contratación y los exámenes médicos periódicos.
- La frecuencia de los exámenes médicos es anual, la cual puede aumentar por indicación del médico que realiza la vigilancia.
- Cada funcionario debe contar con un expediente con los exámenes médicos previos e historiales de vigilancia médica, este deberá permanecer por 30 años después del término de la relación laboral, en poder del empleador.
- Los servicios en los cuales se encuentra el personal expuesto a radiación ionizante son: imagenología, Hemodinamia, medicina nuclear, pabellón central, pabellón coronario, endoscopia y dental.

En página 21 ítem 7.3.1, se describe la derivación por desarrollo de posible enfermedad profesional, que está en base al artículo 7° de la ley 16.744, se derivarán al organismo administrador a los funcionarios con presunta enfermedad profesional, en los siguientes casos:

a. Consultas por dolencias o malestar físico, con presunción de origen laboral, en tal caso se deberá realizar las siguientes acciones:
- Solicitud de evaluación médica al organismo administrador (medicina del trabajo).
- Ingreso del funcionario por el servicio de urgencia de la asociación chilena de seguridad, desee donde puede ser derivado a medicina del trabajo.

b. Derivación a medicina del trabajo a funcionarios expuestos a agentes químicos, físicos y biológicos.

Observaciones:

1. Se tienen a la vista versión anterior del documento:
- "Programa de control de riesgo a exposiciones". Versión 03, fecha aprobación noviembre 2013, elaborado por Michell Cárdenas G., prevencionista de riesgos y aprobado por Dr. Juan Pablo Mattatall, Director HRA.

Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA

Dirección o Gerencia	API*	APR	PRO Hemod	APF	APQ	APA	APE
SI	**SI**	**NA**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**

RH 4.1 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de acuerdo a lo establecido.

Punto de verificación	Nombre del documento	Fecha	N° funcionarios expuestos	N° Funcionarios que cumplen
API	Se tiene a la vista, "Informe dosimétrico", emitido por empresa DOSIMETRIA CEN LA REINA, correspondiente al II trimestre 2016, Hospital Regional Antofagasta.	Julio 2016	25	25
	Se tiene a la vista, Informe dosimétrico, emitido por empresa DOSIMETRIA CEN LA REINA, correspondiente al III trimestre 2016, Hospital regional Antofagasta.	Diciembre 2016	28	28

	Se tiene a la vista, "Reporte de dosimetría de radiaciones", emitido por empresa NUCLEAR CONTROL CHILE, correspondiente al IV trimestre 2016, Hospital Regional Antofagasta.	06 Marzo 2017	25	25
	Se tiene a la vista, "Reporte de dosimetría de radiaciones", emitido por empresa NUCLEAR CONTROL CHILE, correspondiente al I trimestre 2017 y rezagados del IV trimestre 2016, Hospital Regional Antofagasta.	31 Mayo 2017	27	27
	Se tiene a la vista, "Reporte de dosimetría de radiaciones", emitido por empresa NUCLEAR CONTROL CHILE, correspondiente al I y II trimestre 2017, Hospital Regional Antofagasta.	04 septiembre 2019	32	32
	Se tiene a la vista, "Reporte de dosimetría de radiaciones", emitido por empresa NUCLEAR CONTROL CHILE, correspondiente al III trimestre 2017, Hospital Regional Antofagasta.	05 enero 2018	37	37
	Se tiene a la vista, "Reporte de dosimetría de radiaciones", emitido por empresa NUCLEAR CONTROL CHILE, correspondiente al IV trimestre 2017 y rezagados, Hospital Regional Antofagasta.	26 marzo 2018 y 26 junio 2016	38	38
	Se tiene a la vista, "Reporte de dosimetría de radiaciones", emitido por empresa NUCLEAR CONTROL CHILE y OSL CONTROL CHILE correspondiente al I trimestre 2018 y rezagados, Hospital Regional Antofagasta.	05 julio 2018 y 17 agosto 2018	41	41
	Se tiene a la vista, "Reporte de dosimetría de radiaciones", emitido por empresa OSL CONTROL CHILE, correspondiente al II trimestre 2018, Hospital Regional Antofagasta.	II trimestre	44	44
	Se tiene a la vista, "Reporte de dosimetría de radiaciones", emitido por empresa OSL CONTROL CHILE, correspondiente al III trimestre 2018, Hospital Regional Antofagasta.	III trimestre	46	46
	Se tiene a la vista, "Reporte de dosimetría de radiaciones", emitido por empresa OSL CONTROL CHILE, correspondiente al IV trimestre 2018 y rezagados, Hospital Regional Antofagasta.	11 marzo y 08 de abril 2019	53	53
	Se tiene a la vista, "Reporte de envío de dosímetros", a empresa OSL CONTROL CHILE, correspondiente al I trimestre 2019, Hospital Regional Antofagasta.	*	Pendientes resultados	Pendientes resultados
PRO Hemod.	Se tiene a la vista, "Informe dosimétrico", emitido por empresa DOSIMETRIA CEN LA REINA a Hospital Regional Antofagasta.	Junio 2016	10	10
	Se tiene a la vista, "Informe dosimétrico", emitido por empresa DOSIMETRIA CEN LA REINA a Hospital Regional Antofagasta.	Junio 2016	11	11
	Se tiene a la vista, "Informe dosimétrico", emitido por empresa DOSIMETRIA CEN LA REINA a Hospital Regional Antofagasta.	Julio 2016	1	1
	Se tiene a la vista, "Informe dosimétrico", emitido por empresa DOSIMETRIA CEN LA REINA a Hospital Regional Antofagasta.	Agosto 2016	1	1
	Se tiene a la vista, "Informe dosimétrico", emitido por empresa DOSIMETRIA CEN LA REINA a Hospital Regional Antofagasta.	Agosto 2016	11	11
	Se tiene a la vista, "Informe dosimétrico", emitido por empresa DOSIMETRIA CEN LA REINA a Hospital Regional Antofagasta.	Agosto 2016	11	11
	Se tiene a la vista, "Informe dosimétrico", emitido por empresa DOSIMETRIA CEN LA REINA a Hospital Regional Antofagasta.	Septiembre 2016	1	1
	Se tiene a la vista, "Informe dosimétrico", emitido por empresa DOSIMETRIA CEN LA REINA a Hospital Regional Antofagasta.	Noviembre 2016	1	1
	Se tiene a la vista, "Informe dosimétrico", emitido por empresa DOSIMETRIA CEN LA REINA a Hospital Regional Antofagasta.	Noviembre 2016	12	12
	Se tiene a la vista, "Informe dosimétrico", emitido por empresa DOSIMETRIA CEN LA REINA a Hospital Regional Antofagasta.	Noviembre 2016	9	9
	Se tiene a la vista, "Informe dosimétrico", emitido por empresa Nuclear control Chile SA a Hospital Regional Antofagasta. 1° trimestre 2017	31-05-2017	13	13
	Se tiene a la vista, "Informe dosimétrico", emitido por empresa Nuclear control Chile SA a Hospital Regional Antofagasta. 2° trimestre 2017	04-09-2017	13	13
	Se tiene a la vista, "Informe dosimétrico", emitido por empresa Nuclear control Chile SA a Hospital Regional Antofagasta. 3° trimestre 2017	05-01-2018	12	12
	Se tiene a la vista, "Informe dosimétrico", emitido por empresa Nuclear control Chile SA a Hospital Regional Antofagasta. 4° trimestre 2017	29-05-2018	13	13
	Se tiene a la vista, "Informe dosimétrico", emitido por empresa Nuclear control Chile SA a Hospital Regional Antofagasta. 1° trimestre 2018	05-07-2018	12	12
	Se tiene a la vista, "Informe dosimétrico", emitido por empresa OSL control Chile SA a Hospital Regional Antofagasta. 2° trimestre 2018	2018	12	12
	Se tiene a la vista, "Informe dosimétrico", emitido por empresa	2018	13	13

	OSL control Chile Hospital Regional Antofagasta. 3° trimestre 2018			
	Se tiene a la vista, "Informe dosimétrico", emitido por empresa OSL control Chile a Hospital Regional Antofagasta. 4° trimestre 2018	11-03-2019	12	12
	Se tiene a la vista correo electrónico de envío de dosímetros para control del 1° trimestre 2019, de fecha 31 de mayo de 2019	*	Pendientes resultados	Pendientes resultados
APF	Se tiene a la vista "informe evaluación de programa de control a exposiciones citostáticos hospital regional de Antofagasta", firmado por prevencionista de hospital regional de Antofagasta en donde establece que los funcionarios de la unidad no se presentan a los controles a realizar por el organismo administrador. Se tiene a la vista lista de chequeo unidad centralizada de preparación, aplicada por la ACHS, que evalúa condiciones estructurales y funcionamiento, equipamiento, evalúa los equipos de protección personal, almacenamiento de citostáticos.	Año 2016	9	0
	Se tiene a la vista "informe evaluación de programa de control a exposiciones citostáticos hospital regional de Antofagasta", firmado por prevencionista de hospital regional de Antofagasta en donde establece que los funcionarios de la unidad no se presentan a los controles a realizar por el organismo administrador. Se tiene a la vista lista de chequeo unidad centralizada de preparación, aplicada por la ACHS el 25/04/2017, que evalúa condiciones estructurales y funcionamiento, equipamiento, evalúa los equipos de protección personal, almacenamiento de citostáticos.	Año 2017	9	0
	Se tiene a la vista "informe evaluación de programa de control a exposiciones citostáticos hospital regional de Antofagasta", firmado por prevencionista de hospital regional de Antofagasta en donde establece que los funcionarios de la unidad no se presentan a los controles a realizar por el organismo administrador	Año 2018	9	0
APQ	Se tiene a la vista "Informe evaluación de programa de control a exposiciones citostático HRA"	Año 2016	13	0
	Se tiene a la vista "Informe evaluación de programa de control a exposiciones citostático HRA"	Año 2017	12	0
	Se tiene a la vista "Informe evaluación de programa de control a exposiciones citostático HRA"	Año 2018	15	4
APA	Se tiene a la vista Informe de evaluación de programa de control a exposición agentes químicos Hospital Regional Antofagasta realizado por la Asociación Chilena de Seguridad, contiene: • Tipo de agente: Formalina • Riesgo identificado en la evaluación ambiental de los agentes químicos: bajo • Listado de trabajadores evaluados: 25 funcionarios. • Concluye que no es necesario realizar, mediciones con una periodicidad menor a 3 años. • Se adjunta informe técnico que contiene resumen de los resultados y acciones a seguir, firmado por especialista de higiene industrial asociación Chilena de Seguridad. Por lo anteriormente expuesto, se da por cumplido el elemento medible.	Fecha emisión de informe: diciembre de 2018	25	25
APE	Se tiene a la vista Informe técnico de evaluación de exposición ocupacional a óxido de etileno, emitido por el organismo administrador ACHS, en donde se consigna las concentraciones de óxido de etileno obtenidas en los funcionarios evaluados que manejan autoclaves de óxido de etileno, la que alcanza niveles aceptables. Se especifica que las medidas de control desde el punto de vista técnico no aplican por encontrarse las concentraciones por debajo del límite de detección, las medidas administrativas están dirigidas a la programación de las mantenciones periódicas del equipo de esterilización y las medidas de protección personal exigen mantener la entrega y uso de la protección respiratoria, particularmente durante las tareas de descarga del material del esterilizador. Se establece que de acuerdo a las mediciones realizadas la concentración obtenida fue menor a 0,01mg/m3 por ello que el nivel de riesgo es aceptable y que no indican que deban ingresar a un programa de vigilancia, la próxima medición se debe realizar	Diciembre 2018	2	2

	en 3 años más. Se tiene a la vista informe técnico de mediciones de óxido de etileno, de marzo 2015 enviado por ACHS, estableciendo que por las mediciones obtenidas no es necesario realizar mediciones con una periodicidad inferior a 3 años, al ser nivel bajo, no se ingresa a programa de vigilancia médica a los funcionarios de la unidad. Por la información tenida a la vista, se da por cumplido el elemento medible.			

Observaciones:

API
Prestador no cuenta con reporte de dosimetría del I trimestre del 2019, se solicita información adicional que dé cuenta del envío de los dosímetros a empresa en convenio, se tiene a la vista, correo enviado el 31 de mayo 2019 a empresa OSL Control Chile S.A.

APQ
El no cumplimiento del programa de control a exposición a citostáticos, está dado porque, el funcionario expuesto a estas sustancias no acude a sus controles de salud realizados por el organismo administrador de la ley en forma anual. Ante la no concurrencia fueron reagendadas las horas en más de 2 oportunidades, no teniendo buena adherencia de los funcionarios a estos nuevos llamados.
Se tiene a la vista correo de ACHS, con fecha 29 de marzo del 2019, enviado por enfermera encargada de la unidad de vigilancia médica, en donde se menciona que al revisar sistema, no se registran asistencias a los controles durante los años 2016 y 2017.

APF
1. No se da por cumplido el elemento medible, dado que el funcionario expuesto a agentes citostáticos, no acude a sus controles de salud realizados por el organismo administrador de la ley en forma anual.
2. Se tiene a la vista correo de ACHS, con fecha 29 de marzo del 2019, enviado por enfermera encargada de la unidad de vigilancia médica, en donde se menciona que, al revisar sistema, no se registran asistencias a los controles durante los años 2016 y 2017.
3. Se tiene a la vista certificado emitido por Dra. Yoselyn Castillo, subdirector médico, Hospital Regional de Antofagasta de fecha 7 de mayo 2019, en donde se establece que, desde enero 2018 a la fecha, la farmacia del hospital no realiza preparaciones magistrales oncológicas estériles.

CARACTERÍSTICA RH 4.1 /FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección	API	APR	PRO Hemod	APF	APQ	APA	APE
1° elemento medible	1							
2° elemento medible		1	NA	1	1	1	**1**	1
3° elemento medible		1	NA	1	0	0	**1**	1
Umbral de la característica: ≥ 75%		Puntaje total: 11/13		Porcentaje obtenido: 85%			**Cumple: SI**	

CARACTERÍSTICA RH 4.2 /HALLAZGOS

RH 4.2 - Primer elemento medible: Se describe en documento(s) de carácter institucional el procedimiento establecido para el manejo de accidentes relacionado con: Sangre o fluidos corporales de riesgo; Medicamentos antineoplásicos y Materiales radioactivos.

Nombre del documento (1)	PROCEDIMIENTO MANEJO DE LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O FLUIDOS CORPORALES DE RIESGO				
Nº Resolución: Memorándum 000063. 28 de septiembre 2018	Versión: 08	Fecha: Septiembre 2018.			
Elaborado por: Carolina Aravena Toledo, Enfermera salud del personal.	Aprobado por: Ricardo Salazar Cabrera, Director Hospital Regional Antofagasta.				
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: Septiembre 2023	N° páginas: 10			
El (los) documento (s) incluye (n) los siguientes procedimientos:					
1. Sangre o fluidos corporales de riesgo	SI	2. Medicamentos antineoplásicos	NA	3. Materiales radioactivos	NA

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional, en el cual se describen los siguientes elementos:
En página 2, ítem 2, **alcance,** procedimiento debe ser aplicado por todo trabajador contratado por el establecimiento y que manipulan material contaminado con sangre y otros fluidos corporales de riesgo. Documento es referencia y orientación para la empresa concesionaria y para los alumnos del área de la salud que realizan prácticas clínicas y que cuentan con su procedimiento PO-COLDAS-03 a cargo de coordinadora convenio docente asistencial del Hospital.

En página 2 y 3, Ítem 3, responsabilidades, entre otros estable lo siguiente:
- Funcionario accidentado: notificar el accidente a su jefatura directa, asistencia a los controles y entrega de certificado de atención ACHS a la unidad de prevención de riesgo del hospital.
- Jefe y/o supervisores de las unidades del establecimiento: difusión del presente documento, completar hoja de riesgo y derivar a funcionario accidentado a ACHS. Verificar estado serológico de la paciente fuente, si este es conocido.
- Profesional responsable del turno: suplir la función del jefe de unidad o supervisor, cuando un funcionario a su cargo sufre una exposición en horario inhábil o cuando los responsables de realizarlo no se encuentren en la unidad.

- Asociación Chilena de Seguridad: brindar al funcionario accidentado la evaluación, tratamiento y control hasta su alta.
- Unidad de prevención de riesgos: completar DIAT, registrar en planilla de seguimiento, disponer de los resultados de exámenes del paciente fuente en forma confidencial y emitir un informe trimestral de las exposiciones ocurridas a la unidad de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud y unidad de calidad y seguridad del paciente.
- Sección licencias médicas: gestionar subsidio en caso en caso de certificado de reposo laboral.
- Unidad de IAAS: realizar la vigilancia epidemiológica de los accidentes que ocurren en el establecimiento.

En páginas 5 y 6 ítem 7, **descripción del proceso**, describe 9 pasos, entre ellos:
- Ocurrida la exposición accidental, el funcionario/a debe lavar la zona con abundante agua, si la exposición fue sobre la conjuntiva, lavar los ojos con abundante agua.
- El funcionario expuesto debe reportar el evento en forma inmediata a su jefatura directa.
- Jefatura directa debe realizar la evaluación y completar el formulario de notificación de riesgo, nominado como **RG-USO-01-00,** en horario hábil enviar a funcionario a unidad de prevención de riesgos para completar DIAT y luego enviar al funcionario expuesto a ACHS. En horario inhábil el jefe de turno completa formulario de notificación y envía al funcionario expuesto a la ACHS.
- El funcionario accidentado debe trasladarse por sus propios medios al centro mutual, el traslado debe ser inmediato, para que el trabajador sea atendido dentro de un plazo de 2 horas de ocurrido el accidente.
- **Manejo paciente fuente**: Si se determina que la exposición es de riesgo, se deben tomar muestras de sangre para realizar la determinación de anticuerpos de hepatitis y VIH. Obtenidos los resultados a enfermera de la USP (Unidad de Salud de personal) deriva de manera confidencial los resultados al médico de la ACHS, si son requeridos, para decidir las acciones de seguimiento y control del trabajador expuesto.
- **Manejo posterior del trabajador expuesto**: post atención en ACHS, el funcionario deberá entregar el certificado de atención y/o alta en la unidad de prevención de riesgos.
- La unidad de prevención de riesgos completa planilla de seguimiento y deriva el certificado de atención a sección licencias médicas de recursos humanos.

Tabla 1 Derivación del trabajador expuesto a los centros médicos ACHS	
Centro asistencial ACHS. Avenida Grecia Nº 840.	Atención de los trabajadores entre 08:00 y 20:00 horas de lunes a domingo, feriados inclusive.
Clínica La Portada. Avenida Balmaceda Nº 2648.	Atención de los trabajadores entre 20:00 y 08:00 horas, de lunes a domingo, feriados inclusive.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versiones anteriores del documento:
- "Procedimiento manejo de la exposición ocupacional a sangre o fluidos corporales de riesgo". Versión 07, fecha aprobación diciembre 2016, elaborado por Ana María Cortes, enfermera salud del personal, aprobado por Juan Urrutia Reyes, Director HRA.
- "Procedimiento manejo de la exposición ocupacional a sangre o fluidos corporales de riesgo". Versión 06, fecha aprobación noviembre 2013, elaborado por Ana María Cortes, enfermera salud del personal y aprobado por Juan Pablo Mattathall, Director HRA.

2. Con la información tenida a la vista, se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Nombre del documento (2)	PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE ACCIDENTES CON MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS.				
Resolución: Memorándum 000062. 28 septiembre 2018.	Versión: 01	Fecha: Septiembre 2018			
Elaborado por: Gabriela Cristi Jiménez, Prevencionista de riesgos Hospital Regional Antofagasta.	Aprobado por: Ricardo Salazar Cabrera, Director Hospital Regional Antofagasta.				
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: Septiembre 2023	N° páginas: 13			
El (los) documento (s) incluye (n) los siguientes procedimientos:					
1. Sangre o fluidos corporales de riesgo	NA	2. Medicamentos antineoplásicos	SI	3. Materiales radioactivos	NA

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, en el cual se describen los siguientes elementos:
En página 2 y 3 ítems 1, 2 y 3, se describe objetivo, alcance y responsabilidades.

Objetivo:
Entregar directrices a seguir en caso de accidente laboral, con manejo de medicamentos antineoplásicos.

Alcance:
Se encuentra dirigido al personal que prepara, manipula y administra medicamentos antineoplásicos en el HRA.

Responsables:

Responsable	Actividad
Supervisor directo	- Disponer y mantener los kit de control de derrames de drogas antineoplásicas. - Informar del accidente ocurrido a la unidad de salud ocupacional, prevención de riesgos y gestión ambiental. - Mantener disponible un botiquín con los insumos necesarios para el tratamiento del personal expuesto a la droga.
Funcionario expuesto	- Notificar el accidente a la jefatura directa. - Notificar el accidente a la unidad de salud ocupacional, prevención de riesgos

	y gestión ambiental, entregando todos los antecedentes solicitados para completar la DIAT en horario hábil. - Acudir al organismo administrador, para la atención de urgencia, con la documentación necesaria (DIAT y carnet de identidad). - Entregar la documentación recibida del organismo administrador a la unidad de salud ocupacional, prevención de riesgos y gestión ambiental.
Técnico paramédico	- Cumplir con todas las obligaciones de informar oportunamente lo descrito en este procedimiento.
Auxiliar de servicio	- Cumplir con todas las obligaciones de informar oportunamente lo descrito en este procedimiento.
Prevención de riesgos.	- Derivar a los funcionarios afectados por el accidente al organismo administrador, según horario descrito y realizar documentación correspondiente (DIAT).

En páginas 6 y 7 ítem 7.1, se describe control de derrame de la droga antineoplásica, que consta de 10 pasos, los cuales destaca:
- Notificar al médico tratante en caso que apliqué o en su defecto a la encargada del turno, solicitando el kit anti derramé.
- Cuantificar el derrame y tipo de droga, aislar el lugar del derrame con señalética visible (zona de peligro), con conos o cintas.
- El personal encargado del control de derrame utilizará los siguientes EPP: protección facial de medio rostro de 2 vías con filtros P-100, guantes de nitrilo tipo mosquetero, antiparras, pechera plástica desechable.
- Cubrir la zona del derrame con el gelidificador neutralizante indicado y/o cubrir con un paño absorbente o de celulosa, dejar actuar algunos minutos, luego retirar y desechar en bolas de residuos citotóxicos.
- Reunir lo que no se absorbió y desechar con la pala el material contaminado.
- Eliminar los restos incluyendo los EPP, en un contenedor y bolsa roja, sellar con amarra plástica y rotular como desecho citostático.
- El personal que trato el derrame debe lavarse las manos con abundante agua.
- Dar aviso a la unidad de prevención de riesgos, salud ocupacional y gestión ambiental.

En páginas 7 y 8 ítem 7.2, se describe manejo del funcionario expuesto a la droga antineoplásica, que consta de 7 pasos, los cuales destaca:
- Evaluar la cantidad y la zona afectada del funcionario expuesto.
- Revisar la zona afectada verificando la presencia de reacción cutánea.
- Enjuagar la zona afectada con abundante agua durante 10 a 15 minutos y luego lavar con agua y jabón.
- En caso de contaminación de la mucosa ocular, enjuagar con suero fisiológico al 0.9% durante 15 minutos y derivar a oftalmología si fuera necesario.
- Si la contaminación no afecto piel y mucosa, se retira y desecha la ropa o material contaminado, lavar la zona con abundante agua.
- En caso de exposición, se deberá comunicar al médico, al prevencionista de riesgos, este último avisará al organismo administrador y registrará lo ocurrido en hoja de notificación de accidente por citotóxico.

En páginas 8 y 9 ítem 7.3, se describe derivación del funcionario afectado a atención médica.
1. Para accidentes con exposición de medicamentos antineoplásicos se realiza lo siguiente:
- Informar a jefatura directa, quien completa hoja de notificación de accidente por contacto con citostáticos.
- Funcionario afectado debe concurrir a unidad de gestión de riesgos y gestión ambiental, con la hoja de notificación, para que se le confeccione la DIAT.
2. En horario hábil (08:00 a 20:00), la atención será en centro ACHS, ubicado en Avenida Grecia N° 840, de lunes a domingos incluido los festivos.
3. En horario inhábil (20:00 a 08:00), la atención será en clínica la Portada, ubicada en Avenida Balmaceda N° 2648 y se realizará lo siguiente:
- El funcionario debe concurrir en forma directa.
- La jefatura, debe informar del accidente a la unidad de salud ocupacional, prevención de riesgos y gestión ambiental, al primer día hábil siguiente de ocurrido el hecho, enviando hoja de notificación.
4. Tanto en horario hábil como inhábil, se debe considerar lo siguiente:
- El funcionario debe trasladarse por sus propios medios al centro médico ACHS.
- En caso de accidentes cortopunzantes, en donde se encuentra la zona expuesta a drogas antineoplásicas, se debe seguir el procedimiento establecido de manejo de la exposición ocupacional a sangre o fluidos corporales de riesgo biológico.
- Si la exposición se asocia a pérdida de conciencia o a una situación de riesgo vital, se activa la alerta azul llamando al 553333, el médico que atiende al paciente determina y coordina la derivación a ACHS llamando al número 1404 o al 8000-800-1404.

Observaciones:
1. Se tienen a la vista versión anterior del documento:
- "Procedimiento de manejo de accidentes con medicamentos antineoplásicos". Versión 00, fecha aprobación noviembre 2013, elaborado por Michaell Cárdenas Carvajal, prevencionista de riesgos, aprobado por Dra. Juana Pérez Moraga, Director (s) HRA.
  Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA

Dirección (1, 2 y 3)	PQ (1)	UPC Ad. (1)	Med. (1 y 2)	Obst-gine (1)	URG (1)	Dental (1)	Toma Muestra (1)	APF (2)	APQ (2)	APR (3)
SI	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**NA**

RH 4.2 – Segundo elemento medible: Existen registros implementados y en uso de los accidentes ocurridos.

Dirección o Gerencia

Breve descripción de los registros implementados y en uso de los accidentes ocurridos:
Se tiene a la vista los siguientes documentos:

1. Hoja de notificación de accidente por contacto con citostático, el cual contiene los siguientes datos:

- Individualización de la persona que notifica que contiene nombre, cargo y firma.
- Individualización del accidente que contiene, servicio y/o unidad, fecha de ocurrencia, hora y área especifica de ocurrencia.
- Individualización del accidentado, que contiene, nombre, RUT, cargo, antigüedad y derivación a la ACHS para control medico (SI o NO).
- Datos del accidente, el cual contiene:

Tipo de contacto	Marque con una X
Exposición indirecta por derrame del citostático.	
Salpicadura de la droga en el rostro u otra parte del cuerpo que se encuentre descubierta.	
Punción con aguja u otro elemento punzante o cortante contaminado con citostático.	
Otro	

- Descripción del accidente.
- Medidas de control ante la exposición.
- Responsable del control de accidente, que contiene nombre y cargo.

2. Notificación de exposición ocupacional a fluidos de riesgos biológicos, que contiene los siguientes datos a llenar por el funcionario:

- Datos generales, los cuales destaca: unidad de trabajo del funcionario, cargo, trabajador expuesto, RUT y fecha y hora de exposición.
- Datos de accidentes, los cuales destaca: lugar donde ocurrió la exposición, dispositivo que ocasiono la lesión (aguja hueca, bisturí, etc).
- Tipo de accidente (pinchazo, corte, derrame, salpicadura, etc).
- Tipo de exposición (piel, piel lesionada, mucosas y piel y mucosas).
- Tipo de fluido (sangre, líquidos, saliva con sangre visible, orina, tejidos y otros especificar).
- Tipo de elemento de protección personal utilizado en el momento de la exposición (guantes, mascarilla, antiparras, pechera y otro especificar).
- Vacuna hepatitis B (completa, incompleta, no y no sabe).
- Fuente (conocida y desconocida).
- Clasificación del riesgo (herida profunda, exposición de mucosas o piel con heridas, derrame de sangre o fluido corporal, mordisco con exposición de sangre de otra persona y ninguna de las anteriores).
- Responsable de la notificación.
- Fecha y hora.

3. Registro de declaración de accidente, que contiene los siguientes datos a completar por el funcionario:

- Nombre completo.
- RUT.
- Cargo.
- Unidad.
- Nº de contacto.
- Fecha.
- Hora siniestro.
- Hora declaración.
- Declaración, que contiene los siguientes datos: accidentado, testigo directo, jefatura o enfermera a cargo.
- Tipo de siniestro: accidente de trabajo, trayecto o enfermedad profesional.
- Breve relato de lo sucedido.

Se da por cumplido el elemento medible.

RH 4.2 – Tercer elemento medible: Existe un análisis global que da cuenta de la evaluación de los accidentes ocurridos y las decisiones adoptadas al respecto.

Dirección o Gerencia		
Nombre del documento del análisis (1): REGISTRO ACCIDENTABILIDAD ACCIDENTES CON ANTINEOPLASICOS AÑO 2018.		
Fecha de elaboración	Enero 2019.	
Considera (SI/NO)	1. Evaluación de accidentes ocurridos: SI	2. Decisiones adoptadas: SI
Responsable del informe: Gabriela Cristi Jiménez; Prevencionista de riesgos HRA.	Informe firmado por: Gabriela Cristi Jiménez; Prevencionista de riesgos HRA.	

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista, documento elaborado por prevencionista de riesgos de HRA, el cual consta de 4 ítems, entre los cuales destaca: detalle de accidentabilidad año 2018 y resultados.

Detalle de accidentabilidad año 2018: El cual describe que, en sala de mezcla de farmacia, quimioterapia adulto, oncología infantil y policlínicos, no presentan accidentes con exposición directa a drogas citostáticas por accidente.

Resultado: El cual describe que, en base a la información entregada por organismo administrador y supervisoras de área, se informa que no han ocurrido exposiciones directas de agentes citotóxico tanto en la manipulación, preparación como administración.

Nombre del documento del análisis (2): REGISTRO ACCIDENTABILIDAD ACCIDENTES CON ANTINEOPLASICOS SEGUNDO SEMESTRE 2017.		
Fecha de elaboración	Enero 2018.	
Considera (SI/NO)	1. Evaluación de accidentes ocurridos: SI	2. Decisiones adoptadas: SI
Responsable del informe: Gabriela Cristi Jiménez; Prevencionista de riesgos HRA.	Informe firmado por: Gabriela Cristi Jiménez; Prevencionista de riesgos HRA.	
Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista, documento elaborado por prevencionista de riesgos de HRA, el cual consta de 4 ítems, entre los cuales destaca: detalle de accidentabilidad 2º semestre 2017 y resultados. **Detalle de accidentabilidad 2º semestre 2017:** El cual describe que, en sala de mezcla de farmacia, quimioterapia adulto, oncología infantil y policlínicos, no presentan accidentes con exposición directa a drogas citostáticas por accidente. **Resultado:** El cual describe que, en base a la información entregada por organismo administrador y supervisoras de área, se informa que no han ocurrido exposiciones directas de agentes citotóxico tanto en la manipulación, preparación como administración.		
Nombre del documento del análisis (3): REGISTRO ACCIDENTABILIDAD ACCIDENTES CON ANTINEOPLASICOS PRIMER SEMESTRE 2017.		
Fecha de elaboración	Julio 2017.	
Considera (SI/NO)	1. Evaluación de accidentes ocurridos: SI	2. Decisiones adoptadas: SI
Responsable del informe: Gabriela Cristi Jiménez; Prevencionista de riesgos HRA.	Informe firmado por: Gabriela Cristi Jiménez; Prevencionista de riesgos HRA.	
Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista, documento elaborado por prevencionista de riesgos de HRA, el cual consta de 4 ítems, entre los cuales destaca: detalle de accidentabilidad 1º semestre 2017 y resultados. **Detalle de accidentabilidad 1º semestre 2017:** El cual describe que, en sala de mezcla de farmacia, quimioterapia adulto, oncología infantil y policlínicos, no presentan accidentes con exposición directa a drogas citostáticas por accidente. **Resultado:** El cual describe que, en base a la información entregada por organismo administrador y supervisoras de área, se informa que no han ocurrido exposiciones directas de agentes citotóxicos tanto en la manipulación, preparación como administración.		
Nombre del documento del análisis (4): REGISTRO ACCIDENTABILIDADACCIDENTES CON ANTINEOPLÁSICOS SEGUNDO SEMESTRE 2016.		
Fecha de elaboración	Diciembre 2016.	
Considera (SI/NO)	1. Evaluación de accidentes ocurridos: SI	2. Decisiones adoptadas: SI
Responsable del informe:	Informe firmado por:	
Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista, documento elaborado por prevencionista de riesgos de HRA, el cual consta de 4 ítems, entre los cuales destaca: En página 1, ítem 3, se describe: Detalle de accidentabilidad 2º semestre 2016, el cual describe que, en sala de mezcla de farmacia, quimioterapia adulto y policlínicos, no presentan accidentes con exposición directa a drogas citostáticas por accidente. En oncología infantil, se evidencia un accidente el día 17-08-2016 a las 22:00 en la unidad de UCI pediátrica. Desarrollo del proceso de notificación de accidentes que consta: - Responsable notificación accidente: funcionaria afectada de iniciales P. M. - Responsable notificación unidad prevención de riesgos: jefatura directa unidad de iniciales T. I. - Cargo de la afectada: enfermera. Datos del accidente: afectada se encontraba preparando medicamento y una pequeña cantidad le salpica en la mano. Tipo de contacto: salpicadura de la droga. En página 2, ítem 3.3, 4 y 5 se describen medidas de control, resultados y anexos. **Medidas de control:** - Lavado de manos con jabón de clorhexidina. - Derivación a la mutualidad correspondiente (ACHS) para control medico. - Jefatura debe re instruir a funcionaria sobre el correcto procedimiento de preparación de medicamento y utilización de EPP para la manipulación de la droga. **Resultado:** El cual describe que, en base a la información entregada por organismo administrador, a pesar de haber ocurrido una exposición directa de una droga citostáticas, la funcionaria afectada fue dada de alta inmediata. **Anexos:** Hoja de notificación de accidente por contacto citostático.		
Nombre del documento del análisis (5): INFORME ANÁLISIS DE ACCIDENTES CORTOPUNZANTES II SEMESTRE 2016 HRA.		
Fecha de elaboración	Enero 2017.	
Considera (SI/NO)	1. Evaluación de accidentes ocurridos: SI	2. Decisiones adoptadas: SI
Responsable del informe: Carolina Aravena Toledo; Enfermera salud del personal.	Informe firmado por: Francisco Bueno N.; Director (s) HRA.	

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento elaborado por enfermera salud del personal, en el cual se describen los siguientes elementos:

En página 3, ítem 5.2 y 5.3, se describen por meses, los accidentes del II semestre del año 2016, un total de 23 accidentes cortopunzantes y los accidentes por estamentos: técnico paramédico (10), enfermera (10), médicos (2) y tecnólogo médico (1).

En página 4, ítem 5.3, se describen los accidentes por estamentos: técnico paramédico (13), enfermera (3), médicos (1) y auxiliar de servicio (4).

En página 5, ítem 6, se describen las causas de los accidentes en base a su fuente, menciona que el accidente ocurrió en el momento en que se manipula y que se deposita (caja bioseguridad) el material cortopunzante.

En página 5, ítem 6.1 y 7, se describen análisis causal y conclusiones, en este último se menciona que los accidentes ocurren mayoritariamente durante la ejecución del procedimiento, principalmente en áreas clínicas donde hay un mayor número de pacientes.

En página 6, ítem 7.1, se describen las decisiones adoptadas (medidas a implementar durante el 1º semestre del 2017), entre las cuales destaca:
- Capacitación en temas relacionados con las normas de precauciones estándar, practicas seguras y medidas de prevención.
- Aumentar supervisión en aquellas unidades con mayor accidentabilidad.
- Campaña de prevención de accidentes con colaboración de comité paritario del hospital y ACHS.

Se da por cumplido el elemento medible.

RH 4.2 – Cuarto elemento medible: Se constata conocimiento del procedimiento local para el manejo de estos accidentes en el personal entrevistado.

Punto de verificación	N° Entrevistados	N° Respuestas correctas	N° Respuestas incorrectas	Cumple SI/NO
PQ	7	7	0	SI
UPC Ad.	2	2	0	SI
MQs	30	30	0	SI
Obst-gine	7	7	0	SI
URG	4	4	0	SI
Dental	11	11	0	SI
Toma de Muestras	24	24	0	SI
APF (Farmacia Oncológica	2	2	0	SI
APQ	3	3	0	SI
APR	3	3	0	SI
Total	**93**	**93**	**0**	**SI**

CARACTERÍSTICA RH 4.2 / FUNDAMENTOS

EM	Dirección	PQ	UPC Ad.	Med.	Obst-gine	URG	Dental	Toma Muestra	APF	APQ	APR
1° EM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA
2° EM	1										
3° EM	1										
4° EM		1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA
Umbral de la característica: ≥ 75%		Puntaje total: 21/21					Porcentaje obtenido: 100%			**Cumple: SI**	

CARACTERÍSTICA RH 4.3 / HALLAZGOS

RH 4.3 – Primer elemento medible: Se describe en un documento el programa de vacunación del personal que incluye al menos vacuna anti hepatitis B.

Dirección o Gerencia				
Nombre del documento: PROGRAMA VACUNACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD.				
N° Resolución:	Versión: 05	Fecha: Enero 2018	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 6
Elaborado por: Carolina Aravena, Enfermera de salud de personas		Aprobado por: Carolina Aravena, Departamento de Calidad de vida laboral (s).		
Considera (SI/NO)	1. Vacuna anti hepatitis B: SI		2. Otras vacunas: SI	

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, en el cual se describen los siguientes elementos:
En página 2 y 3, se describe
- Objetivo: prevenir a todo funcionario del HRA, del riesgo de contraer enfermedad infecto contagiosa, especialmente hepatitis B a través de la inmunización.
- Alcance: aplica a todo funcionario que labore en las unidades clínicas, que producto de la labor que realiza, presenten riesgo de adquirir, alguna enfermedad infecto contagiosa, prevenible a través de la inmunización.
- Responsables:
  - Unidad de reclutamiento y selección de personal: solicita al funcionario que ingresa, carnet o certificado donde conste la inmunización con las vacunas requeridas por el establecimiento.
  - Jefe y/o supervisor de la unidad: difundir este documento, mantener nomina de funcionarios inmunizados en su unidad y derivar a la unidad de salud del personal a todo funcionario que no cuente con inmunización al día.

- Enfermera salud del personal: difundir a las unidades clínicas la importancia de cumplir con la indicación de inmunización en conjunto con cada jefatura.
- Funcionario del establecimiento: cumplir con las inmunizaciones indicadas por la unidad de salud del personal, según calendario y en el caso de **vacunación anti influenza esta será en el periodo de inicio de campaña**. Si rechaza la vacunación, debe firmar documento de rechazo y podrá ser sancionado según exento de febrero 2016, que dispone su obligación conforme a Decreto N° 6 del año 2010 del Ministerio de salud.

En página 4 ítem 7, se registra la descripción del proceso, que consta de 5 pasos, los cuales son:
Todo funcionario nuevo, debe ingresar al establecimiento al menos con la primera dosis de vacuna de Vac HB, administrada.
Unidad de reclutamiento verifica la inmunización de la vacuna requerida a través de carnet o certificado.
Funcionario con esquema incompleto, debe firmar una carta donde se compromete a completar el esquema de vacunación.
El carnet o certificado, queda archivado, junto con los documentos necesarios para el ingreso del funcionario.
La enfermera de salud del personal mantiene una planilla interna de control y seguimiento de las fechas y dosis que le corresponden al funcionario.

Observaciones:
1. Se tienen a la vista versión anterior del documento:
- "Programa vacunación del personal". Versión 04, fecha aprobación diciembre 2016, elaborado por Ana María Cortes, unidad salud del personal y EU Claudia Fuenteseca, unidad control IAAS y epidemiologia, aprobado por Dr. Juan Urrutia Reyes, Director HRA.
- "Programa vacunación del personal". Versión 03, fecha aprobación noviembre 2013, elaborado por Ana María Cortes, unidad salud del personal y EU Patricia Cáceres, unidad control IAAS y epidemiologia, aprobado por Dr. Juan Mattatall, Director HRA.

Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

RH 4.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con la cobertura del personal de riesgo.

Dirección o Gerencia		
Nombre del indicador (1)	VACUNACIÓN HEPATITIS B	
Fórmula matemática	Nº de funcionarios que ingresan a unidades de riesgo con la primera dosis administrada de Vac HB/ Nº total de funcionarios que ingresan a unidades de riesgo X 100.	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Anual
Nombre del indicador (2)	FUNCIONARIOS VACUNADOS CON VACUNA HEPATITIS B	
Fórmula matemática	Nº de funcionarios vacunados con Vac HB según esquema/ Nº total de funcionarios que ingresados en RNI X 100.	
Umbral de cumplimiento: 85% - 95%		Periodicidad de la evaluación: Anual

RH 4.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Dirección o Gerencia	
Nombre documento	INFORME INDICADOR VACUNAS HEPATITIS B.
Responsable medición	Enfermera unidad salud del personal.
Fuente primaria	Carne o certificado de vacuna administrada.
Fuente secundaria	Planilla interna.
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo del muestreo:** Se evalúa la totalidad de funcionarios ingresados anualmente a las unidades de riesgo (UCI adulto, TIM adulto, UPC coronaria, pediátrica, y neonatal, unidad de emergencia, pabellones y diálisis), corroborando el certificado o carné de registro de vacuna de la primera dosis administrada. • **Metodología de muestreo**: No aplica para este indicador. • **Criterio evaluado:** Funcionarios ingresados a unidades de riesgo con primera dosis administrada de vacuna hepatitis B.
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo evaluado:** Dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende los meses de 01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019. • **Selección de la muestra:** La medición del indicador es anual. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa año 2018. • **Registros Revisados:** - Informe indicador vacuna hepatitis B 2018. - Certificado de vacunación primer y segundo semestre 2018. - Carnet de vacunación primer y segundo semestre 2018. - Listado de RRHH, ingresos 2018. • **De la constatación:** 1. Se constata la medición periódica del indicador en informe evaluación periódica, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. 2. Se verifican 5 fuentes primarias del 1°y2ºsemestre 2018, verificando: - Registro de administración de primera dosis de vacuna hepatitis B, en funcionarios ingresados a unidades de riesgo. - Cantidad de registros realizados por el prestador corresponden a lo informado. 3. Para la evaluación se constata:

- Que el criterio definido por el prestador este definido en el protocolo local.
- Se constatan el cumplimiento, del registro administración primera dosis a funcionarios ingresados a unidades de riesgo.
- Se constata que los funcionarios ingresados a unidades de riesgo acreditan mediante certificado o carnet, la administración de la primera dosis de vacuna hepatitis B.
- **Resultado de constatación fuente primaria:**
- Se constata el cumplimiento del criterio definido por el prestador.

Primer semestre 2018			
RUT funcionario	Servicio	Fecha ingreso	Cumple criterio
15.013.XXX-X	Pabellón maternidad	01-05-2018	SI
18.234.XXX-X	UCI adulto	14-06-2018	SI
19.102.XXX-X	UCI coronaria	01-01-2018	SI
17.735.XXX-X	Unidad emergencia	08-01-2018	SI
17.935.XXX-X	Unidad de diálisis	29-01-2018	SI

Segundo semestre 2018			
RUT funcionario	Servicio	Fecha ingreso	Cumple criterio
16.244.XXX-X	Unidad de diálisis	06-09-2018	SI
19.100.XXX-X	Unidad de diálisis	16-10-2018	SI
17.431.XXX-X	Unidad emergencia	01-07-2018	SI
19.101.XXX-X	UCI coronaria	01-10-2018	SI
15.678.XXX-X	Unidad de diálisis	06-09-2018	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Año 2016	40	100	40%			
Año 2017	21	61	34%			
Año 2018	**56**	**60**	**93%**	**56**	**60**	**93%**

Descripción de los hallazgos: lo reportado por el prestador es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA RH 4.3 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2°EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

ÁMBITO REGISTROS (REG)

CARACTERÍSTICA REG 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

REG 1.1 – Primer elemento medible: Se describe en documento institucional la existencia de ficha clínica única individual y su manejo.

Nombre del documento: PROCEDIMIENTO "MANEJO DE FICHA CLÍNICA"						
N° Memorándum: 000040 05-06-2019	Versión: 06		Fecha: Junio 2019			
Elaborado por: Jessica Bravo. Jefe unidad de calidad Hospital Regional Antofagasta		Aprobado por: Ricardo Salazar C. Director Hospital Regional Antofagasta				
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: Junio 2024		N° páginas:19			
Considera: (SI/NO)						
1. Descripción ficha clínica única:						
Tipo o formato	Físico		Electrónico		Ambas	SI
Identificación/Código único de identificación: SI		Procedimiento de vinculación: SI				
Procedimiento acceso a la integridad de la información por los profesionales que participan en la atención: SI						

Breve descripción del contenido del documento: (Describir de qué manera se indica en el documento evaluado, el cumplimiento de los atributos señalados).

Se tiene a la vista documento de carácter institucional, que describe:
En la página 2 define el alcance: aplica al personal de las unidades asistenciales, administrativas y de apoyo del Hospital Regional de Antofagasta.

En la página 2, ítem 3, define las responsabilidades y entre ellas:
1. Subdirector Administrativo: gestionar y velar por el cumplimiento.
2. Jefe de Archivo: manejo administrativo y apertura de la Ficha clínica física o electrónica.
3. **Administrativo de archivo**: entregar y recibir las fichas clínicas físicas que ingresen o se despachen a otras unidades ej.: Auditoría, SSA, Director, PDI, Jurídica, etc., chequearlas e ingresar solicitud al sistema informático y tarjetón virtual.
   Revisar correos electrónicos, contestar llamados asignando números de fichas a pacientes, revisar nóminas creando fichas para pacientes nuevos.
4. **Encargado de búsqueda y archivo de fichas**: buscar y archivar las fichas solicitadas vía correo electrónico para diferentes

unidades y digitalización.

5. **Administrativo de Hospitalización**: recepcionar los registros clínicos de GRD y realizar la digitalización, además de informar a la unidad (archivo antiguo) el listado de registros clínicos recepcionados para adjuntar a ficha original.
6. Auxiliar de servicio de archivo: retirar registros clínicos del administrativo de hospitalización y entregarlas en archivo hospital antiguo.
7. Jefe de GRD: retirar los registros clínicos de las unidades asistenciales de pacientes de alta y entrega de estos a archivo.
8. **Personal de los servicios clínicos**: cumplir con los procedimientos establecidos de entrega de registros clínicos de papel.
9. Jefa de informática: Es responsable del control y mantención del sistema digital de ficha clínica y mantener la red de datos 100% disponible.

En la pagina 4, define lo siguiente:

- **Código único:** Será el Rut del paciente.
- **SICLOPE**: Sistema de Información Clínico de Paciente. (Ficha digital)
- **Autenticidad:** en ficha de papel estará dada por la firma del profesional del equipo de salud responsable de la atención otorgada, según la prestación requerida por el paciente y en ficha digital esta dada por la clave única y personal de cada funcionario del equipo de salud.
- **Registros satélites:** son los registros clínicos físicos, que generan los profesionales de la salud que realizan prestaciones a pacientes en las unidades de:
  - Diálisis
  - Infectología (GES 18)
  - Policlínica de tratamiento anticoagulante oral.

  Estos registros quedan custodiados y almacenados en las unidades mencionadas anteriormente.
- Identificación/Código único de identificación: (Página 6) **RUT** o en casos de **pacientes "NN"** e indocumentados, que ingresan por urgencia es el **número de ficha clínica**, con el fin de asegurar el acceso a la integridad de la información por parte del equipo de salud.
- Procedimiento de vinculación:(Página 6) El documento indica que los registros clínicos de papel y digital están vinculados entre sí, a través del número de RUT o en casos de pacientes "NN" e indocumentados, que ingresan por urgencia con el número de ficha clínica, con el fin de asegurar el acceso a la integridad de la información por parte del equipo de salud.
- Los registros físicos: Se vinculan entre sí con el código único del paciente RUT o número de ficha en el caso del paciente NN o indocumentado.
- Los registros satélites, se encuentran vinculados a ficha única e individual a través de una marcación colorimétrica que se visualiza en la carátula de ficha digital (SICLOPE).
- Procedimiento acceso a la integridad de la información por los profesionales que participan en la atención:
  En la página 6 se describe que el médico o profesional que requiere información clínica de su paciente accede a estos antecedentes clínicos, a través de la ficha digital.
- En la página 7, se indica que, para **acceder a los antecedentes clínicos del paciente**, se debe ingresar el número de RUT al sistema SICLOPE, de igual manera es factible acceder ingresando con el **número de ficha**, ya que mediante esta forma **se identifica el RUT del paciente (código único)**.
- En la página 8 se describe: "dado que la institución está en proceso de cambio de ficha de papel a digital, la unidad de achivo central ya no entrega ninguna ficha en físico", (salvo investigación, tramitación de beneficios o procesos judiciales y solicitud de paciente, familiar o tutor legal). Una vez egresado el paciente de las unidades de hospitalización, los registros clínicos son retirados de las unidades clínicas y llevados a unidad de GRD, desde donde son enviados a la unidad de archivo, el funcionario de archivo escanea dichos registros clínicos en un plazo de 48 horas para luego ser subidos a SICLOPE.

En la pagina 10 Ítem 7.3 establece los tipos de registro y soportes:

TIPOS DE REGISTRO	SOPORTE
- Hoja de DAU u hoja de solicitud de hospitalización - Ingreso médico de sala - Episodios de hospitalización - Protocolo operatorio - Epicrisis - Evolución de otras profesiones de la salud - Exámenes	Físico y/o digital
- Registros de traslados de otros centros de salud si aplica - Hoja de ingreso de Unidad de emergencia cuando aplica - Ingreso de enfermería - Escalas de riesgos - Interconsultas si aplica - Registros médicos paciente quirúrgico: Evaluación preanestésica - Lista de chequeo quirúrgico - Registro de signos vitales y prescripción y tratamientos - Registros de enfermería - Registros del Centro oncológico Antofagasta - Ficha perinatal - Comprobante de parto si aplica	Físico
- Episodio clínico (Consulta ambulatoria)	Digital

En el ítem 7 describe el **proceso para la digitalización de la FC** (vinculación del soporte de papel al sistema digital SICLOPE): dado que la institución está realizando un proceso de cambio hacia la ficha digital, existirán por un periodo registros clínicos en físico, los cuales deberán seguir el siguiente proceso:

1. Egresado el paciente de las unidades de hospitalización, se deberá adjuntar a los registros clínicos el formato tipo de carátula (anexo 1), para después ser retirados diariamente de las unidades asistenciales por la unidad de GRD.
2. Todos los registros clínicos que son devueltos de las diferentes unidades al GRD deben estar registradas en un libro de entrega, para ser recepcionadas y chequeadas por el funcionario que recibe.
3. En el caso que el área de ambulatorio genere algún registro clínico físico, la unidad se debe coordinar con la unidad de archivo para continuar su proceso de ingreso a la ficha clínica.
4. GRD: Posterior a la recolección de datos, debe devolver los registros clínicos a la Unidad de Archivo dentro de 24 horas hábiles por el funcionario de su unidad.
5. La unidad de GRD, debe entregar los registros clínicos a la oficina de la unidad de archivo dispuesta en el nuevo Hospital, mediante un libro de registro donde quede recepcionado por el funcionario de archivo como conforme.
6. Posterior a lo descrito en el punto anterior, el funcionario de archivo escanea dichos registros clínicos, en un plazo de 48 horas.
7. Dos días a la semana funcionarios de la unidad de archivo central (hospital antiguo) retiran los registros clínicos y los archivos digitales y los traslada a la unidad de archivo central, para ser anexados a ficha de papel y para subir lo escaneado a SICLOPE.

Observaciones:

1. En página 2, ítem 3.4 señala "Encargado de búsqueda y archivo de fichas: será responsable de buscar y archivar las fichas solicitadas vía correo electrónico para diferentes unidades y digitalización". Referente señala que cuando se requiere documentos que se encuentren en soporte de papel como la evaluación preanestésica, se llama a la unidad de archivo en horario hábil, y dicha unidad escanea lo solicitado "se sube a SICLOPE". Lo dicho fue constatado durante el terreno.

2. El documento describe el acceso a los registros satélites por medio de la vinculación "a través de una marcación colorimétrica que se visualiza en la carátula de ficha digital (SICLOPE)", estos registros se encuentran almacenados en los servicios que los generan, para complementar atributo en el mismo documento se define en las responsabilidades la vía para la solicitud de fichas "Encargado de búsqueda y archivo de fichas: buscar y archivar las fichas solicitadas vía correo electrónico para diferentes unidades y digitalización".

3. Se tiene a la vista los siguientes documentos anteriores:

- PROCEDIMIENTO "MANEJO DE FICHA CLÍNICA", versión 5, fecha de aprobación de enero de 2018, elaborado por Sandra Varas, jefe de archivo y Jessica Bravo, jefe unidad de calidad. Aprobado por Dr. Francisco Bueno N. Director Hospital Regional de Antofagasta.
- PROCEDIMIENTO "MANEJO DE FICHA CLÍNICA", versión 4, fecha de aprobación de agosto de 2016, elaborado por Mariela Berríos A. Jessica Bravo. Unidad de calidad y seguridad del paciente. Aprobado por Sr. Francisco Bueno N. Director Hospital Regional de Antofagasta.
- PROCEDIMIENTO "MANEJO DE FICHA CLÍNICA", versión 3, fecha de aprobación de octubre de 2015, elaborado por Mariela Berríos A. Unidad de calidad y seguridad del paciente. Aprobado por Sr. Juan Urrutia. Director Hospital Regional de Antofagasta. Cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

REG 1.1 – Segundo elemento medible: Se constata la existencia de ficha clínica única individual en hospitalización.

General

Metodología de constatación: (Describir cómo realizó la constatación: selección de fichas y registros evaluados, atributos utilizados para verificar el cumplimiento de identificación, acceso, y vinculación.)
Para constatar

- Se realizan entrevistas a profesionales médicos y no médicos de los PV, a quienes se les solicita trazar una ficha clínica a través de las distintas prestaciones a las cuales el paciente tuvo acceso.
- La selección de la ficha clínica se realiza en forma aleatoria desde la agenda de las consultas ambulatorias, el día de la evaluación de la característica, además por conveniencia de casos se elige pacientes de control en satélites (TACO) y pacientes que hayan tenido hospitalizaciones durante el período retrospectivo o que se encuentren hospitalizados durante la evaluación.
- **Preguntas realizadas:**

Pregunta	Respuesta según protocolo
¿Cuál es el código único de identificación de la FC?	RUT pacientes "NN" e indocumentados: número de ficha clínica
¿Cuántos soportes posee la ficha clínica única de este prestador?	Físico y electrónico/digital
¿Cómo se accede a la integridad de las atenciones del paciente?	Ingresos al sistema SICLOPE a través de un usuario y clave. Accediendo a los registros del paciente a través de su RUT, de igual manera es factible acceder ingresando con el número de ficha, ya que mediante esta forma se identifica el RUT del paciente (código único). La ficha clínica digitalizada, exámenes de laboratorio, imagenología, protocolos operatorios, epicrisis, consultas médicas, episodios de hospitalización.
¿Cómo se logra vincular el soporte de papel con el soporte digital de la ficha clínica?	A través del Sistema SICLOPE ingresando el Rut del paciente.

Atributos evaluados:

- Código único de identificación: Rut o ficha en NN o indocumentados.

- Soportes: físico y electrónico/digital.
- Acceso:
  - Sistema SICLOPE con un usuario y clave.
  - Búsqueda del paciente través de su Rut o Número de ficha para acceder a éste.
- Vinculación: a través del sistema SICLOPE y en el caso de los registros satélites a través de una marcación colorimétrica que se visualiza en la carátula de ficha digital (SICLOPE)

Personal entrevistado:

1. VHR - Médico Cirujano Plástico - 26.035.XXX-X
2. EU. FRR - Enfermera Policlínico Anticoagulante - 17.626.XXX-X
3. EU. DS - Enfermera Policlínico Diabetes - 18.508.XXX-X
4. SLV - Gastroenterólogo - 13.172.XXX-X
5. AZP - Endocrinólogo - 13.975.XXX-X
6. VGJ - Médico Docente Universitario - 13.393.XXX-X
7. MH - Dermatóloga - 26.822.XXX-X
8. NSM - Médico de Urgencia - 18.307XXX-X
9. JR - Matrona ginecología - 17.724XXX-X
10. MMP - Matrona supervisora 13.217.XXX-X
11. NAA - Enfermera Supervisora de Endoscopía - 16.672.XXX-X
12. RJA - Enfermera Calidad - 12.437.XXX-X
13. PSL - Odontopediatra del Servicio de Dental - RUT 10.726XXX-X
14. XCO - Jefe del Servicio Dental - RUT 12.725.XXX-X
15. FV - Médico Unidad de Diálisis - 26.039.XXX-X
16. TDP - Médico Servicio de Medicina - 26.141.XXX-X
17. JCN - Enfermera del Servicio de Psiquiatría - RUT 15.023XXX-X
18. SVT - Jefa de Archivo - RUT 14.109.XXX-X

Fichas evaluadas

1. 21. 316.XXX-X
2. 13.748.XXX-X
3. 13.872.XXX-X
4. 4.670.XXX-X
5. 24.679.XXX-X
6. 6.858.XXX-X
7. 21.036.XXX-X
8. 8.154.XXX-X
9. 05.991.XXX-X
10. 4.424.XXX-X
11. 6.091.XXX-X
12. 6.739.XXX-X
13. 3.777.XXX-X
14. 8.097.XXX-X
15. 12.171.XXX-X
16. 5.183.XXX-X
17. 4.200.XXX-X
18. 6.649.XXX-X
19. 16.135.XXX-X
20. 7.029.XXX-X
21. 6.757.XXX-X
22. 12.216.XXX-X
23. 25.527.XXX-X
24. 18.518.XXX-X
25. 17.018.XXX-X
26. 25.372.XXX-X
27. 24.418.XXX-X
28. 18.825.XXX-X
29. 17.362.XXX-X
30. 16.703.XXX-X
31. 17.396.XXX-X
32. 25.556.XXX-X
33. 9.563.XXX-X
34. 25.520.XXX-X
35. 7.678.XXX-X
36. 13.220.XXX-X
37. 6.527.XXX-X
38. 4.839.XXX-X
39. 25.550.XXX-X
40. 16.854.XXX-X
41. 07.324.XXX-X

Unidades/ servicios seleccionados (Registrar las unidades y/o servicios evaluados): Sugerencias: (los indicados en formato)	
Consultas/Centro Medico	Ficha: 21. 316.XXX-X, TVP
	Ficha: 13.748.XXX-X, CPL

	Ficha: 16.854.XXX-X, DLG
	Ficha: 07.324.XXX-X, BFT
	Ficha: 13.872.XXX-X, DAM
	Ficha: 4.670.XXX-X, DLC
	Ficha: 24.679.XXX-X, ARA
	*Descripción de hallazgos: • Se entrevista a los médicos: - VHR 26.035.XXX-X, Cirujano Plástico - EU. FRR 17.626.XXX-X, Enfermera Policlínico Anticoagulante - EU. DS 18.508.XXX-X, Enfermera Policlínico Diabetes - SLV 13.172.XXX-X, Gastroenterólogo - AZP 13.975.XXX-X, Endocrinólogo - VGJ 13.393.XXX-X, Médico Docente Universitario - MH 26.822.XXX-X, Dermatóloga • Frente a la consulta cuál es el **código único de identificación**, los profesionales responden: RUT del paciente o Nº de ficha (éste último número está asociado al RUT) • Se solicita que **describan el acceso a la integridad de la ficha clínica**, a lo que responden: a través del sistema informático SICLOPE, ingresando usuario y contraseña, para luego ingresar el RUT del paciente (o también Nº de ficha clínica, ya que automáticamente lleva al RUT del paciente), accediendo así a los antecedentes clínicos relevantes éstos. El formato papel se encuentra digitalizado y anexado al sistema SICLOPE en la carátula de la ficha. • Se solicita indiquen como se realiza la **vinculación** entre soportes: la vinculación de los registros clínicos se realiza a través de la plataforma SICLOPE (plataforma que integra en sí al sistema RISWEB de imágenes, el sistema GiGI de laboratorio y a la ficha clínica soporte papel digitalizada) cuyo acceso fue descrito en punto anterior. • Se solicita a todos los profesionales acceder a antecedentes clínicos de los pacientes CPL, DAM, DLC, ARA, encontrando lo siguiente: Dr. VHR, cirujano plástico • Se solicitó al profesional acceder a antecedentes clínicos del paciente TVP 21. 316.XXX-X, constatando los siguiente antecedentes clínicos: - Exámenes de Laboratorio - Exámenes de Anatomía patológica (se visualiza un examen del paciente accediendo al informe). - Exámenes de Imagenología. • Accede a un proceso quirúrgico del paciente visualizándose el protocolo operatorio. • Atenciones de urgencias (DAU). • A través del icono procedimientos de acceder a los procedimientos ambulatorios toma de muestras de exámenes y electrocardiograma. • A través de un icono verde en la carátula de la ficha se accede a los registros digitalizados visualizando las atenciones desde el 2006 en adelante. EU. FRR, enfermera policlínico anticoagulante • Se solicitó al profesional acceder a antecedentes clínicos del paciente BFT 16.854.XXX-X, constatando los siguiente antecedentes clínicos: - Ficha digitalizada con atenciones en soporte de papel. - Atención en policlínico con la Dra. Bustamante. - Se accede a los exámenes de laboratorio. - Datos de urgencias (atención por molestia gastrointestinal). - En el módulo hospitalización se evidencia una hospitalización previa de paciente se logra visualizar un protocolo operatorio y epicrisis, en caso que desee vincular los antecedentes en formato de papal se debe ingresar a la ficha escaneada (ícono en verde). • Se solicita al profesional acceder a antecedentes clínicos del paciente J.A.A, constatando los siguiente antecedentes clínicos: - En la carátula del sistema SICLOPE la ficha del paciente registra un satélite TACO. - Logra acceder a los exámenes del paciente, como es el INR. - Vincula la atención del programa anticoagulante a través de un sistema informático denominado ASTACK accediendo a través del Rut del paciente, en dicho sistema registran diagnóstico, INR, controles con dosis, en caso que un médico requiera información puede solicitarlo a la unidad de TACO. • EU. DS, enfermera policlínico diabetes - Se solicitó al profesional acceder a antecedentes clínicos del paciente 07.324.XXX-X, constatando los siguiente antecedentes clínicos: - Ficha digitalizada con atenciones en soporte de papel (icono verde) - Exámenes de laboratorio, vincula al sistema de examenes GIGi, se logran acceder a exámenes de glucosa desde el año 2018. - Exámenes de imagenología (imágenes e informes). - Se accede a los procedimientos ambulatorios. - Se accede a datos de urgencias, - En el ícono hospitalización, se evidencia una hospitalización previa de paciente, visualizándose un protocolo operatorio y epicrisis, en caso que desee vincular los antecedentes en formato de papal se

	debe ingresar a la ficha escaneada (ícono en verde). - El sistema alerta si el paciente cuenta con un registro satélite, para este paciente no cuenta con tal registro. • Médico SLV - paciente CPL: profesional accede a atenciones médicas y de enfermería del poli de TACO, atenciones del poli de oncología, recetas indicadas de tratamiento TACO, solicitudes de exámenes de laboratorio, protocolo de cirugía urológica realizada, control poli de medicina interna, informe de biopsia, epicrisis de hospitalización, evaluaciones comité oncológico de urología. • Médico AZP - paciente DAM: profesional accede a consultas ambulatorias (controles y procedimientos GES), recetas generadas, consultas urológicas, de oncología, cirugía adulto y unidad de emergencia; epicrisis de hospitalización, exámenes de Imagenología (ecografía testicular), informe de biopsia y registros de enfermería durante la hospitalización. • Médico VGJ - paciente DLC: profesional accede consultas médicas ambulatorias (gastroenterología, urología), antecedentes del paciente (anamnesis remota), exámenes d e laboratorio en GIPI. Profesional declara saber que existen soportes físicos de ficha clínica en otras unidades pero que por no usarlas desconoce el procedimiento. • Médico MH - paciente ARA: profesional accede a episodio de consulta actual, a sistema que muestra los resultados de exámenes de laboratorio; paciente menor de edad por lo que no posee muchos registros en a ficha clínica.
Urgencia/ SAPU	Ficha: 6.858.XXX-X RBC Ficha: 21.036.XXX-X RCE Ficha: 8.154.XXX-X JAC *Descripción de hallazgos: • Se entrevista a profesional NSM - Médico de Urgencia - 18.307.XXX-X Se constata: - Como **código único de identificación** el RUT del paciente, pudiendo acceder a él a través del número de ficha. - **Acceso a la integralidad de la ficha clínica** a través de la plataforma informática SICLOPE, donde la profesional accede utilizando su usuario y clave personal, para luego, a través del RUT, poder visualizar los antecedentes clínicos relevantes del paciente. - **Vinculación** entre los soportes electrónico y papel a través de la plataforma SICLOPE. - Se accede a los siguientes antecedentes clínicos relevantes de los pacientes enunciados: • Paciente RBC: atención del 26-05-2019 en el servicio de urgencia; ingreso a hospitalización el 28-05-2019. Se solicita ingresar a los antecedentes de la cirugía, refiriendo que no puede acceder a estos antecedentes y al consultar como pudiese solicitarlos, indica que no sabe cómo podría acceder a ellos o solicitarlos. • Paciente RCE: accede a las atenciones de urgencia; accede a la atención de urgencia del 20-05-2016 (día seleccionado por la evaluadora). Indica que el paciente se encuentra hospitalizado en la unidad de paciente crítico adulto y accede a sus antecedentes clínicos de la hospitalización actual e indica todos los antecedentes clínicos relevantes del paciente. • Paciente JAC: accede a las atenciones de urgencia del paciente, indicando que el paciente se encuentra actualmente hospitalizado en UCI adulto. A través de SICLOPE, accede a los antecedentes clínicos de la hospitalización actual e indica todos los antecedentes clínicos relevantes del paciente.
Procedimientos Endoscópicos	Ficha: 05.991.XXX-X LMZ • *Descripción de hallazgos: • Se entrevista profesional NAA 16.672.XXX-X, enfermera supervisora de endoscopía. • Se consulta cuál es el **código único de identificación** de la ficha clínica, responde que es el Rut del paciente o número de ficha (al ingresar por el número de ficha se despliega automáticamente el Rut). • Se solicita que indique el medio de **acceso de la ficha clínica**, señalando que el acceso es a través del sistema SICLOPE con su usuario y contraseña y para ingresar a los antecedentes del paciente busca por Rut en la pestaña "nómina" o por la opción buscar paciente. • Se solicita al profesional acceder a antecedentes clínicos relevantes de los pacientes y **vincular los soportes**, esto se realiza a través del sistema SICLOPE en la "carátula de la ficha" se visualiza citaciones, recetas exámenes, pabellones, biopsias, el paciente tiene una ficha digitalizada se visualiza en el ícono verde. • Para el paciente tiene un registro satélite en el CDT "taco", se solicita acceder a dichos registros, referente señala no utiliza la información referida, por tanto desconoce el acceso. • Se solicita al profesional acceder a antecedentes clínicos de los paciente 05.991.xxx-x, constatando lo siguiente: • En el sistema SICLOPE si un paciente se ha realizado un procedimiento dentro de ellos uno endoscópico, se puede "pinchar" la pestaña "procedimientos" y en ésta se despliegan todos los que pudiesen haberse realizado a la fecha. • En SICLOPE también se puede por otra vía, visualizar en la carátula un "icono en verde", el cual indica que existen documentos relacionados a la ficha clínica que han sido escaneados, al "cliquearse" se desprende la ficha digital escaneada y dentro de ella el informe del procedimiento endoscópico del paciente que se está constatando. • Se consulta a referente si el informe endoscópico no se encuentra escaneado ¿cómo puede acceder a éste? quien señala que lo puede solicitar a la unidad de archivo por vía mail. • El servicio de endoscopía cuenta con soporte de papel la enfermera supervisora menciona que todos los viernes se envían a registros clínicos para ser escaneados, a excepción de los consentimientos informados los cuales quedan en la unidad de endoscopía por un plazo de 5 años, posterior a este plazo son enviados a la unidad de archivo. • Se constata en el servicio endoscopía los consentimientos informados, almacenados en un mueble y

	ordenados por Rut.
Kinesiología	Ficha: 4.424.XXX-X, LCS
	Ficha: 6.091.XXX-X, CJR
	Ficha: 6.739.XXX-X, LTC
	Ficha: 3.777.XXX-X, LRV
	Ficha: 8.097.XXX-X, RG
	Ficha: 12.171.XXX-2, LFD
	Ficha: 5.183.XXX-X, PMS
	Ficha: 4.200.XXX-X, JWJ
	Ficha: 6.649.XXX-X, EPM
	Ficha: 16.135.XXX-X, CAT
	Ficha: 7.029.XXX-X, LGO
	*Descripción de hallazgos: • Se entrevista a profesional RJA 12.437.XXX-X, enfermera; respecto a pacientes que tuvieron atención Kinésica durante su hospitalización. • Se constata: • Como **código único de identificación** el RUT del paciente, pudiendo acceder a él a través del número de ficha. • **Acceso a la integralidad de la ficha clínica** a través de la plataforma informática SICLOPE, donde la profesional accede utilizando su usuario y clave personal, para luego, a través del RUT, poder visualizar los antecedentes clínicos relevantes del paciente. • **Vinculación** entre los soportes electrónico y papel a través de la plataforma SICLOPE, que integra al sistema RISWEB de imágenes, sistema GIGI de laboratorio y al formato papel digitalizado. • Se accede a los siguientes antecedentes clínicos relevantes de los pacientes enunciados en formato papel y digitalizado en plataforma SICLOPE: registros de hospitalización en unidad de cardiología-neurología y servicios medicoquirúrgcos: indicaciones y evoluciones médicas, atenciones de enfermería, registros de signos vitales, prescripciones y tratamientos.
Dental	Ficha: 6.757.XXX-X, SAB
	*Descripción de hallazgos: • Se entrevista a los profesionales: - PSL RUT 10.726XXX-X, odontopediatra del Servicio de Dental - XCO RUT 12.725.XXX-X, jefe del Servicio Dental • Se consulta cuál es el **código único de identificación**, a lo que responde: RUT del paciente o Nº de ficha (éste último número está asociado al RUT) • Se le solicita que **describa el acceso a la integridad de la ficha clínica**, a lo que responden: a través del sistema informático SICLOPE, ingresando usuario y contraseña, para luego ingresar el RUT del paciente o Nº de ficha clínica, accediendo así a los antecedentes clínicos relevantes de los pacientes. El formato papel se encuentra digitalizado y anexado al sistema SICLOPE. • Se solicita indique como se realiza la **vinculación** entre soportes: la vinculación de los registros clínicos se realiza a través de la plataforma SICLOPE (plataforma que integra en sí al sistema RISWEB de imágenes, el sistema GiGI de laboratorio y a la ficha clínica soporte papel digitalizada) cuyo acceso fue descrito en punto anterior. • Se solicita a los profesionales acceder a antecedentes clínicos de la paciente SAB: • Los profesionales acceden a través del sistema SICLOPE a resultados de exámenes de laboratorio, atenciones médicas, prescripción de medicamentos.
Área de la Mujer: Ginecología	Ficha: 12.216.XXX-X MRM
	Ficha: 25.527.XXX-X, OCC
	Ficha: 18.518.XXX-X, YCB
	Ficha: 17.018.XXX-X, CCA
	Ficha: 25.372.XXX-X, LCL
	Ficha: 24.418.XXX-X, JJC
	Ficha: 18.825.XXX-X, FZA
	Ficha: 17.362.XXX-X, MOV
	Ficha: 16.703.XXX-X, SPC
	Ficha: 17.396.XXX-X, UGL
	Ficha: 25.556.XXX-X, IMD
	*Descripción de hallazgos: • Se entrevista a las profesionales JR RUT 17.724XXX-X, matrona de la unidad de Ginecología del Área de a Mujer; y MMP, Matrona Supervisora - encargada de Calidad Servicio de Gineco-obstetricia. • Se consulta cuál es el **código único de identificación**, a lo que responden: RUT del paciente o Nº de ficha (éste último número está asociado al RUT) • Se le solicita que **describan el acceso a la integridad de la ficha clínica**, a lo que responden: a través del sistema informático SICLOPE, ingresando usuario y contraseña, para luego ingresar el RUT del paciente, también pueden digitar el Nº de ficha el cual lleva al RUT, accediendo así a los antecedentes clínicos relevantes de los pacientes. El formato papel se encuentra digitalizado y anexado al sistema SICLOPE. • Se solicita indiquen cómo se realizan la **vinculación** entre soportes: la vinculación de los registros clínicos se realiza a través de la plataforma SICLOPE (plataforma que integra en sí al sistema RISWEB de imágenes, el sistema GiGI de laboratorio y a la ficha clínica soporte papel digitalizada) cuyo acceso fue descrito en punto anterior. • Se solicita a ambas profesionales acceder a antecedentes clínicos de las pacientes, encontrándose:

	• Matrona JR, paciente MRM: formato papel dato de atención de urgencia, evaluación de Matronería, evolución de cirugía oncológica, unidad de patología mamaria, hoja de registro de signos vitales e indicaciones. En formato digital accede a dato de atención de urgencia, exámenes de Imagenología, consultas ambulatorias del comité de mamas, patología mamaría, informe de biopsias, medicamentos indicados, procedimientos (curación simple, ecocardiograma, yeso en poli de trauma, resultados de exámenes de laboratorio, atenciones de urgencia, protocolo operatorio, informe e imágenes de resonancia magnética de cerebro. • Matrona MMP, pacientes OCC, YCB, CCA, LCL, JJC, FZA, MOV, SPC, UGL, IMD: se accede a ficha clínica a través del sistema SICLOPE, desde donde la profesional puede acceder a resultados de exámenes (de laboratorio e Imagenología) y consultas ambulatorias, se accede a formato papel digitalizado vinculado a través de la plataforma SICLOPE, encontrando carátula de historia obstétrica, partograma, protocolo operatorio, epicrisis, evoluciones médicas y de Matronería.
Otro Diálisis	Ficha: 9.563. XXX-X, LTV *Descripción de hallazgos: Se entrevista a Dra. FV 26.039.XXX-X, Médico Unidad de Diálisis. • Se consulta cuál es el código único de identificación de la ficha clínica, responde que es el Rut del paciente. • Se solicita que indique los soportes de la ficha clínica, señalando que es digital y físico (lo que se imprime de las evoluciones, fichas de enfermería y después ese soporte donde queda digitalizado en el sistema SICLOPE). • Se solicita que indique el medio de acceso de la ficha clínica, señala que el acceso es a través del Sistema SICLOPE con su usuario y contraseña en pestaña consultar, búsqueda por paciente a través del Rut visualizando "carátula de la ficha clínica". - Datos del paciente - Antecedentes clínicos • Se solicita al profesional acceder a antecedentes clínicos de los paciente LTV 05.991.xxx-x, constatando lo siguiente: • Se Accede a través del sistema SICLOPE a los exámenes en pestaña lateral derecha visualizando: - Laboratorio - Anatomía patológica se visualiza un examen del paciente accediendo al informe. - Imagenología. - Pabellón (accede a las atenciones y protocolos operatorios). - Procedimientos ambulatorios. • A través de un ícono verde en la carátula de la ficha se accede a los registros digitalizados visualizando las atenciones en papel. En la misma carátula hay un distintivo de color "Rosado" que indica que el paciente mantiene un registro satélite en la unidad de diálisis, se constata que los registros de esa unidad son almacenados en la unidad de diálisis.
Servicio Cirugía, Medicina u Otro	Ficha: 25.520.XXX-X ECV Ficha: 7.678.XXX-X SVL *Descripción de hallazgos: Se entrevista a TDP 26141XXX, Médico del servicio de medicina. • Se le consulta cuál es el código único de identificación de la ficha clínica, a lo que responde que es el Rut del paciente. • Se solicita describa el acceso la integridad de la ficha clínica, indicando que para la ficha electrónica que el acceso al sistema SICLOPE se realiza con su usuario y clave personal y, para ingresar a ficha clínica de paciente a través del Rut de cada paciente, lo que se ajusta a lo descrito en documento institucional. • Se solicita acceder a antecedentes clínicos relevantes de los pacientes ECV y SVL, encontrando lo siguiente: - Ficha: 25.520.XXX-X ECV: ingresa a la ficha clínica del paciente, y accede a las atenciones de urgencia del paciente, los antecedentes de la hospitalización de la unidad de tratamiento intermedio pediátrico, a través de SICLOPE, accede a la epicrisis del paciente e indica sus antecedentes clínicos de la hospitalización. - Ficha: 7.678.686-0 SVL: ingresa a la ficha clínica de la paciente, y accede a los siguientes antecedentes clínicos, a través de SICLOPE; paciente hospitalizada en ginecología, con diagnóstico de adenocarcinoma de ovario; sometida a quimioterapia y cirugía en el mes de octubre del año 2018. Accede al protocolo operatorio de fecha 21-12-2017 y al informe de biopsia de la paciente.
UPC	Ficha: 6.858.XXX-X RBC Ficha: 21.036.XXX-X RCE Ficha: 25.520.XXX-X ECV Ficha: 8.154.XXX-X JAC Ficha: 13.220.XXX-X CJV Ficha: 6.527.XXX-X ILB *Descripción de hallazgos: • Se entrevista a IDP 13644XXX, Médico residente UCI. • Frente a la pregunta cuál es el **código único** de identificación de la ficha clínica, responde que es el Rut del paciente. • Se solicita describa el **acceso** la integridad de la ficha clínica, indicando que para la ficha electrónica que

el acceso al sistema SICLOPE se realiza con su usuario y clave personal y, para ingresar a ficha clínica de paciente a través del Rut de cada paciente, lo que se ajusta a lo descrito en documento institucional.

- Se solicita acceder a antecedentes clínicos relevantes de los pacientes RBC, RCE y CJV, encontrando lo siguiente:

- Ficha: 6.858.XXX-X RBC: ingresa a la ficha clínica electrónica (CICLOPE) e indica todos los antecedentes clínicos relevantes de la paciente.
- Ficha: 21.036.XXX-X RCE: ingresa a la ficha clínica electrónica (CICLOPE) e indica todos los antecedentes clínicos relevantes de la paciente.
- Ficha: 13.220.XXX-X CJV: ingresa a ficha clínica electrónica (CICLOPE), accede a las atenciones ambulatorias del paciente. Refiere no saber como acceder al informe de biopsia, de fecha 03-12-2018.

- Se entrevista a CGA 17089XXX, Médico UPC adulto.
- Se consulta cuál es el **código único** de identificación de la ficha clínica, a lo que responde que es el Rut del paciente.
- Se solicita describa el **acceso** la integridad de la ficha clínica, indicando que para la ficha electrónica que el acceso al sistema SICLOPE se realiza con su usuario y clave personal y, para ingresar a ficha clínica de paciente a través del Rut de cada paciente, lo que se ajusta a lo descrito en documento institucional.
- Se solicita acceder a antecedentes clínicos relevantes del paciente RCE, encontrando lo siguiente:

- Ficha: 21.036.XXX-X RCE: ingresa a la ficha clínica electrónica (CICLOPE) e indica todos los antecedentes clínicos relevantes de la paciente. Insuficiencia respiratoria crónica secundaria a neumonía y parálisis cerebral; epilepsia secundaria refractaria.
- Ingresa el 6 de junio del 2019. El 30-06-2017 registra atención odontológica ambulatoria (exodoncia permanente). 16/01/2015 al 22/01/2015 hospitalización por instalación de gastrostomía.
  Posee las siguientes atenciones en el servicio de urgencia:
  - Urgencia el 4-6-2019 e ingresa a UTI el 6/6/2019
  - Urgencia 2-06-2019: Se instala gastrostomía
  - Urgencia 10-04-2018: Deposiciones líquidas.
  - Urgencia 11-03-2019: Se instala sonda
  - Urgencia 05-03-2019: se cambia sonda
  - Urgencia 20-05-2016: sin diagnóstico.

- Se entrevista a VFB 16438XXX enfermera UPC.
- Se consulta cuál es el **código único** de identificación de la ficha clínica, a lo que responde que es el Rut del paciente.
- Se solicita describa el **acceso** la integridad de la ficha clínica, indicando que para la ficha electrónica que el acceso al sistema SICLOPE se realiza con su usuario y clave personal y, para ingresar a ficha clínica de paciente a través del Rut de cada paciente, lo que se ajusta a lo descrito en documento institucional.
- Se solicita acceder a antecedentes clínicos relevantes de los pacientes RBC, encontrando lo siguiente:

- Ficha: 6.858.XXX-X RBC: se solicita ingresar a la ficha clínica de un paciente hospitalizado el día de la evaluación en terreno. Se accede a la ficha clínica en formato papel y electrónica de la paciente RBC. Paciente con los siguientes antecedentes clínicos relevantes: Insuficiencia mitral; Recambio valvular; Cirugía mínima invasiva realizada el día 11-06- 2019. Actualmente hospitalizada en UPC Coronaria, en su 7° día post cirugía. Paciente se mantiene en VM hace y hace 2 días que se avanza hacia la extubación.

- Ficha: 21.036.XXX-X RCE: se solicita a médico CGA, ingresar a la ficha clínica del paciente RCE, accediendo a los siguientes antecedentes clínicos: Insuficiencia respiratoria crónica secundaria a neumonía y parálisis cerebral; epilepsia secundaria refractaria. Posee los siguientes registros en ficha clínica electrónica (SICLOPE):
  Ingresa el 6 de junio del 2019.
  30-06-2017 registra atención odontológica ambulatoria (exodoncia permanente). 16/01/2015 al 22/01/2015 hospitalización por instalación de gastrostomía.
  Posee las siguientes atenciones en el servicio de urgencia:
  - Urgencia el 4-6-2019 e ingresa a UTI el 6/6/2019
  - Urgencia 2-06-2019: Se instala gastrostomía
  - Urgencia 10-04-2018: Deposiciones líquidas.
  - Urgencia 11-03-2019: Se instala sonda
  - Urgencia 05-03-2019: se cambia sonda
  - Urgencia 20-05-2016: sin diagnóstico.

- Se entrevista a PPF 15081XXX, Médico jefe UPC pediátrica
- Se consulta cuál es el **código único** de identificación de la ficha clínica, a lo que responde que es el Rut del paciente.
- Se solicita describa el **acceso** la integridad de la ficha clínica, indicando que para la ficha electrónica que el acceso al sistema SICLOPE se realiza con su usuario y clave personal y, para ingresar a ficha clínica de paciente a través del Rut de cada paciente, lo que se ajusta a lo descrito en documento institucional.
- Se solicita acceder a antecedentes clínicos relevantes de los pacientes ECV y ILB, encontrando lo siguiente:

- Ficha: 25.520.XXX-X ECV: se solicita ingresar a la ficha clínica de un paciente hospitalizado en UPC pediátrica. Se accede a la ficha clínica en formato electrónico e indica que el paciente estuvo hospitalizado en pediatría y cirugía infantil, desde 02-01-2018 a abril 09-04-2019, con Dg. Síndrome de

	Rubinstein Taybi; Reflujo gastroesofágico severo. Se somete a cirugía 22-08-2018. Con antecedentes de Gastropexia, evoluciona con estenosis esofágica. Se deriva a Santiago. Posee ficha digitalizada y la última atención registrada es del día 30-01-2019. Se accede a registro de egreso de la unidad. Se traslada el 02-12-2018 al HRA y se cita a control. Registra 3 procedimientos, que corresponden a dilataciones esofágicas, en UPC Pediátrica. - Ficha: 6.527.XXX-X ILB: ingresa a ficha clínica electrónica (CICLOPE), accede a las hospitalizaciones de la paciente (junio 2016, agosto 2017, septiembre 2018 y febrero 2019). De la última hospitalización, accede al protocolo operatorio, formulario de pausa de seguridad. Refiere no saber como acceder al informe de biopsia, de fecha 11-02-2019 Antecedentes de fichas clínicas, que se solicita acceso a la integridad de la información contenida en la ficha clínica: - Ficha: 8.154.XXX-X JAC Paciente se encuentra actualmente en PQ y en UCI adulto se espera su ingreso. Con fecha 14-12-2018 ingresa con diagnóstico de esofagoestenosis funcional. Derivado para cirugía de restitución. Se accede a los siguientes antecedentes clínicos, anteriores a la hospitalización actual: hospitalización el 15-12-2016, con diagnóstico de Adenoma prostático y enfermedad diverticular colónica. Con fecha 10-10-2018 consulta en el servicio de urgencia por ingesta de medicamentos con alcohol, por lo que es ingresado a la Unidad de cuidados intermedios. Posteriormente con fecha 18-10-2018 es trasladado al servicio MQ de cuidados medios, con diagnóstico de yeyunostomía con drenaje pleural aspirativo. Se accede a epicrisis de fecha 20-11-2018 con diagnóstico de perforación esofágica; protocolo operatorio de fecha 26-09-2018 y a la evaluación pre anestésica de fecha 16-09-2018. - Ficha: 13.220.XXX-X CJV Paciente posee los siguientes antecedentes clínicos relevantes: Se realiza una cirugía el 23-11-2018, con diagnóstico de colecistectomía. Se extrae una muestra de biopsia, informe que se encuentra disponible en la ficha clínica del paciente, de fecha 03-12-2018. - Ficha: 6.527.XXX-X ILB Paciente posee los siguientes antecedentes clínicos relevantes: Se realiza una cirugía el 05-02-2019, con diagnóstico de disección aórtica. Se extrae una muestra de biopsia, informe que se encuentra disponible en la ficha clínica del paciente, de fecha 11-02-2019.
Otro Psiquiatría	Ficha: 20.093.XXX-X; NOJ *Descripción de hallazgos: • Se entrevista a la profesional JCN RUT 15.023XXX-X, enfermera del Servicio de Psiquiatría. • Se le consulta cuál es el **código único de identificación**, a lo que responde: RUT del paciente o Nº de ficha (éste último número está asociado al RUT) • Se le solicita que **describa el acceso a la integridad de la ficha clínica**, a lo que responden: a través del sistema informático SICLOPE, ingresando usuario y contraseña, para luego ingresar el RUT del paciente o Nº de ficha clínica, accediendo así a los antecedentes clínicos relevantes de los pacientes. El formato papel se encuentra digitalizado y anexado al sistema SICLOPE. • Se solicita indiquen como se realiza la **vinculación** entre soportes: la vinculación de los registros clínicos se realiza a través de la plataforma SICLOPE (plataforma que integra en sí al sistema RISWEB de imágenes, el sistema GiGI de laboratorio y a la ficha clínica soporte papel digitalizada) cuyo acceso fue descrito en punto anterior. • Se solicita al profesional acceder a antecedentes clínicos de la paciente NOJ, encontrándose: epicrisis, exámenes, protocolo de ingreso y egreso de enfermería, ingreso médico, hoja de enfermería, DAU de atención de urgencia, consentimiento de contención física y farmacológica, indicaciones médicas y evoluciones de TENS.
Archivo	Ficha: 4.839.XXXX LPF Ficha: 25.550.XXX-X MOL *Descripción de hallazgos: Se entrevista a la jefa de archivo SVT, RUT 14.109.XXX-X, y se solicita describir el sistema de acceso a la ficha clínica en formato papel, refiere que en el caso que los registros no se encuentren digitalizados, el profesional debe realizar solicitud a través de chorrero electrónico jefe.archivo@redsaludgov.cl después de lo cual se realiza búsqueda en los anaqueles donde se resguardan las fichas clínicas (donde se encuentran ordenados según correlativo del Nº de ficha), luego se accede a antecedentes clínicos a través del Nº de RUT del paciente. Posteriormente se digitalizan los registros y se envía correo respuesta informando al profesional que realizó la solicitud que ya puede visualizar lo antecedentes solicitados a través del sistema SICLOPE.

*Descripción de hallazgos: (Describir la constatación de la aplicación de los procedimientos descritos en el documento institucional, en cuanto a la identificación, al procedimiento de acceso y, de ser el caso, a la debida vinculación de las partes).

- Se constata la existencia de ficha clínica única contenida en dos soportes: físico y electrónico/digital.
- El código único: los entrevistados indican el RUT, al cual pueden acceder con el número de ficha.
- Acceso a la integralidad de la información: a través del ingreso del RUT del paciente a plataforma SICLOPE, plataforma a la que el funcionario accede utilizando un usuario y clave única.
- Vinculación: a través del ingreso del RUT del paciente a la plataforma SICLOPE, la cual tiene contenida los registros electrónicos de atención ambulatoria, el sistema RISWEB de imágenes, sistema GIGI de laboratorio y la ficha digitalizada; además de escala colorimétrica que indica la existencia de registros satélites.

- Para respaldar la información se grabaron accesos a la ficha clínica.

Observaciones:
1. Cuando los entrevistados digitan el número de ficha "arroja" automáticamente al RUT del paciente, lo que fue constatado en la totalidad de las veces que los usuarios digitaron fichas.

Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA REG 1.1 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	1° EM (Dirección): 1	2° EM (General): 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA REG 1.2 / HALLAZGOS

REG 1.2 – Primer elemento medible: Se describen en documento de carácter institucional las características de los registros clínicos que contempla: Responsables del llenado y contenidos mínimos a llenar por cada registro.

Dirección o Gerencia								
Nombre del documento: PROCEDIMIENTO MANEJO DE REGISTROS CLÍNICOS								
N° Resolución: Memorándum N° 000061	Versión: 03					Fecha: Septiembre 2018		
Elaborado por: Equipo de Calidad. Seguridad del paciente HRA.						Aprobado por: Sr. Ricardo Salazar C. Director Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años					N° páginas: 16		
El documento contempla (SI/NO):								
1. Responsable del llenado	SI	2. Contenidos mínimos a llenar x cada registro		SI		3. Legibilidad		SI
El documento debe incluir al menos los registros de (SI/NO):								
1. Ingreso médico	SI	2. Protocolo operatorio		SI		3. Protocolo anestesia		SI
4. Evolución diaria paciente hospitalizado	SI	5. Epicrisis	SI	6. Registro consultas profesionales ambulatorias				SI
7. Interconsultas	SI	8. Atención de Urgencia		SI		9. Hoja de atención de enfermería		SI

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, en el que destacan los siguientes contenidos:

En la página 2, ítem 2, alcance, aplica a los registros clínicos derivados de atenciones de salud, realizados en las unidades clínicas y de apoyo, que incluyen ingreso médico, protocolo operatorio, protocolo de anestesia evolución diaria de paciente hospitalizado (episodio de hospitalización), epicrisis, registro consultas profesionales ambulatorias (episodio clínico), interconsultas, atención de urgencia y hoja de enfermería.

En la página 2, ítem 3, responsabilidades, define lo siguiente:
Equipo multidisciplinario de salud: cada miembro es responsable de realizar un registro completo y legible de la atención de salud otorgada por él.
En página 4, ítem 7, descripción del proceso, señala entre otros que los requisitos generales de los registros clínicos, los cuales se describe a continuación:
- Legible.
- Veraz.
- Contenidos acordes al tipo de atención de salud realizados.
- Contar con la identificación del profesional que realiza la atención o registra
- Deben contemplar información mínima indispensable.
- Definición de los responsables de realizar los registros clínicos para cada tipo de atención de salud.
- Definición de contenidos mínimos que debe poseer cada registro clínico de atención de salud.

En la página 5 a la 8, ítem 7.2 y 7.3 definición de responsables y contenidos mínimos de los registros clínicos, señala en una tabla los siguientes elementos:

Nombre del registro	Responsable de	Contenidos mínimos a considerar
Ingreso médico	Médico que realiza ingreso	- Fecha, identificación del paciente: - Nombre, apellido y edad. - Anamnesis:examen físico general, hipótesis diagnóstica, plan de estudio y/o tratamiento. - Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico que realiza el ingreso.
Protocolo operatorio	Médico cirujano que realiza intervención quirúrgica.	- Identificación del paciente: Nombre, apellido. - Fecha. - Diagnóstico preoperatorio y postoperatorio. - Descripción de la intervención quirúrgica realizada. - Equipo de salud que participó en la intervención al menos cirujano y anestesista y nombre, apellido, RUT y/o firma y/o timbre del primer cirujano.

Protocolo anestesia	Médico anestesista	- Nombre y apellido del paciente, edad, fecha. - Diagnóstico quirúrgico. - Técnica anestésica. - Fármacos y agentes anestésicos administrados. - Tipo de fluidos volúmenes administrados. Tipos y volumen de egresos de fluidos corporales. - Controles de Presión Arterial, de Frecuencia Cardíaca y EVA. - Indicaciones para el post operatorio inmediato. - Nombre y apellido del Auxiliar de anestesia. Nombre, apellido y/o firma responsable y/o timbre del médico anestesista.
Evolución diaria de paciente hospitalizado (Episodio de hospitalización)	Médico	- Fecha. - Observaciones clínicas e indicaciones. - Nombre, apellido y/o firma y/o timbre de quien realiza la evolución.
Epicrisis	Médico tratante Médico de la sala de Hospitalización que entrega el alta.	- Nombre y al menos un apellido del paciente. - RUT. - Fecha de Ingreso. - Fecha de alta. - Diagnóstico(s) de Ingreso. - Resumen de la evolución clínica, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos realizados. - Diagnóstico (s) de Egreso. - Indicaciones. - Nombre, apellido y/o firma del médico y/o timbre.
Registro de consultas profesionales ambulatorias (Episodio clínico).	Médico que otorga la atención	- Fecha. - Anamnesis abreviada. - Examen físico acotado a la patología de consulta. - Indicaciones. - Nombre apellido y/o firma y/o timbre.
Interconsultas	Médico u otro profesional que solicita la Interconsulta	- Solicitud de la interconsulta - Nombre, al menos un apellido, y edad del paciente. - Información clínica que motiva la consulta de especialidad. - Nombre, apellido y/o firma del médico que solicita la interconsulta.
Atención de Urgencia	Médico Matrona de Urgencia Administrativo de admisión de urgencia. Enfermera y/o matrona categorizadora de pacientes.	- N° de DAU. - Fecha de atención: día, mes, año. - Hora de admisión. - Categorización del usuario. - Hora atención del usuario. - RUT. - Nombre y al menos un apellido del paciente. - Edad. - Motivo de la consulta. - Diagnóstico presuntivo, signos vitales, exámenes solicitados, tratamiento e indicaciones. - Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del profesional responsable (Médico o Matrona)
Hoja de atención de enfermería	Enfermera	- Fecha, nombre y al menos un apellido del paciente, registro de actividades diarias de enfermería, registro de elementos invasivos. - Nombre, apellido y/o firma y/o timbre de Enfermera.

Observaciones:

1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Procedimiento manejo de registros clínicos". Versión 02, fecha de emisión abril 2014, elaborado por Dra. Alejandra Muñoz M., Dra. Natalia Valenzuela, Unidad de calidad y seguridad del paciente, aprobado por Dr. Juan Mattatal L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
2. Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación y con lo solicitado en elemento medible.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA

Dirección	PQ	UPC Ad.	Med.	Cir. Ad.	Pediatría	Obst-gine	Cons. Amb.	URG
SI	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**

REG 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

PQ 1	
Nombre del indicador	NÚMERO DE REGISTROS CLÍNICOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE SALUD QUE SE CONSTATAN DATOS MÍNIMOS
Fórmula matemática	N° de registros clínicos que cumplen con la totalidad de datos mínimos según procedimiento/ N° total de registros clínicos evaluados) x 100
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

PQ 2	
Nombre del indicador	N° DE REGISTROS CLÍNICOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE SALUD QUE SE CONSTATAN DATOS MÍNIMOS. PROTOCOLO OPERATORIO
Fórmula matemática	N° de registros clínicos que cumplen con la totalidad de datos mínimos según procedimiento/ N° total de registros clínicos evaluados x 100
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ 3	
Nombre del indicador	N° DE REGISTROS CLÍNICOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE SALUD QUE SE CONSTATAN DATOS MÍNIMOS.
Fórmula matemática	N° de registros clínicos que cumplen con la totalidad de datos mínimos según procedimiento/ N° total de registros clínicos evaluados x 100
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad. 1	
Nombre del indicador	NÚMERO DE REGISTROS CLÍNICOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE SALUD QUE SE CONSTATAN DATOS MÍNIMOS
Fórmula matemática	N° de registros clínicos que cumplen con la totalidad de datos mínimos según procedimiento/ N° total de registros clínicos evaluados) x 100
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad. 2	
Nombre del indicador	N° DE REGISTROS CLÍNICOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE SALUD QUE SE CONSTATAN DATOS MÍNIMOS (INGRESOS)
Fórmula matemática	N° de registros clínicos que cumplen con la totalidad de datos mínimos según procedimiento/ N° total de registros clínicos evaluados x 100
Umbral de cumplimiento:80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad. 3	
Nombre del indicador	NÚMERO DE REGISTROS CLÍNICOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE SALUD QUE SE CONSTATAN DATOS MÍNIMOS
Fórmula matemática	N° de registros clínicos que cumplen con la totalidad de datos mínimos según procedimiento/ N° total de registros clínicos evaluados) x 100
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQs 1	
Nombre del indicador	NÚMERO DE REGISTROS CLÍNICOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE SALUD QUE SE CONSTATAN DATOS MÍNIMOS
Fórmula matemática	Nº de registros clínicos que cumplen con la totalidad de datos mínimos según procedimiento/ Nº total de registros clínicos evaluados
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQs 2	
Nombre del indicador	NÚMERO DE REGISTROS CLÍNICOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE SALUD QUE SE CONSTATAN DATOS MÍNIMOS
Fórmula matemática	Nº de registros clínicos que cumplen con la totalidad de datos mínimos según procedimiento/ Nº total de registros clínicos evaluados
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQs 3	
Nombre del indicador	NÚMERO DE REGISTROS CLÍNICOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE SALUD QUE SE CONSTATAN DATOS MÍNIMOS
Fórmula matemática	Nº de registros clínicos que cumplen con la totalidad de datos mínimos según procedimiento/ Nº total de registros clínicos evaluados
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQs 4	
Nombre del indicador	NÚMERO DE REGISTROS CLÍNICOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE SALUD QUE SE CONSTATAN DATOS MÍNIMOS
Fórmula matemática	Nº de registros clínicos que cumplen con la totalidad de datos mínimos según procedimiento/ Nº total de registros clínicos evaluados
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQs 5	
Nombre del indicador	N° DE REGISTROS CLÍNICOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE SALUD QUE SE CONSTATAN DATOS MÍNIMOS (EPICRISIS)
Fórmula matemática	N° de registros clínicos que cumplen con la totalidad de datos mínimos según procedimiento/ N° total de registros clínicos evaluados x 100
Umbral de cumplimiento:80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQs 6	
Nombre del indicador	N° DE REGISTROS CLÍNICOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE SALUD QUE SE CONSTATAN DATOS MÍNIMOS (EPICRISIS)
Fórmula matemática	N° de registros clínicos que cumplen con la totalidad de datos mínimos según procedimiento/ N° total de registros clínicos evaluados x 100
Umbral de cumplimiento:80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Ped	
Nombre del indicador	Nº DE REGISTROS CLINICOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE SALUD QUE CONSTATAN DATOS MÍNIMOS
Fórmula matemática	Nº de registros clínicos que cumplen con la totalidad de datos mínimos según procedimiento/ Nº total

	de registros clínicos evaluados x 100	
Umbral de cumplimiento: 80%		Periodicidad de la evaluación: trimestral
Obst-gine		
Nombre del indicador	NUMERO DE REGISTROS CLÍNICOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE SALUD QUE SE CONSTATAN DATOS MINIMOS	
Fórmula matemática	Nº de registros clínicos que cumplen con la totalidad de datos mínimos según procedimiento / Nº total de registros clínicos evaluados X 100	
Umbral de cumplimiento: 80%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Consultas Ambulatorias		
Nombre del indicador	N° DE REGISTROS CLÍNICOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE SALUD QUE SE CONSTATAN DATOS MÍNIMOS.	
Fórmula matemática	N° de registros clínicos que cumplen con la totalidad de datos mínimos según procedimiento / N° total de registros clínicos evaluados x 100	
Umbral de cumplimiento: 80%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Urg		
Nombre del indicador	Nº DE REGISTROS CLÍNICOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE SALUD QUE SE CONSTATAN DATOS MÍNIMOS.	
Fórmula matemática	Nº de registros clínicos que cumplen con la totalidad de datos mínimos según procedimiento/ Nº total de registros clínicos evaluados X 100.	
Umbral de cumplimiento: 80%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral.

REG 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

PQ 1	
Nombre documento	Informe evaluación indicador
Responsable medición	Supervisor de la unidad
Fuente primaria	Protocolo operatorio
Fuente secundaria	Pauta de supervisión registro clínico protocolo operatorio, Informe indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del calculo muestral**: Se realiza en forma centralizada por unidad de calidad. Con un umbral de cumplimiento del 80% y un margen de error de un 5%), se utiliza la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores cínicos de calidad de universo desconocido. • **Metodología de aplicación de pautas**: La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario, Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. Para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará al menos un registro a día, según oportunidad, en jornada de lunes a viernes para completar una muestra de al menos 20 pautas mensuales. • **Criterios de cumplimiento**: La pauta de supervisión registro clínico protocolo operatorio, contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, identificación del evaluador y los atributos de cumplimiento (criterios) se detallan a continuación. 1. Nombre/apellido paciente. 2. Fecha operatoria. 3. Diagnóstico preoperatorio. 4. Diagnóstico post operatorio. 5. Descripción de la intervención. 6. Equipo de salud que participo intervención (al menos cirujano y anestesista) 7. Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del 1° cirujano. 8. Legibilidad
Metodología de constatación	• **Periodo evaluado:** dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Informe evaluación periódica del indicador - Pauta de supervisión registro clínico protocolo operatorio. - **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) 1. La pauta de supervisión de registro clínico operatorio contiene 8 criterios, los cuales se encuentran definidos en el procedimiento local. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 12 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado. 3. Se realiza una constatación cuantitativa y cualitativa de los criterios evaluados en las pautas de supervisión, del 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019, con el objeto de contrastar la información consignada en las pautas con el cumplimiento reportado por el prestador. 4. Posteriormente, se verifica 5 fuentes primarias "protocolos operatorios" a través de la revisión de fichas clínica digitalizadas.

3° Trimestre 2018										Cumplimiento Reportado	
Fecha evaluación	Ficha	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	Prestador	EA
13-07-2018	227363	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
03-08-2018	245221	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
24-08-2018	569713	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
20-09-2018	744905	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
20-09-2018	590337	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
1° Trimestre 2019										Cumplimiento Reportado	
Fecha evaluación	Ficha	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	Prestador	EA
08-01-2019	134242	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
10-01-2019	360639	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
07-02-2019	698147	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
26-02-2019	538461	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
14-03-2019	718498	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2 Trimestre 2016	88	90	97,78%			
3 Trimestre 2016	115	120	95,83%			
4 Trimestre 2016	120	120	100%			
1 Trimestre 2017	116	120	96,67%			
2 Trimestre 2017	113	120	94,17%			
3 Trimestre 2017	58	60	96,67%			
4 Trimestre 2017	59	60	98,33%			
1 Trimestre 2018	59	60	98,33%			
2 Trimestre 2018	53	60	88,33%			
3 Trimestre 2018	**54**	**60**	**90%**	**54**	**60**	**90%**
4 Trimestre 2018	52	60	86,67%			
1 Trimestre 2019	**52**	**60**	**86,67%**	**52**	**60**	**86,67%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

PQ 2	
Nombre documento	INFORME DEL INDICADOR
Responsable medición	Supervisor de la unidad
Fuente primaria	Protocolo operatorio
Fuente secundaria	Pautas de supervisión – informe del indicador
Periodo evaluado	Octubre 2018 a mayo 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo muestral:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** • La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. • Para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará 1 diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • **Criterios de cumplimiento:** el prestador utiliza una pauta de supervisión registro clínico protocolo operatorio que consigna la evaluación de los siguientes criterios: 1. Nombre y al menos un apellido del paciente. 2. RUT 3. Fecha operatoria. 4. Diagnóstico pre operatorio. 5. Diagnóstico post operatorio. 6. Descripción de la intervención. 7. Equipo de salud que participo en la intervención (al menos cirujano y anestesista) 8. Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del 1° cirujano. 9. Legibilidad. Cumplimiento Evaluador
Metodología de	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** dado que el PQ de CMA comienza sus actividades el mes de

constatación

octubre del año 2018, correspondiendo su evaluación desde esa fecha hasta el mes de mayo del año 2019.

- **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza del 4° Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019.
- **Registros revisados:**

- Pauta de supervisión registro clínico protocolo operatorio.
- Informe de evaluación del indicador.

- **De la constatación:**

1. Pauta de supervisión "registro clínico protocolo operatorio", contiene 9 criterios que se encuentran descritos en el protocolo.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 6 meses, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según Ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) del 4° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019, se accede a registro clínico electrónico, y se constatan los protocolos operatorios.

N° de registro	Fecha	RUT	Cumple lo reportado
5	05/10/2018	25.493.XXX-X	SI
14	22/10/2018	10.267.XXX-X	SI
28	12/11/2018	4.683.XXX-X	SI
36	22/11/2018	25.107.XXX-X	SI
53	12/12/2018	16.436.XXX-X	SI

N° de registro	Fecha	RUT	Cumple lo reportado
9	16/01/2019	21.679.XXX-X	SI
26	08/02/2019	24.941.XXX-X	SI
40	28/02/2019	23.740.XXX-X	SI
50	14/03/2019	10.029.XXX-X	SI
60	28/03/2019	5.538.XXX-X	SI

Período evaluado	Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado			Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
4° Trimestre 2018	43	60	71,7%	43	60	71,7%
1° Trimestre 2019	53	60	88,3	53	60	88,3

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

PQ 3

Nombre documento	INFORME DEL INDICADOR
Responsable medición	Supervisor de unidad
Fuente primaria	Protocolo operatorio
Fuente secundaria	Pauta de supervisión, informe indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo muestral:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** la muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. • Para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará 1 diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • **Criterios de cumplimiento:** el prestador utiliza una pauta de supervisión registro clínico protocolo operatorio que consigna la evaluación de los siguientes criterios: 1. Nombre y al menos un apellido del paciente 2. RUT 3. Fecha operatoria. 4. Diagnóstico pre operatorio 5. Diagnóstico post operatorio 6. Descripción de la intervención. 7. Equipo de salud que participo en la intervención (al menos cirujano y anestesista) 8. Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del 1° cirujano

	9. Legibilidad Cumplimiento Evaluador
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, resultando seleccionados: 3°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión registro clínico protocolo operatorio. - Informe de evaluación del indicador. • **De la constatación:** 1. Pauta de supervisión "registro clínico protocolo operatorio", contiene 9 criterios que se encuentran descritos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 12 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según Ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según Randomizer entregado por director técnico 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019, se accede a registro clínico electrónico del protocolo operatorio, según se describe a continuación:

N° de registro	**Ficha**	**Fecha**	**Cumple lo reportado**
9	743258	13/07/2018	SI
25	725376	07/08/2018	SI
42	127230	04/09/2018	SI
45	481109	07/09/2018	SI
46	536453	08/09/2019	SI

N° de registro	**Ficha**	**Fecha**	**Cumple lo reportado**
20	566722	30/01/2019	SI
26	735345	08/02/2019	SI
33	367809	19/02/2019	SI
43	68482	03/03/2019	SI
52	759713	19/03/2019	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	120	120	100%			
3° Trimestre 2016	120	120	100%			
4° Trimestre 2016	120	120	100%			
1° Trimestre 2017	120	120	100%			
2° Trimestre 2017	111	111	100%			
3° Trimestre 2017	60	60	100%			
4° Trimestre 2017	60	60	100%			
1° Trimestre 2018	55	55	100%			
2° Trimestre 2018	60	60	100%			
3° Trimestre 2018	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
4° Trimestre 2018	60	60	100%			
1° Trimestre 2019	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
2° Trimestre 2016	120	120	100%			

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC ad 1	
Nombre documento	Informe evaluación indicador
Responsable medición	Supervisor de la unidad
Fuente primaria	Ingreso médico en ficha clínica
Fuente secundaria	Informe evaluación indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del indicador	• **Metodología del cálculo muestral**: No se realiza muestreo, se mide al 100% de los ingresos del mes evaluado. • **Metodología de muestreo**: En la unidad clínica, la supervisora debe aplicar la pauta de observación, luego del ingreso de paciente, pudiendo realizar la evaluación días posteriores al

ingreso del paciente a la unidad.
Evaluador, accede a la ficha del paciente y realiza la evaluación del registro clínico, registrando el cumplimiento en pauta de supervisión.

- **Criterios de cumplimiento**: La pauta de supervisión registro ingreso médico, contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, Rut del paciente, identificación del evaluador, los atributos de cumplimiento (criterios) se detallan a continuación.

1. Fecha.
2. Nombre/apellido paciente.
3. Edad.
4. Anamnesis.
5. Examen físico general.
6. Hipótesis diagnóstica.
7. Plan de estudio y/o tratamiento.
8. Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico.
9. Legibilidad.

- **Periodo evaluado:** Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.
- **Selección de la muestra:** La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el 3° trimestre 2018 y 4° trimestre 2018.
- **Registros revisados:**

- Informe evaluación periódica del indicador
- Pauta de supervisión registro clínico ingreso médico.
- Registro clínico electrónico "registro ingreso médico"

- **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019)

1. La pauta de supervisión de registro clínico operatorio contiene 8 criterios, los cuales se encuentran definidos en el procedimiento local.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento.
3. Se realiza una constatación cuantitativa y cualitativa de los criterios evaluados en las pautas de supervisión, del 3° y 4° trimestre 2018, con el objeto de contrastar la información consignada en las pautas con el cumplimiento reportado por el prestador.
4. Posteriormente, se verifica 5 fuentes primarias "Ingreso médico" a través de la revisión de fichas clínica digitalizadas.

3° Trimestre 2018										Cumplimiento Reportado	
Fecha evaluación	Rut	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	Prestador	EA
13-08-2018	5005xx	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	Cumple	No Cumple
27-08-2018	1091xx	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
06-09-2018	1118xx	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cumple	No Cumple
20-09-2018	8154xx	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cumple	No Cumple
27-09-2018	6236xx	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
4° Trimestre 2018										Cumplimiento Reportado	
Fecha evaluación	Ficha	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	Prestador	EA
11-10-2018	6236xx	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Cumple	No Cumple
26-12-2018	7094xx	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
06-12-2018	3604xx	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
14-12-2018	9986xx	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
31-12-2018	5532xx	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

- Evaluación 06-09-2018, Rut 1118xx, no se cuenta con el registro de ingreso médico a UCI, solo se visualiza la evolución al 1 día de hospitalización.
- Evaluación 20-09-2018, Rut 8154xx, no disponible en ficha electrónica.
- Evaluación 11-10-2018, Rut 6236xx, no disponible en ficha electrónica.

Nota:

- Prestador en su pauta de supervisión, consigna la fecha de evaluación de registro, no consigna la fecha de ingreso de paciente.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2 Trimestre 2016	91	90	98,90%			
3 Trimestre 2016	79	85	92,94%			
4 Trimestre 2016	90	96	93,75%			
1 Trimestre 2017	78	82	95,12%			
2 Trimestre 2017	93	94	98,94%			
3 Trimestre 2017	99	100	99%			

4 Trimestre 2017	98	98	100%			
1 Trimestre 2018	106	106	100%			
2 Trimestre 2018	118	118	100%			
3 Trimestre 2018	**131**	**131**	**100%**	**131**	**131**	**100%**
4 Trimestre 2018	**123**	**123**	**100%**	**123**	**123**	**100%**
1 Trimestre 2019	112	113	99,12%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa se constata consistencia entre lo reportado por el prestador en sus informes de evaluación del indicador y pautas de supervisión aplicadas para el 3° y 4° trimestre de 2018.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, para efectos de la medición del indicador, la enfermera realiza la evaluación durante la hospitalización del paciente, por lo tanto puede acceder al registro correspondiente. El responsable de la evaluación no respalda la medición a través de la impresión o resguardo del documento en algún soporte para posterior revisión.

Por lo anterior expuesto, no se valida el elemento medible el UPC UCI adulto.

UPC ad 2

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIODICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora
Fuente primaria	Ingreso médico en ficha clínica
Fuente secundaria	Pauta de supervisión, informe evaluación del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra: l**a muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** el prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Rut del paciente, cumplimiento e identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Fecha 2. Nombre, apellido del paciente 3. Edad 4. Anamnesis 5. Examen físico general 6. Hipótesis diagnóstica 7. Plan de estudio y/o tratamiento 8. Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico 9. Legibilidad
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: - 3°trimestre 2018 y 1° trimestre 2019. • **Registro revisados:** - Pauta de supervisión "Registro clínico ingreso médico". - Informe de evaluación del indicador. - Ficha clínica • **De la constatación:** 1. Pauta de supervisión "Registro clínico ingreso médico", contiene 9 criterios que se encuentran descritos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerado y % de cumplimiento. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° trimestre de 2018 y 1° trimestre de 2019, para ello se revisa el total de evaluaciones (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019). 4. Se constatan fuentes primarias (5) de 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, resultado de la constatación de la fuente primaria:

N° Ficha	Fecha	Constatado	Reportado	Observación
265200	17-07-2018	Cumple	Cumple	
420819	30-07-2018	Cumple	Cumple	
447857	03-08-2018	Cumple	Cumple	
66317	09-08-2018	Cumple	Cumple	
739166	11-09-2018	Cumple	Cumple	
484627	23-01-2018	Cumple	Cumple	
478209	29-01-2018	Cumple	Cumple	

418709	05-02-2018	Cumple	Cumple	
36552	11-02-2018	NO	Cumple	Falta criterio 7, plan.
737762	14-03-2018	Cumple	Cumple	

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° trimestre 2016	53	60	88.3%			
3° trimestre 2016	82	87	94.2%			
4° trimestre 2016	87	90	96.6%			
1° trimestre 2017	85	88	96.5%			
2° trimestre 2017	84	90	93.3%			
3° trimestre 2017	56	60	93.3%			
4° trimestre 2017	60	60	100%			
1° trimestre 2018	60	60	100%			
2° trimestre 2018	60	60	100%			
3° trimestre 2018	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**

Descripción de los hallazgos: Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, el criterio anamnesis no define la información mínima que debe contener para darse por cumplido.

Por lo descrito en el punto 2 no se da por cumplido el elemento medible.

UPC ad 3

Nombre documento	Informe evaluación indicador
Responsable medición	Supervisor de la unidad
Fuente primaria	Ingreso médico en ficha clínica
Fuente secundaria	Pauta supervisón, Informe evaluación indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo muestral**: no se realiza muestreo, se mide al 100% de los ingresos del mes evaluado • **Metodología de muestreo**: en la unidad clínica, la supervisora debe aplicar la pauta de observación, luego del ingreso de paciente, pudiendo realizar la evaluación días posteriores al ingreso del paciente a la unidad. Evaluador, accede a la ficha del paciente y realiza la evaluación del registro clínico, registrando el cumplimiento en pauta de supervisión. • **Criterios de cumplimiento**: la pauta de supervisión registro ingreso médico, contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, Rut del paciente, identificación del evaluador, los atributos de cumplimiento (criterios) se detallan a continuación. 1. Fecha (C1) 2. Nombre/apellido paciente. (C2) 3. Edad. (C3) 4. Anamnesis. (C4) 5. Examen físico general (C5) 6. Hipótesis diagnóstica (C6) 7. Plan de estudio y/o tratamiento. (C7) 8. Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico. 9. Legibilidad (C8)
Metodología de constatación	• **Periodo evaluado:** Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el 3° trimestre 2018 y 4° trimestre 2018. • **Registros revisados:** - Informe evaluación periódica del indicador - Pauta de supervisión registro clínico ingreso médico. - Registro clínico electrónico "registro ingreso médico" - **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) 1. La pauta de supervisión de registro clínico operatorio contiene 8 criterios, los cuales se encuentran definidos en el procedimiento local. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. 3. Se realiza una constatación cuantitativa y cualitativa de los criterios evaluados en las pautas de supervisión, del 3° y 4° trimestre 2018, con el objeto de contrastar la información consignada en las pautas con el cumplimiento reportado por el prestador. 4. Posteriormente, se verifica 5 fuentes primarias "Ingreso médico" a través de la revisión de fichas clínica digitalizadas.

3° Trimestre 2018										Cumplimiento Reportado	
Fecha evaluación	Rut	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	Prestador	EA
03-07-2018	7436xx	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
06-07-2018	1020xx	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
27-07-2018	8633xx	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
23-08-2018	1221xx	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
25-09.2018	1014xx	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Cumple	No Cumple
4° Trimestre 2018										Cumplimiento Reportado	
Fecha evaluación	Ficha	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	Prestador	EA
01-10-2018	4903xx	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
06-10-2018	1025xx	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Cumple	No Cumple
08-10-2018	9934xx	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
09-10-2018	1364xx	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Cumple	No Cumple
01-12-2018	6981xx	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

- Las fichas en incumplimiento no registran el criterio 8.

Nota:

- Prestador en su pauta de supervisión, consigna la fecha de evaluación de registro, no consigna la fecha de ingreso de paciente.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2 Trimestre 2016	69	70	98,57%			
3 Trimestre 2016	87	89	97,75%			
4 Trimestre 2016	84	84	100%			
1 Trimestre 2017	82	82	100%			
2 Trimestre 2017	60	60	100%			
3 Trimestre 2017	60	60	100%			
4 Trimestre 2017	60	60	100%			
1 Trimestre 2018	60	60	100%			
2 Trimestre 2018	60	60	100%			
3 Trimestre 2018	**58**	**60**	**96,67%**	**58**	**60**	**96,67%**
4 Trimestre 2018	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
1 Trimestre 2019	60	60	100%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias se constata incumplimiento en el criterio 8.

Por lo descrito en el punto 2, no se valida el elemento medible en UCI coronaria.

MQs 1	
Nombre documento	Informe de evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Medico jefe de Servicio
Fuente primaria	Epicirisis en ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de evaluación, informe indicador
Periodo evaluado	01 mayo 2016 a 30 abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido ,con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario, para este indicador la medición a realizar será un total de 20 pautas mensuales. • **Metodología de muestreo: p**ara determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** el prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nº de ficha del paciente, cumplimiento e identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Nombre y al menos un apellido(1) 2. Rut (2) 3. Fecha de ingreso(3) 4. Fecha de alta (4) 5. Diagnostico (s) de ingreso (5) 6. Diagnostico de egreso (6) 7. Resumen de evolución clínica (7)

8. Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico (8)
9. Legibilidad (9)

Metodología de constatación

- **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.
- **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar:
- 3° y 4° trimestre 2018.
- **Registro revisados:**

- Pauta de supervisión "Registro clínico Epicrisis".
- Informe de evaluación del indicador.
- Ficha clínica

- **De la constatación:** (según Ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019).

1. Pauta de supervisión "Registro clínico Epicrisis", contiene 9 criterios que se encuentran descritos en el protocolo.
2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 12 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° y 4º trimestre de 2018, para ello se revisa el total de evaluaciones.
4. Se constatan fuentes primarias (5) de 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, resultado de la constatación de la fuente primaria:

4º Trimestre 2018		Criterios									Cumplimiento Reportado	
Fecha evaluación	Nº Ficha	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Prestador	EA
06-08-2018	6458XX	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	No Cumple	No Cumple
14-09-2018	657XX	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	No Cumple	No Cumple
28-11-2018	7107XX	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	No Cumple	No Cumple
30-11-2018	1093XX	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	No Cumple	No Cumple
27-12-2018	7551XX	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

1º Trimestre 2019		Criterios									Cumplimiento Reportado	
Fecha evaluación	Nº Ficha	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Prestador	EA
17-01-2018	7315XX	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	No Cumple	No Cumple
20-01-2018	1285XX	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	No Cumple	No Cumple
21-01-2018	6844XX	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	No Cumple	No Cumple
26-01-2018	4451XX	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	No Cumple	No Cumple
29-01-2018	7314XX	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º Trimestre 2016	52	60	86,0%			
3º Trimestre 2016	79	90	87,0%			
4º Trimestre 2016	86	90	95,5%			
1º Trimestre 2017	68	90	75,5%			
2º Trimestre 2017	83	90	92,0%			
3º Trimestre 2017	60	60	100%			
4º Trimestre 2017	60	60	100%			
1º Trimestre 2018	18	60	30,0%			
2º Trimestre 2018	20	60	33,0%			
3º Trimestre 2018	**18**	**60**	**30,0%**	**18**	**60**	**30%**
4º Trimestre 2018	**9**	**60**	**15,0%**	**9**	**60**	**15%**
1º Trimestre 2019	7	60	11,6%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQs 2	
Nombre documento	Informe de evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Medico jefe de Servicio
Fuente primaria	Epicrisis en ficha clínica
Fuente secundaria	Pauta de evaluación
Periodo evaluado	01 mayo 2016 a 30 abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** a través calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido ,con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario, para este indicador la medición a realizar será un total de 20 pautas mensuales. • **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** el prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nº de ficha del paciente, cumplimiento e identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Nombre y al menos un apellido(1) 2. Rut (2) 3. Fecha de ingreso(3) 4. Fecha de alta (4) 5. Diagnostico (s) de ingreso (5) 6. Diagnostico de egreso (6) 7. Resumen de evolución clínica (7) 8. Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico (8) 9. Legibilidad (9)
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: - 3° y 4° trimestre 2018. • **Registro revisados:** - Pauta de supervisión "Registro clínico Epicrisis". - Informe de evaluación del indicador. - Ficha clínica • **De la constatación:** (según Ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019). 1. Pauta de supervisión "Registro clínico Epicrisis", contiene 9 criterios que se encuentran descritos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 12 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° y 4º trimestre de 2018, para ello se revisa el total de evaluaciones.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º Trimestre 2016	57	60	95,0%			
3º Trimestre 2016	60	60	100%			
4º Trimestre 2016	77	80	96,2%			
1º Trimestre 2017	87	90	96,6%			
2º Trimestre 2017	84	90	93,3%			
3º Trimestre 2017	89	90	98,9%			
4º Trimestre 2017	58	60	96,7%			
1º Trimestre 2018	58	59	98,3%			
2º Trimestre 2018	49	60	81,7%			
3º Trimestre 2018	**23**	**60**	**38,3%**	**23**	**60**	**38,3%**
4º Trimestre 2018	**34**	**60**	**56,7%**	**34**	**60**	**56,7%**
1º Trimestre 2019	46	60	76,7%			

Descripción de los hallazgos: lo reportado por el prestador es concordante con lo constatado por la entidad.

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQs 3	
Nombre documento	Informe de evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Medico jefe de Servicio
Fuente primaria	Epicirdis en ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de evaluación
Periodo evaluado	01 mayo 2016 a 30 abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido ,con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario, para este indicador la medición a realizar será un total de 20 pautas mensuales. • **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento: e**l prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nº de ficha del paciente, cumplimiento e identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Nombre y al menos un apellido(1) 2. Rut (2) 3. Fecha de ingreso(3) 4. Fecha de alta (4) 5. Diagnostico (s) de ingreso (5) 6. Diagnostico de egreso (6) 7. Resumen de evolución clínica (7) 8. Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico (8) 9. Legibilidad (9)
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: • 3° y 4° trimestre 2018. • **Registro revisados:** - Pauta de supervisión "Registro clínico Epicrisis". - Informe de evaluación del indicador. - Ficha clínica • **De la constatación:** (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019). 1 Pauta de supervisión "Registro clínico Epicrisis", contiene 9 criterios que se encuentran descritos en el protocolo. 2 Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado 12 trimestres, en la constatación de la medición se chequea la concordancia del denominador, numerador y % de cumplimiento de lo reportado. 3 Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° y 4º trimestre de 2018, para ello se revisa el total de evaluaciones

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º Trimestre 2016	9	10	90%			
3º Trimestre 2016	13	16	81%			
4º Trimestre 2016	8	12	66%			
1º Trimestre 2017	14	15	93%			
2º Trimestre 2017	13	14	92%			
3º Trimestre 2017	10	12	83%			
4º Trimestre 2017	10	10	100%			
1º Trimestre 2018	19	60	31%			
2º Trimestre 2018	31	59	52%			
3º Trimestre 2018	**32**	**56**	**57%**	**32**	**56**	**57%**
4º Trimestre 2018	**26**	**60**	**43%**	**26**	**60**	**43%**
1º Trimestre 2019	22	58	37%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQs 4	
Nombre documento	Informe de evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Medico jefe de Servicio
Fuente primaria	Epiciris en ficha Clínica

Fuente secundaria	Pauta supervisión
Periodo evaluado	26 de enero de 2019 a 30 abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario, para este indicador la medición a realizar será un total de 20 pautas mensuales. • **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** • El prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nº de ficha del paciente, cumplimiento e identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Nombre y al menos un apellido(1) 2. Rut (2) 3. Fecha de ingreso(3) 4. Fecha de alta (4) 5. Diagnostico (s) de ingreso (5) 6. Diagnostico de egreso (6) 7. Resumen de evolución clínica (7) 8. Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico (8) 9. Legibilidad (9)
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019,pero dado que este servicio inicio su funcionamiento el 26 de enero de 2019, se evaluará el primer trimestre de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: • 1° trimestre 2019. • **Registro revisados:** - Pauta de supervisión "Registro clínico Epicrisis". - Informe de evaluación del indicador. - Ficha clínica • **De la constatación:** (según Ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019). 1 Pauta de supervisión "Registro clínico Epicrisis", contiene 9 criterios que se encuentran descritos en el protocolo. 2 Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerado y % de cumplimiento. 3 Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 1º trimestre de 2019, para ello se revisa el total de evaluaciones.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
1º Trimestre 2019	31	60	51,6%	31	60	51,6%

Descripción de los hallazgos:

2. El periodo evaluado corresponde al periodo en que la unidad ha estado en funcionamiento.
3. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

Por lo anteriormente expuesto se da por cumplido el elemento medible.

MQs 5	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIODICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora
Fuente primaria	Epicrisis en ficha clínica
Fuente secundaria	Pauta de supervisión, informe evaluación del indicador
Periodo evaluado	01 mayo 2016 al 30 abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. • **Mecanismos de sustitución:** en caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a

	la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** el prestador utiliza una pauta de supervisión consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Rut del paciente, cumplimiento e identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Nombre y al menos un apellido del paciente 2. RUT 3. Fecha de alta 4. Diagnóstico(s) de ingreso 5. Diagnóstico de egreso 6. Resumen de evolución clínica 7. Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos. 8. Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del medico 9. Legibilidad
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: - 3°trimestre 2018 y 4° trimestre 2018. • **Registro revisados:** - Pauta de supervisión "Registro clínico epicrisis". - Informe de evaluación del indicador. - Ficha clínica • **De la constatación:** 1. Pauta de supervisión "Registro clínico epicrisis", contiene 9 criterios que se encuentran descritos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerado y % de cumplimiento. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° trimestre de 2018 y 4° trimestre de 2018, para ello se revisa el total de evaluaciones (según Ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019). 4. Luego, se constatan fuentes primarias (5) de 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, resultado de la constatación de la fuente primaria.

N° Ficha	Fecha	Constatado	Reportado	Observación
59221	30-07-2018	NO	NO	Falta criterio 4 y 5 diagnósticos
481331	17-07-2018	NO	NO	Falta criterio 4, 5 y 8.
651842	03-08-2018	Cumple	Cumple	
746062	10-08-2018	NO	NO	Falta criterio 4 y 5, diagnósticos
104833	11-09-2018	NO	NO	Falta criterio 5, diagnóstico egreso

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° trimestre 2016	41	60	68,33%			
3° trimestre 2016	46	90	51,11%			
4° trimestre 2016	61	90	67,78%			
1° trimestre 2017	71	90	78,89%			
2° trimestre 2017	61	90	67,78%			
3° trimestre 2017	50	60	83,33%			
4° trimestre 2017	47	60	78,33%			
1° trimestre 2018	8	60	13,33%			
2° trimestre 2018	8	60	13,33%			
3° trimestre 2018	**12**	**60**	**20%**	**12**	**60**	**20%**
4° trimestre 2018	**12**	**60**	**20%**	**12**	**60**	**20%**
1° trimestre 2019	17	60	28,33%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQs 6	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIODICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora
Fuente primaria	Epicirsis en ficha clínica
Fuente secundaria	Pauta de supervisión, informe evaluación del indicador
Periodo evaluado	01 febrero 2018 al 30 abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año

	calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento: e**l prestador utiliza una pauta de supervisión que consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Rut del paciente, cumplimiento e identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Nombre y al menos un apellido del paciente 2. RUT 3. Fecha de alta 4. Diagnóstico(s) de ingreso 5. Diagnóstico de egreso 6. Resumen de evolución clínica 7. Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos. 8. Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del medico 9. Legibilidad
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de febrero 2018 al 30 de abril de 2019, por inicio de funcionamiento de la unidad de cardio-neuro en esa fecha. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: • 3°trimestre 2018 y 4° trimestre 2018. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión "Registro clínico epicrisis". - Informe de evaluación del indicador. - Ficha clínica. • **De la constatación:** 1. El prestador utiliza una pauta de supervisión "Registro clínico ingreso médico", contiene 9 criterios que se encuentran descritos en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerado y % de cumplimiento. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019, para ello se revisa el total de evaluaciones (según Ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019). 4. Se constatan fuentes primarias (5) de 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, resultado de la constatación de la fuente primaria:

N° Ficha	Fecha	Constatado	Reportado	Observación
16637	17-07-2018	NO	NO	Falta criterio 4, 5 y
598408	30-07-2018	cumple	cumple	
736224	03-08-2018	cumple	cumple	
53995	09-08-2018	cumple	cumple	No se encuentra en ficha
662655	11-09-2018	NO	NO	Sin diagnóstico

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Febrero 2018	3	9	33,33%			
Marzo 2018	4	20	20%			
2° trimestre 2018	7	57	12,28%			
3° trimestre 2018	**29**	**59**	**49,15%**	**29**	**59**	**49,15%**
4° trimestre 2018	**28**	**59**	**47,46%**	**28**	**59**	**47,46%**
1° trimestre 2019	29	51	56,86%			

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

Ped	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Supervisor de unidad, encargado de calidad
Fuente primaria	Epicirsis en ficha clínica
Fuente secundaria	Pauta de supervisión registro clínico epicrisis
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del

80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario.
Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes.

- **Metodología de muestreo:**
  Para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado legal o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida.
- **Criterios de cumplimiento:**
  La pauta de supervisión de registro clínico epicrisis contiene una tabla que incluye: mes evaluado, unidad, Nº correlativo, fecha de evaluación, RUT del paciente, parámetros a evaluar (criterios) y evaluador.
  Los criterios de evaluación corresponden a:

1. Nombre y al menos un apellido del paciente.
2. RUT.
3. Fecha de ingreso.
4. Fecha de alta.
5. Diagnóstico(s) de ingreso
6. Diagnóstico de egreso.
7. Resumen de evolución clínica.
8. Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos.
9. Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico.
10. Legibilidad.

Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado).
Se da por cumplido si existen todos los contenidos mínimos solicitados.

Metodología de constatación

- **Período a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019.
- **Selección de la muestra**: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019.
- **Registros revisados:**

- Informe de evaluación periódica del indicador
- Pauta de supervisión.
- Fichas de pacientes por sistema informático.

- **De la constatación:** (Según Ord. IP N° 5 del 17 de mayo de 2019)

1. Pauta de supervisión "Pauta de supervisión registro clínico epicrisis", contiene 10 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo.
2. Se constata la medición periódica del indicador en el Informe de la evaluación periódica, con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019.
4. Se constatan fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5.
5. Resultado de la constatación de la fuente primaria:

3º trimestre 2018				
Nº	Nº de Ficha	Fecha	Cumple los 10 criterios	Observaciones
1	550303	06-08-2018	NO	Se constata no cumplimiento en ficha clínica
2	724402	07-08-2018	NO	Se constata no cumplimiento en ficha clínica
3	728751	11-09-2018	NO	Se constata no cumplimiento en ficha clínica
4	684904	27-09-2018	NO	Se constata no cumplimiento en ficha clínica
5	746296	28-08-2018	NO	Se constata no cumplimiento en ficha clínica
1º trimestre 2019				
Nº	Nº de Ficha	Fecha	Cumple los 10 criterios	Observaciones
1	594837	07-02-2019	NO	Se constata no cumplimiento en ficha clínica
2	718311	08-02-2019	NO	Se constata no cumplimiento en ficha clínica
3	759530	12-03-2019	NO	Se constata no cumplimiento en ficha clínica
4	714250	28-03-2019	NO	Se constata no cumplimiento en

					ficha clínica
	5	521433	29-03-2019	SI	Se constata cumplimiento en ficha clínica

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	58	60	96,67%			
3º trimestre 2016	58	60	96,67%			
4º trimestre 2016	59	60	98,33%			
1º trimestre 2017	60	60	100%			
2º trimestre 2017	55	60	91,67%			
3º trimestre 2017	59	60	98,33%			
4º trimestre 2017	57	69	95,00%			
1º trimestre 2018	42	60	70,00%			
2º trimestre 2018	32	60	53,33%			
3º trimestre 2018	**19**	**57**	**33,33%**	**19**	**57**	**33,33%**
4º trimestre 2018	18	59	30,51%			
1º trimestre 2019	**15**	**60**	**25,00%**	**15**	**60**	**25,00%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible

Obst-gine	
Nombre documento	PROCEDIMIENTO MANEJO DE REGISTROS CLÍNICOS - INDICADOR
Responsable medición	Supervisor de la Unidad
Fuente primaria	Epicirsis en ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de supervisión
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** para el cálculo del tamaño muestral utiliza calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido. Umbral de cumplimiento 80% y margen de error del 5%. Descrito lo anterior el prestador aplica al menos 20 pautas mensuales. • **Metodología de muestreo:** se seleccionan los días (10 días) y las camas a evaluar, usando el randomizer. Se aplican mensualmente 2 pautas por día randomizado. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplican las pautas al día hábil siguiente. De no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada, se sustituye por la cama consecutiva. • **Criterios de cumplimiento:** la pauta de supervisión "Registro Clínico Epicrisis" consigna fecha de evaluación, RUT del paciente y los siguientes criterios de cumplimiento: 1. Nombre y al menos un apellido del paciente 2. RUT 3. Fecha de ingreso 4. Fecha de alta 5. Diagnóstico (s) de ingreso 6. Diagnóstico de egreso 7. Resumen de evolución clínica 8. Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos 9. Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico 10. Legibilidad
Metodología de constatación	• **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período de retrospectividad es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando randomizer entregado por el Director Técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3º Trimestre 2018 y 1º trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Informe evaluación periódica del indicador. - Pauta de supervisión de registro clínico Epicrisis. - Ficha clínica: epicrisis. • **De la constatación:** 1. La pauta de supervisión de "registro clínico Epicrisis" contiene 10 criterios de cumplimiento descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del informe de evaluación del indicador, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de las evaluaciones realizadas en el período randomizado: 3º Trimestre

2018 y 1º trimestre 2019.

4. Se constatan 5 fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar seleccionadas usando el randomizer, según Ord. Circular IP Nº 5, resultado de la constatación de fuente primaria:

Nº Ficha / RUT	Iniciales Paciente	Fecha de Evaluación	Contiene epicrisis	Cumplimiento reportado por el prestador	Cumplimiento reportado por la entidad	Criterios NO cumplidos
1. 699XXX	AHJ	20-07-2018	SI	Cumple	Cumple	NA
2. 615XXX	PCM	01-08-2018	SI	Cumple	No Cumple	Evolución Legibilidad
3. 743XXX	RRR	03-08-2018	SI	Cumple	Cumple	NA
4. 253XXX	EQQ	06-08-2018	SI	Cumple	Cumple	NA
5. 345XXX	MBC	27-09-2018	SI	Cumple	No Cumple	Timbre de matrona
6. 467XXX	TJC	02-01-2019	SI	Cumple	Cumple	NA
7. 680XXX	CGV	15-01-2019	SI	Cumple	Cumple	NA
8. 437XXX	MRV	24-01-2019	SI	Cumple	Cumple	NA
9. 754XXX	MCV	27-02-2019	SI	Cumple	No Cumple	Diagnóstico egreso
10. 467XXX	KVB	08-03-2019	SI	Cumple	Cumple	NA

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	58	60	96,6%			
3º trimestre 2016	90	90	100%			
4º trimestre 2016	83	84	98,8%			
1º trimestre 2017	80	83	96%			
2º trimestre 2017	90	90	100%			
3º trimestre 2017	60	60	100%			
4º trimestre 2017	60	60	100%			
1º trimestre 2018	60	60	100%			
2º trimestre 2018	60	60	100%			
3º trimestre 2018	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
4º trimestre 2018	60	60	100%			
1º trimestre 2019	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, se constata inconsistencias entre lo constatado por la entidad y lo reportado por el prestador, para los casos 2, 5 y 9; los criterios incumplidos fueron: descripción de evolución y legibilidad, Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico y diagnóstico de egreso respectivamente. La fuente primaria no es concordante con la fuente secundaria en estos dos casos

Por lo descrito en el punto 2, no se da por cumplido el elemento medible.

Consultas Ambulatorias	
Nombre documento	INFORME EVALUACION PERIODICA INDICADOR REGISTROS CLÍNICOS
Responsable medición	Supervisor de unidad
Fuente primaria	Hoja de episodio clínico en ficha clínica
Fuente secundaria	Pauta supervisión
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** el prestador calcula la muestra a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. • **Metodología de muestreo:** el prestador aplica un mínimo de 20 pautas mensuales, randomizado 10 días del mes y aplicando 2 pautas diarias para cumplir con el tamaño. • **Criterios de cumplimiento:** el prestador aplica pauta que, para dar cumplimiento, debe consignar todos los criterios descritos a continuación: 1. Fecha 2. Anamnesis 3. Examen físico asociado a patología de consulta 4. indicaciones

5. nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico que realiza el ingreso
6. Legibilidad

Metodología de constatación

- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re-acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019.
- **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3° y 4º trimestre del 2018.
- **Registros revisados:**

- Pauta de supervisión registro clínico consulta profesional ambulatoria.
- Hojas de episodio clínico.

- **De la constatación:**

1. La pauta de supervisión de registro clínico contiene 6 criterios.
2. Se constata la medición periódica del indicador descrito en la ficha del indicador de registros clínicos, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento del periodo a evaluar.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado. Para ello se revisa el total de evaluaciones realizadas en todo el periodo.
4. Se constatan 5 fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar por Randomizer, según Ord. Circular IP N°5. Los resultados de la constatación de la fuente primaria son:

3º trimestre 2018		
Paciente	**Fecha de atención**	**Cumplimiento de la pauta de registros clínicos**
ICM8926XXX-X	03-07-2018	CUMPLE
ORP6583XXX-X	27-08-2018	CUMPLE
AAS10249XXX-X	27-08-2018	CUMPLE
MDT25085XXX-X	22-08-2018	CUMPLE
ECF13014XXX-X	06-09-2018	CUMPLE

4º trimestre 2018		
Paciente	**Fecha de atención**	**Cumplimiento de la pauta de registros clínicos**
ETR9020XXX-X	08-10-2018	CUMPLE
SHP7430XXX-X	05-11-2018	CUMPLE
MAG7539XXX-X	18-12-2018	CUMPLE
SRR4459XXX-X	10-12-2018	CUMPLE
SCD9144XXX-X	10-12-2018	CUMPLE

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	51	60	85,00%			
3º trimestre 2016	60	60	100,00%			
4º trimestre 2016	60	57	95,00%			
1º trimestre 2017	60	60	100,00%			
2º trimestre 2017	60	57	95,00%			
3º trimestre 2017	60	56	93,33%			
4º trimestre 2017	60	60	100,00%			
1º trimestre 2018	60	58	96,67%			
2º trimestre 2018	60	57	95,00%			
3º trimestre 2018	**60**	**59**	**98,33%**	**60**	**59**	**98,33%**
4º trimestre 2018	**60**	**60**	**100,00%**	**60**	**60**	**100,00%**
1º trimestre 2019	60	60	100,00%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Por lo anteriormente descrito, se da por cumplido el elemento medible.

URG	
Nombre documento	PAUTA DE SUPERVISIÓN REGISTRO CLÍNICO DATO ATENCIÓN URGENCIA (DAU).
Responsable medición	Supervisor de unidad.
Fuente primaria	DAU en ficha clínica.
Fuente secundaria	Pauta de supervisión.

Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo del muestreo:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento de 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el Nº de pautas de supervisión que serán aplicadas al mes. • **Metodología de muestreo**: Para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará una diaria de lunes a viernes según oportunidad, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado, se aplicaran las pautas al día hábil siguiente. • **Criterio evaluado:** El prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna, el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, numero de ficha del paciente, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Nº de DAU. 2. Fecha de atención: día, mes año. 3. Hora de admisión. 4. Categorización del usuario. 5. Hora de atención del usuario. 6. RUT. 7. Nombre y al menos un apellido del paciente. 8. Edad. 9. Motivo de la consulta. 10. Diagnostico presuntivo. 11. Control signos vitales. 12. Exámenes solicitados. 13. Tratamiento e indicaciones. 14. Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del profesional responsable (médico o matrona).
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo evaluado:** Dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende los meses de junio de 2016 a mayo de 2019. • **Selección de la muestra:** La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, seleccionándoseIII trimestre 2018 y I trimestre 2019. • **Registros Revisados:** - Informe evaluación periódica, III trimestre 2018 y II trimestre 2019. - Pauta de supervisión registro clínico DAU, III trimestre 2018 y I trimestre 2019. - Dato de atención urgencia. • **De la constatación:** 1. Se constata la medición del indicador en informe evaluación periódica, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. 2. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019, para ello se revisan el total de evaluaciones (según Ord. Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019). 3. Se verifican 5 fuentes primarias del 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019, verificando: - La pauta de supervisión registró clínico DAU, contiene los 14 criterios descritos en metodología de medición del prestador y están contenidos en el protocolo local. - Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado. 4. Para la evaluación se constata: - Que las pautas de supervisión contengan los 14 criterios a evaluar. - Dato de atención de urgencia cumpla con los criterios definidos por el prestador. • **Resultado de constatación fuente primaria:** - Se constata el cumplimiento de los criterios definidos por el prestador.

3º trimestre 2018		
RUT o iniciales paciente	N° de ficha	Cumple criterio
6.390.XXX-X	529217	SI
3.640.XXX-X	598323	SI
20.836.XXX-X	675638	SI
D.T.Z.	728759	SI
9.425.XXX-X	401218	SI

1º trimestre 2019		
RUT paciente	N° de ficha	Cumple criterio
5.125.XXX-X	417809	SI
3.403.XXX-X	559330	SI
18.914.XXX-X	628212	SI
15.895.XXX-X	679233	SI
19.104.XXX-X	701344	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	59	60	98.3%			

3º trimestre 2016	75	90	83.3%			
4º trimestre 2016	86	90	95.5%			
1º trimestre 2017	75	90	83.3%			
2º trimestre 2017	72	90	80%			
3º trimestre 2017	57	60	95%			
4º trimestre 2017	28	60	46.67%			
1º trimestre 2018	33	80	55%			
2º trimestre 2018	39	60	65%			
3º trimestre 2018	**40**	**60**	**66.6%**	**40**	**60**	**66.6%**
4º trimestre 2018	42	60	70%			
1º trimestre 2019	**39**	**60**	**65%**	**39**	**60**	**65%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

REG 1.2 – Cuarto elemento medible: Se constata legibilidad y contenidos mínimos de protocolos operatorios y epicrisis.

Metodología de constatación:

- **Período retrospectivo evaluado:** para este primer proceso de reacreditación, aplica un período retrospectivo de 3 años que comprende los meses del 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** se selecciona el periodo a evaluar con Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando un trimestre a evaluar: 1° trimestre 2019.
- **Registros revisados:**

- Estadística en Excel denominado listado de pabellón "consolidado de cirugías adulto".
- Documento de protocolo operatorio (PQ)
- Epicrisis (UPC Ad, Med, Cir.Ad, Pediatria, Obst- Gine).

- **De la constatación**: se utiliza Ord. Circular IP/N°5, de 24 noviembre de 2017, "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" situación 1, seleccionando una muestra de 30 procedimientos del total de cirugías del período retrospectivo a evaluar, revisión de los registros de las primeros 7 pacientes de la muestra seleccionada, si estos registros satisfacen los criterios de cumplimiento, el EM se dará por cumplido. En caso contrario, bastando que un sólo registro que no cumpla, se completará la revisión del total de la muestra seleccionada.

- **Para PQ:** se verifica el cumplimiento de los contenidos mínimos a registrar en protocolo operatorio de acuerdo con lo definido en protocolo local:
  - Criterio 1:Identificación del paciente: Nombre, apellido.
  - Criterio 2: Fecha.
  - Criterio 3: Diagnóstico preoperatorio y postoperatorio.
  - Criterio 4: Descripción de la intervención quirúrgica realizada.
  - Criterio 5: Equipo de salud que participó en la intervención al menos cirujano y anestesista y nombre, apellido, RUT y/o firma y/o timbre del primer cirujano.

- **Para UPC Ad, Med, Cir.Ad, Pediatria, Obst- Gine**: se verifica el cumplimiento de los contenidos mínimos a registrar en la epicrisis de acuerdo con lo definido en protocolo local:
  - Criterio 1: Nombre y al menos un apellido del paciente.
  - Criterio 2: RUT.
  - Criterio 3: Fecha de Ingreso.
  - Criterio 4: Fecha de alta.
  - Criterio 5: Diagnóstico(s) de Ingreso.
  - Criterio 6: Resumen de la evolución clínica, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos realizados.
  - Criterio 7: Diagnóstico (s) de Egreso.
  - Criterio 8: Indicaciones.
  - Criterio 9: Nombre, apellido y/o firma del médico y/o timbre.

	N° Documentos revisados		**N° Cumplen contenidos mínimos**		**N° Cumplen legibilidad**	
Punto Verificación	Protocolos	Epicrisis	Protocolos	Epicrisis	Protocolos	Epicrisis
PQ	7	NA	7	NA	7	NA
UPC Ad.	NA	10	NA	0	NA	4
Med.	NA	30	NA	9	NA	27
Cir. Ad.	NA	30	NA	10	NA	25
Pediatría	NA	30	NA	13	NA	23
Obst. - gine	NA	30	NA	13	NA	30

Descripción de los hallazgos:
PQ: cumplen los 7 primeros registros seleccionados los atributos de legibilidad y contenidos mínimos, son realizados en el sistema digital SICLOPE.

UPC Ad: la totalidad de fichas que efectivamente pudieron ser evaluadas es un "n" de 10, de 35 que se solicitaron, el prestador declara que no realiza epicrisis en el servicio de UPC ad, debido que los pacientes no egresan, sino que se " trasladan" a otros

servicios clínicos y otros egresan fallecidos por tanto no realizan en estos casos epicrisis, situación que no está consignada en el protocolo local.

Presencia SI/NO	Legible SI/NO	Nombre y al menos un apellido del paciente	RUT del paciente	fecha de ingreso	Fecha de alta	Diagnóstico de Ingreso	Resumen evolución clínica	procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Diagnóstico de egreso	indicaciones	Nombre, apellido y firma del médico y/o timbre	Cumple
4/10	4/10	4/10	4/10	4/10	4/10	2/10	4/10	4/10	0/10	4/10	4/10	0/10

Med de la muestra seleccionada, se constata:

Presencia SI/NO	Legible SI/NO	Nombre y apellido	RUT	fecha de ingreso	Fecha de alta	Diagnóstico de Ingreso	Resumen evolución clínica	procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Diagnóstico de egreso	indicaciones	Nombre, apellido y firma del médico y/o timbre	Cumple
27/30	27/30	27/30	27/30	26/30	26/30	10/30	27/30	27/30	13/30	26/30	23/30	9/30

Cir Ad de la muestra seleccionada, se constata:

Presencia SI/NO	Legible SI/NO	Nombre y apellido	RUT	fecha de ingreso	Fecha de alta	Diagnóstico de Ingreso	Resumen evolución clínica	procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Diagnóstico de egreso	indicaciones	Nombre, apellido y firma del médico y/o timbre	Cumple
26/30	26/30	26/30	26/30	25/30	24/30	13/30	26/30	25/30	26/30	26/30	23/30	10/30

Pediatría de la muestra seleccionada, se constata:

Presencia SI/NO	Legible SI/NO	Nombre y apellido	RUT del paciente	fecha de ingreso	Fecha de alta	Diagnóstico de Ingreso	Resumen evolución clínica	procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Diagnóstico de egreso	indicaciones	Nombre, apellido y firma del médico y/o timbre	Cumple
23/30	23/30	23/30	23/30	23/30	23/30	21/30	23/30	23/30	8/30	23/30	20/30	13/30

Obst. – gine de la muestra seleccionada, se constata:

Presencia SI/NO	Legible SI/NO	Nombre y apellido	RUT	fecha de ingreso	Fecha de alta	Diagnóstico de Ingreso	Resumen evolución clínica	procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Diagnóstico de egreso	indicaciones	Nombre, apellido y firma del médico y/o timbre	Cumple
30/30	30/30	28/30	28/30	30/30	30/30	15/30	30/30	30/30	14/30	30/30	30/30	13/30

CARACTERÍSTICA REG 1.2 / FUNDAMENTOS

EM	Dirección	PQ	UPC Ad.	Med.	Cir. Ad.	Pediatría	Obst-gine	Cons. Amb.	URG
1° EM	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2° EM		1	1	1	1	1	1	1	1
3° EM		1	0	1	1	1	0	1	1
4° EM		1	0	0	0	0	0		
Umbral de la característica: ≥ 75%		Puntaje total: 24/31			Porcentaje obtenido:77%			**Cumple: SI**	

CARACTERÍSTICA REG 1.3 / HALLAZGOS

REG 1.3 – Primer elemento medible: Se describen en un documento de carácter institucional los informes que deben ser entregados al paciente respecto a las prestaciones realizadas en al menos las siguientes ocasiones:

Nombre del documento: PROCEDIMIENTO ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES A PACIENTES.					
N° Memorándum 00017 25-01-2017		Versión: 01		Fecha: Enero 2017	
Elaborado por: Equipo de calidad y seguridad del paciente HRA.		Aprobado por: Dr. Francisco Bueno Natusch Director (s) HRA.			
Carácter institucional: SI		Fecha vigencia: 5 años.		N° páginas: 6	
El documento describe los informes a entregar al menos en las siguientes ocasiones (SI/NO):					
1. Alta de hospitalización:	SI	2. Alta de tratamiento de RT o QMT:	SI	3. Atención de urgencia:	SI
4. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos amb:	SI	5. Cirugía mayor ambulatoria:			SI
El documento describe los contenidos mínimos de los informes a entregar(SI/NO):					
1. Diagnóstico:	SI	2. Procedimientos realizados:	SI	3. Indicaciones:	SI
Responsables de la aplicación: SI					
Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento de carácter institucional, en el cual se describen los siguientes elementos: En página 2 y 3 • Objetivo: entregar por escrito información relevante de prestaciones e indicaciones otorgadas al paciente para favorecer la continuidad de sus cuidados. • Alcance: a profesionales del área de la salud que participan en el proceso de entrega de información por escrito de las					

prestaciones relevantes al paciente.
- Responsables:
- Medico y cirujano dentista: confeccionar los informes de las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento.
- Enfermera/matrona/tecnólogo medico: entregar los informes de prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento.
- Técnico paramédico o administrativo: en ausencia del profesional, debe entregar los informes de las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento.

En página 3 ítem 7, se registra la descripción del proceso, que consta de 3 pasos, los cuales destaca:
1. Se debe entregar un informe por escrito a todo paciente en las siguientes ocasiones:
- Alta de hospitalización.
- Alta de tratamiento de quimioterapia.
- Atención de urgencia.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios.
- Cirugía mayor ambulatoria.

2. Una vez realizada la prestación por el profesional responsable, este debe elaborar un informe con los siguientes datos mínimos:
- Nombre del usuario.
- Diagnostico.
- Procedimientos realizados.
- Indicaciones.

3. El informe debe ser entregado al paciente o familiar, quien debe hacer acuso de recibo mediante su firma. En el caso de pacientes analfabetas o que presenten imposibilidad física o mental, par el proceso de entrega y recepción de documentos, se deberá reemplazar la firma de recepción de los documentos por el uso de huella dactilar del paciente y/o representante legal según sea el caso.

Observaciones:
1. Se cumple con la retrospectividad requerida para esta característica (característica incumplida en el primer proceso de acreditación).

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA										
Pab. CMA	Pro End.	Dental	APR	APQ	API	Cir. Ad.	Med.	Ped.	Neo	URG
SI	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**

REG 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento:

Pabellón de CMA	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PACIENTES DE ALTA O EGRESADOS DE LA UNIDAD X CON INFORME DE PRESTACIONES ENTREGADO
Fórmula matemática	N° de pacientes de alta o egresados de la unidad X con informe de prestaciones entregado en un periodo de tiempo / N° total de pacientes de alta o egresados de la unidad X en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 70%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PRO Endoscópicos	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PACIENTES DE ALTA O EGRESADOS DE LA UNIDAD CON INFORME DE PRESTACIONES ENTREGADO
Fórmula matemática	N° de pacientes de alta o egresados de la unidad con informe de prestaciones entregado en un periodo de tiempo/N° total de pacientes de alta o egresados de la unidad X en el mismo periodo
Umbral de cumplimiento: 70%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Dental	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PACIENTES DE ALTA O EGRESADOS DE LA UNIDAD "X" CON INFORME DE PRESTACIONES ENTREGADO
Fórmula matemática	Nº de pacientes de alta o egresados de la unidad "X" con informe de prestaciones entregado en un periodo de tiempo / Nº total de pacientes de alta o egresados de la unidad "X" en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 70%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
APQ	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PACIENTES DE ALTA O EGRESADOS DE LA UNIDAD CON INFORME DE PRESTACIONES ENTREGADO.
Fórmula matemática	N° de pacientes de alta o egresados de la unidad con informe de prestaciones entregado en un periodo de tiempo/ N° total de pacientes de alta o egresados de la unidad en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 70%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
API	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PACIENTES DE ALTA O EGRESADOS DE LA UNIDAD X CON INFORME DE PRESTACIONES ENTREGADO.
Fórmula matemática	N° de pacientes de alta o egresados de la unidad con informe de prestaciones entregado en un periodo de tiempo/ N° total de pacientes de alta o egresados de la unidad en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 70%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQs 1	
Nombre del indicador	% DE PACIENTES DE ALTA O EGRESADOS DE LA UNIDAD X CON INFORME DE PRESTACIONES ENTREGADOS.
Fórmula matemática	Nº de pacientes de alta o egresados de la unidad "x" con informe de prestaciones entregados en un período de tiempo / Nº total de pacientes de alta o egresados de la unidad x en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 70 %	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

MQs 2	
Nombre del indicador	% DE PACIENTES DE ALTA O EGRESADOS DE LA UNIDAD X CON INFORME DE PRESTACIONES ENTREGADOS.
Fórmula matemática	Nº de pacientes de alta o egresados de la unidad "x" con informe de prestaciones entregados en un período de tiempo / Nº total de pacientes de alta o egresados de la unidad x en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 70 %	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQs 3	
Nombre del indicador	% DE PACIENTES DE ALTA O EGRESADOS DE LA UNIDAD X CON INFORME DE PRESTACIONES ENTREGADOS.
Fórmula matemática	Nº de pacientes de alta o egresados de la unidad "x" con informe de prestaciones entregados en un período de tiempo / Nº total de pacientes de alta o egresados de la unidad x en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 70 %	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQs 4	
Nombre del indicador	% DE PACIENTES DE ALTA O EGRESADOS DE LA UNIDAD X CON INFORME DE PRESTACIONES ENTREGADOS.
Fórmula matemática	Nº de pacientes de alta o egresados de la unidad "x" con informe de prestaciones entregados en un período de tiempo / Nº total de pacientes de alta o egresados de la unidad x en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 70 %	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQs 5	
Nombre del indicador	% DE PACIENTES DE ALTA O EGRESADOS DE LA UNIDAD X CON INFORME DE PRESTACIONES ENTREGADOS
Fórmula matemática	Nº de pacientes de alta o egresados de la unidad "x" con informe de prestaciones entregados en un período de tiempo / Nº total de pacientes de alta o egresados de la unidad x en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 70 %	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQs 6	
Nombre del indicador	% DE PACIENTES DE ALTA O EGRESADOS DE LA UNIDAD X CON INFORME DE PRESTACIONES ENTREGADOS
Fórmula matemática	Nº de pacientes de alta o egresados de la unidad "x" con informe de prestaciones entregados en un período de tiempo / Nº total de pacientes de alta o egresados de la unidad x en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 70 %	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Ped	
Nombre del indicador	% DE PACIENTES DE ALTA O EGRESADOS DE LA UNIDAD X CON INFORME DE PRESTACIONES ENTREGADOS
Fórmula matemática	Nº de pacientes de alta o egresados de la unidad "x" con informe de prestaciones entregados en un período de tiempo / Nº total de pacientes de alta o egresados de la unidad x en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 70 %	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Neo	
Nombre del indicador	% DE PACIENTES DE ALTA O EGRESADOS DE LA UNIDAD X CON INFORME DE PRESTACIONES ENTREGADOS
Fórmula matemática	Nº de pacientes de alta o egresados de la unidad "x" con informe de prestaciones entregados en un período de tiempo / Nº total de pacientes de alta o egresados de la unidad x en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 70 %	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
URG	
Nombre del indicador	% DE PACIENTES DE ALTA O EGRESADOS DE LA UNIDAD X CON INFORME DE PRESTACIONES ENTREGADOS
Fórmula matemática	Nº de pacientes de alta o egresados de la unidad "x" con informe de prestaciones entregados en un período de tiempo / Nº total de pacientes de alta o egresados de la unidad x en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 70 %	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

REG 1.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Pabellón de CMA	
Nombre documento	INFORME DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera
Fuente primaria	Libro de registro de entrega
Fuente secundaria	Pauta de supervisión entrega de prestaciones
Periodo evaluado	Octubre 2018 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** la muestra fue calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. • **Metodología de muestreo:** la muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. - Para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará 1 diaria de lunes a viernes, el primer registro de día del libro de entrega de prestaciones, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • **Criterios de cumplimiento:** - El prestador utiliza una pauta de que contiene una tabla que incluye el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterio), cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado) y evaluador.

	- El criterio a evaluar es: entrega informe de prestaciones (firma de recepción del paciente o su acompañante): SI - NO
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** dado que el PQ de CMA comienza sus actividades el mes de octubre del año 2018, correspondiendo su evaluación desde esa fecha hasta el mes de mayo del año 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza de los dos trimestres a evaluar: 4°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión. - Informe de evaluación del indicador. • **De la constatación:** 1. Pauta de supervisión "entrega de informes de prestaciones a pacientes", contiene 1 criterio que se encuentra descrito en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 6 meses a evaluar. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según Ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) del 4° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019, se accede a registro contenido en el libro de entrega de informes de PQ (recuperación).

N° de registro	**Fecha**	**N° Ficha**	**RUT**	**Cumple lo reportado**
5	11/10/2018	296937	6.656.XXX-X	SI
14	26/10/2018	470098	8.562.XXX-X	SI
28	15/11/2018	44282	5.737.XXX-X	SI
36	27/11/2018	433704	15.024.XXX-X	SI
53	12/12/2018	557553	16.134.XXX-X	SI
9	23/01/2019	661597	24.367.XXX-X	SI
26	09/02/2019	728129	22.494.XXX-X	SI
40	28/02/2019	55225	8.051.XXX-X	SI
50	16/03/2019	49311	10.029.XXX-X	SI
60	29/03/2019	321046	11.724.XXX-X	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
4° Trimestre 2018	60	60	100%	60	60	100%
1° Trimestre 2019	60	60	100%	60	60	100%

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

PRO Endoscópicos	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera Supervisora Endoscopía
Fuente primaria	Libro de registro de entrega
Fuente secundaria	Pauta de supervisión entrega de prestaciones
Periodo evaluado	01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** a través de la calculadora del tamaño muestral para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido (umbral de cumplimiento 80%, margen de error 80%, dividiendo la muestra en 12 meses). • **Metodología de muestreo:** no aplica, se evaluará el primer registro del día del libro de entrega de prestaciones de lunes a viernes, en el caso que el día programado coincida con un feriado se aplicará las pautas al día hábil siguiente. • **Criterios de cumplimiento:** se evalúan los siguientes criterios a través de la Pauta de supervisión Entrega de prestaciones, se contiene: 1. Mes evaluado, unidad y fecha de la evaluación 2. N° de ficha del paciente **3. Entrega de informe de las prestaciones (SI-NO), cumplimiento** 4. Evaluador
Metodología de constatación	• **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación y es una característica incumplida en el primer proceso de acreditación aplica una retrospectividad de 24 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: 3° trimestre y 1° trimestre 2019. • **Registros revisados**: - Pautas de supervisión entrega de prestaciones. - Informes de evaluación periódica del indicador.

- "Libro de registro de entrega" que contiene; RUT, nombre completo, ficha, edad, dirección, cuidad, fecha código y firma.
- Hoja de enfermería paciente adulto, esta contiene en el ítem 3: entrega de informe (SI-NO), entrega del informativo de toma de biopsia, Entrega de informativo de test de Ureasa, entrega de indicaciones al alta, firma del paciente o representante legal.

- **De la constatación:**

1. Pauta de supervisión "entrega de informes de prestaciones a pacientes", contiene 1 criterio que se encuentra descrito en el protocolo.
2. La evaluación periódica del indicador se inicia en enero de 2018, esto es constatado con la revisión de los "informes de evaluación periódica del indicador", que describe el resultado del numerador, denominador y % desde enero de 2018 hasta abril de 2019.
3. "El libro de registro de entrega" no define explícitamente qué tipo de registro de entrega al alta fue entregado al paciente, ya que indica la "firma del paciente".

- Se constata que la cantidad de pautas de supervisión entrega de prestaciones aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de evaluaciones a través de la revisión de las pautas del 3° trimestre y 1° trimestre 2019.

4. El prestado declara que su pauta de evaluación es la fuente primaria y para constatar la fiabilidad de las evaluaciones se solicita las Hojas de enfermería.
5. Se constatan fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar por Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, resultado de la constatación:

N° FICHA	FECHA	Registra nombre de paciente en libro de entrega al alta	Registra entrega de informe al alta en hoja de enfermería	Cumplimiento reportado por el prestador	Cumplimiento constatado pro la entidad
1. 960XX	21-01-19	SI	SI	SI	SI
2. 206XX	08-02-19	SI	SI	SI	SI
3. 4843XX	14-02-19	SI	SI	SI	SI
4. 7156XX	21-02-19	SI	SI	SI	SI
5. 7485XX	14-03-19	SI	SI	SI	SI
6. 8121XX	27-09-18	SI	SI	SI	SI
7. 2281XX	27-09-18	SI	SI	SI	SI
8. 1400XX	03-08-19	SI	SI	SI	SI
9. 4596XX	06-08-19	SI	SI	SI	SI
10. 2477XX	27-09-18	SI	SI	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2017	S/E	S/E				
3º trimestre 2017	S/E	S/E				
4º trimestre 2017	S/E	S/E				
1º trimestre 2018	60	60	100%			
2º trimestre 2018	60	60	100%			
3º trimestre 2018	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
4º trimestre 2018	60	60	100%			
1º trimestre 2019	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**

Descripción de los hallazgos:
1. La medición del indicador se inicia en enero de 2018.
2. No existe evaluación periódica del indicador definida por el prestador durante el periodo retrospectivo mayo 2017 a diciembre 2017. No se puede constatar la evaluación periódica del indicador.

Por lo mencionado en el punto 2, no se da por cumplido el elemento medible.

Dental	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA INDICADOR DE ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES
Responsable medición	Enfermera supervisora
Fuente primaria	Libro registro de entrega
Fuente secundaria	Pauta de supervisión
Periodo evaluado	01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** el prestador calcula la muestra a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS de la superintendencia para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. • **Metodología de muestreo:** para la unidad de Dental, el prestador evaluará la totalidad de los procedimientos. • **Criterios de cumplimiento:** se evalúan los siguientes criterios a través de la Pauta de supervisión Entrega de prestaciones, se contiene: 1. Mes evaluado, unidad y fecha de la evaluación 2. N° de ficha del paciente 3. Entrega de informe de las prestaciones (SI-NO), cumplimiento 4. Evaluador

<table>
<tr><td>Metodología de constatación</td><td>

- **Período retrospectivo a evaluar**: dado que corresponde a un proceso de reacreditación y es una característica incumplida en el primer proceso de acreditación aplica una retrospectividad de 24 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019.
- **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3° y 4º trimestre del 2018.

- **Registros revisados:**
- Pauta de supervisión de entrega de prestaciones.
- Informes de evaluación periódica del indicador.
- Libro de altas Cirugía Maxilofacial
- **De la constatación:**

1. Pauta de supervisión "entrega de informes de prestaciones a pacientes", contiene 1 criterio que se encuentra descrito en el protocolo.
2. La evaluación periódica del indicador se inicia en septiembre de 2018, esto es constatado con la revisión de los "informes de evaluación periódica del indicador", que describe el resultado del numerador, denominador y % desde septiembre de 2018 hasta marzo de 2019.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado. Para ello se revisa el total de evaluaciones realizadas en todo el periodo.
4. Se constatan 5 fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar por Randomizer, según Ord. Circular IP N°5. Los resultados de la constatación de la fuente primaria son:

<table>
<tr><th colspan="2">3º trimestre 2018</th></tr>
<tr><td>Paciente</td><td>Cumplimiento de la pauta de entrega de informes de procedimientos</td></tr>
<tr><td>MC18858XXX-X</td><td>CUMPLE</td></tr>
<tr><td>SL17614XXX-X</td><td>CUMPLE</td></tr>
<tr><td>EJ21383XXX-X</td><td>CUMPLE</td></tr>
<tr><td>JP6797XXX-X</td><td>CUMPLE</td></tr>
<tr><td>ME7975XXX-X</td><td>CUMPLE</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">4º trimestre 2018</th></tr>
<tr><td>Paciente</td><td>Cumplimiento de la pauta de entrega de informes de procedimientos</td></tr>
<tr><td>CG19690XXX-X</td><td>CUMPLE</td></tr>
<tr><td>KM24620XXX-X</td><td>CUMPLE</td></tr>
<tr><td>TL25288XXX-X</td><td>CUMPLE</td></tr>
<tr><td>VP19952XXX-X</td><td>CUMPLE</td></tr>
<tr><td>DO22088XXX-X</td><td>CUMPLE</td></tr>
</table>

</td></tr>
</table>

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2017	S/E					
3º trimestre 2017	S/E					
4º trimestre 2017	S/E					
1º trimestre 2018	S/E					
2º trimestre 2018	S/E					
3º trimestre 2018	**17**	**17**	**100%**	**17**	**17**	**100%**
4º trimestre 2018	**64**	**64**	**100%**	**64**	**64**	**100%**
1º trimestre 2019	115	115	100%			

Descripción de los hallazgos:

1. El periodo de retrospectividad a evaluar para esta característica es del 01 de Mayo de 2017 al de 30 de Abril de 2019 y la constancia de la evaluación del indicador se realiza desde septiembre de 2018. Entrevistada del punto de verificación indica que miden el indicador desde septiembre 2018.
2. Se revisan las pautas de observación del 3° y 4º trimestre del año 2018 y se constata que lo reportado por el prestador, es concordante con lo constatado por la entidad.

Por lo anteriormente descrito en el punto 1, no se da por cumplido el elemento medible.

APQ 1	
Nombre documento	INFORME EVALUACION PERIODICA INDICADOR DE ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES
Responsable medición	Enfermera supervisora.
Fuente primaria	Libro registro de entrega
Fuente secundaria	Pauta de supervisión.
Periodo evaluado	01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo del muestreo:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido con un umbral de cumplimiento de 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el Nº de pautas de supervisión que serán aplicadas al mes. • **Metodología de muestreo**: para la supervisión se evaluará el primer registro del día, del libro de entrega de prestaciones de lunes a viernes. En caso de que el día programado coincida con un

	feriado, se realizara la evaluación al día hábil siguiente • **Criterio evaluado:** se evalúan los siguientes criterios a través de la Pauta de supervisión Entrega de prestaciones, se contiene: 1. Mes evaluado, unidad y fecha de la evaluación 2. N° de ficha del paciente **3. Entrega de informe de las prestaciones (SI-NO), cumplimiento** 4. Evaluador
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo evaluado:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación y es una característica incumplida en el primer proceso de reacreditación aplica una retrospectividad de 24 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa el 3° y 4° trimestre 2018. • **Registros revisados:** - Pauta de supervisión Entrega de prestaciones - Informes de evaluación periódica del indicador. • **De la constatación:** 1. Pauta de supervisión "entrega de informes de prestaciones a pacientes", contiene 1 criterio que se encuentra descrito en el protocolo. 2. La evaluación periódica del indicador se inicia desde enero de 2019, esto es constatado con la revisión de los "informes de evaluación periódica del indicador", que describe el resultado del numerador, denominador y % desde enero de 2019 hasta marzo de 2019. 3. Se verifica que no hubo pautas aplicadas por el prestador en el 3° trimestre 2018 y 4° trimestre 2018, para ello se revisan el total de evaluaciones y los informes de cumplimiento (según ord. Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019). 4. No es posible constatar las 5 fuentes primarias debido a que no existe evaluación periódica.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2017	S/E	S/E	S/E			
3º trimestre 2017	S/E	S/E	S/E			
4º trimestre 2017	S/E	S/E	S/E			
1º trimestre 2018	S/E	S/E	S/E			
2º trimestre 2018	S/E	S/E	S/E			
3º trimestre 2018	**S/E**	**S/E**	**S/E**	**S/E**	**S/E**	**S/E**
4º trimestre 2018	**S/E**	**S/E**	**S/E**	**S/E**	**S/E**	**S/E**
1º trimestre 2019	60	60	100%			

Descripción de los hallazgos:
1. La medición del indicador se inicia en enero 2019.
2. No existe evaluación periódica del indicador definida por el prestador durante el periodo retrospectivo mayo 2017 a diciembre 2018.

Por lo mencionado en el punto 2, no se da por cumplido el elemento medible.

APQ 2	
Nombre documento	**No se realiza medición del indicador**
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición del prestador	
Metodología de constatación	

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento

Descripción de los hallazgos:
1. No se constata la evaluación periódica del indicador, referente señala que no se ha medido para el período señalado.

Por lo anteriormente expuesto no se cumple el elemento medible.

API*	
Nombre documento	INFORME EVALUACION PERIODICA INDICADOR DE ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES
Responsable medición	Enfermera supervisora.
Fuente primaria	Libro registro de entrega
Fuente secundaria	Pauta de supervisión.
Periodo evaluado	01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo del muestreo:** La muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un

umbral de cumplimiento de 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el Nº de pautas de supervisión que serán aplicadas al mes.

- **Metodología de muestreo**: En imagenología, se evaluará la totalidad de los procedimientos.
- **Criterio evaluado:** se evalúan los siguientes criterios a través de la Pauta de supervisión Entrega de prestaciones, se contiene:

1. Mes evaluado, unidad y fecha de la evaluación
2. N° de ficha del paciente
3. **Entrega de informe de las prestaciones (SI-NO), cumplimiento**
4. Evaluador

Metodología de constatación

- **Periodo retrospectivo evaluado:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación y es una característica incumplida en el primer proceso de reacreditación aplica una retrospectividad de 24 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019.
- **Selección de la muestra:** La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa el 3° y 4° trimestre 2018.
- **Registros revisados:**

- Pauta de supervisión "Entrega de prestaciones"
- Informes de evaluación periódica del indicador.
- Libro de registro de entrega de indicaciones post procedimiento intervencional

- **De la constatación:**

5. Pauta de supervisión "entrega de informes de prestaciones a pacientes", contiene 1 criterio que se encuentra descrito en el protocolo.
6. La evaluación periódica del indicador se inicia desde septiembre de 2018, esto es constatado con la revisión de los "informes de evaluación periódica del indicador", que describe el resultado del numerador, denominador y % desde septiembre de 2018 hasta marzo de 2019.
7. Se verifica que no hubo pautas aplicadas julio y agosto de 2018 (tercer trimestre) y del el 4° trimestre 2019 se constan la medición periódica del indicador, para ello se revisan el total de evaluaciones y los informes de cumplimiento (según Ord. Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019).
8. Se verifican 5 fuentes primarias, del septiembre y 4° trimestre 2018, verificando:
9. Que el libro de entrega de indicaciones post procedimiento contenga la firma del paciente y/o familiar responsable.

Resultado de constatación fuente primaria:

- Se constata registro de evaluaciones a partir de septiembre del 2018.
- Se constata el cumplimiento de los criterios definidos por el prestador.

Fecha	N° de ficha	Cumple criterio libro contiene nombre del paciente y firma recepción
13-09-2018	702749	SI
13-09-2018	418498	SI
13-09-2018	487418	SI
20-09-2018	487418	SI
25-09-2018	748355	SI
02-10-2018	663423	SI
02-10-2018	710922	SI
04-10-2018	631383	SI
11-10-2018	180845	SI
11-12-2018	752200	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2017	S/E	S/E	S/E			
3º trimestre 2017	S/E	S/E	S/E			
4º trimestre 2017	S/E	S/E	S/E			
1º trimestre 2018	S/E	S/E	S/E			
2º trimestre 2018	S/E	S/E	S/E			
3º trimestre 2018	**11***	**11**	**100%**	**11**	**11**	**100%**
4º trimestre 2018	**80**	**80**	**100%**	**80**	**80**	**100%**
1º trimestre 2019	82	82	100%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa, lo constatado en cuanto al número de registros y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, para efectos de esta acreditación, el prestador refiere que su fuente primaria es el libro de registro de entrega de indicaciones post procedimiento intervencional, se valida como constatación del cumplimiento: Nombre del paciente, numero de ficha, entrega de indicaciones post procedimiento intervencional (si o no),

firma del paciente y/o familiar al cual se le entrega el informe post procedimiento, lo reportado es concordante con lo constatado.

3. Al realizar la revisión de la evidencia presentada, no se puede constatar la evaluación periodica del indicador definida por el prestador, debido a la inexistencia de medición de 5 trimestres del perido retrospectivo de evaluación.

Por lo descrito en el punto 3, no se da por cumplido el elemento medible.

API (Hemodinamia)

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora
Fuente primaria	Libro registro entrega
Fuente secundaria	Pauta e supervisión, informe evaluación del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestra! para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. Para la supervisión se evaluará el primer registro del día del libro de entrega de prestaciones de lunes a viernes • **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** se evalúan los siguientes criterios a través de la Pauta de supervisión Entrega de prestaciones, se contiene: 1. Mes evaluado, unidad y fecha de la evaluación 2. N° de ficha del paciente 3. Entrega de informe de las prestaciones (SI-NO), cumplimiento 4. Evaluador
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación y es una característica incumplida en el primer proceso de acreditación aplica una retrospectividad de 24 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza en los usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3°trimestre 2018 y 1°trimestre 2019. • **Registro revisados:** - Pauta de supervisión "Entrega de prestaciones". - Informe de evaluación del indicador. - Rotaciones de turno del personal. • **De la constatación:** 1. Pauta de supervisión "Entrega de prestaciones", contiene 1 criterio que se encuentran descrito en el protocolo. 2. La evaluación periódica del indicador se inicia desde septiembre de 2018, esto es constatado con la revisión de los "informes de evaluación periódica del indicador", que describe el resultado del numerador, denominador y % desde septiembre de 2018 hasta marzo de 2019. 3. Se verifica que no hubo pautas aplicadas julio y agosto de 2018 (tercer trimestre) y del el 4° trimestre 2019 se constan la medición periódica del indicador, para ello se revisan el total de evaluaciones y los informes de cumplimiento (según Ord. Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019). 4. Luego, se constatan fuentes primarias (5) de 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, resultado de la constatación de la fuente primaria:

Nº	N° Ficha	Fecha	Constatado	Reportado
1	749603	19-10-2018	SI	SI
2	750803	30-10-2018	SI	SI
3	614028	14-11-2018	SI	SI
4	752159	21-11-2018	SI	SI
5	136042	11-12-2018	SI	SI

Nº	N° Ficha	Fecha	Constatado	Reportado
1	755975	18-01-2019	SI	SI
2	144655	31-01-2019	SI	SI
3	757157	06-02-2019	SI	SI
4	663845	14-02-2019	SI	SI
5	731987	11-03-2019	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**					
Mes/año	Cumplidas	Total	Mes/año	Cumplidas	Total	Mes/año
2º trimestre 2017	S/E	S/E	S/E			
3º trimestre 2017	S/E	S/E	S/E			
4º trimestre 2017	S/E	S/E	S/E			
1º trimestre 2018	S/E	S/E	S/E			
2º trimestre 2018	S/E	S/E	S/E			
3º trimestre 2018	3	3	100%			
4º trimestre 2018	60	60	100%	60	60	100%
1º trimestre 2019	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**

Descripción de los hallazgos:

1. La medición del indicador se inicia en septiembre 2018.
2. No se puede constatar la evaluación periódica del indicador definida por el prestador durante el periodo retrospectivo junio 2017 a julio 2018.
3. En el primer trimestre 2019 lo reportado por el prestador es concordante con lo constatado.

Por lo anteriormente mencionado en los puntos 1 y 2 no se cumple el elemento medible.

MQs 1	
Nombre documento	INFORME EVALUACION PERIODICA INDICADOR DE ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES
Responsable medición	Supervisora del servicio
Fuente primaria	Libro de entrega al alta
Fuente secundaria	Pauta de supervisión
Periodo evaluado	01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de la SIS, con universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses. Muestra de 20 pautas, para la supervisión se evaluará el primer registro del día del libro de entrega de prestaciones de lunes a viernes • **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** se evalúan los siguientes criterios a través de la Pauta de supervisión Entrega de prestaciones, se contiene: 1. Mes evaluado, unidad y fecha de la evaluación 2. N° de ficha del paciente **3. Entrega de informe de las prestaciones (SI-NO), cumplimiento** 4. Evaluador
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** d dado que corresponde a un proceso de reacreditación y es una característica incumplida en el primer proceso de acreditación aplica una retrospectividad de 24 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza en los usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3°trimestre 2018 y 1°trimestre 2019. El prestador inicia su medición periódica en septiembre de 2018, por este motivo se constata el 4° trimestre de 2018 y 1° trimestre 2019. • **Registro revisados:** - Pauta de supervisión "Entrega de prestaciones". - Informe de evaluación del indicador. - Rotaciones de turno del personal. - Libro de entrega de altas • **De la constatación:** (según Ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019). 1. Pauta de supervisión "Entrega de prestaciones", contiene criterio dicotómico de cumplimiento de entrega de informe de prestaciones (si/no), mes evaluado, unidad, fecha de evaluación, Nº ficha del paciente, cumplimiento y evaluador. 2. La evaluación periódica del indicador se inicia desde septiembre de 2018, esto es constatado con la revisión de los "informes de evaluación periódica del indicador", que describe el resultado del numerador, denominador y % desde septiembre de 2018 hasta marzo de 2019. 3. Se constata el registro de entrega de documentos en " Libro: Entrega de Informes de Prestaciones a Pacientes", éste contiene: - Fecha - Nombre del paciente - Nº de ficha - Documentos entregados: epicrisis, carne de alta, receta y exámenes. - Firma del paciente 4. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, el 4° trimestre de 2018 y 1° trimestre de 2019. 5. Se aleatorizan 5 fuentes primarias de 2 trimestres a evaluar utilizando herramienta Randomizer,

obteniendo el siguiente resultado:

N° Ficha	Fecha	Constatado	Reportado
4410XX	04/10/2018	SI	SI
3834XX	03/11/2018	SI	SI
1130XX	21/12/2018	SI	SI
5035XX	31/12/2018	SI	SI
504XX	31/12/2018	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2017	S/E	S/E	S/E			
3º trimestre 2017	S/E	S/E	S/E			
4º trimestre 2017	S/E	S/E	S/E			
1º trimestre 2018	S/E	S/E	S/E			
2º trimestre 2018	S/E	S/E	S/E			
3º trimestre 2018	S/E	S/E	S/E			
4º trimestre 2018	**58**	**60**	**96,6%**	**58**	**60**	**96,6%**
1º trimestre 2019	**45**	**60**	**75,0%**	**58**	**60**	**96,6%**

Descripción de los hallazgos:
1. La medición del indicador se inicia en septiembre 2018.
2. No existe evaluación periódica del indicador definida por el prestador durante el periodo retrospectivo mayo 2017 a agosto 2018.
3. Lo reportado por el prestador es concordante con lo constatado.

Por lo anteriormente mencionado en los punto 1 y 2, no se cumple el elemento medible.

MQs 2

Nombre documento	INFORME EVALUACION PERIODICA INDICADOR DE ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES
Responsable medición	Supervisora del servicio
Fuente primaria	Libro de entrega al alta
Fuente secundaria	Pauta de supervisión
Periodo evaluado	01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de la SIS, con universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses. Muestra de 20 pautas, para la supervisión se evaluará el primer registro del día del libro de entrega de prestaciones de lunes a viernes • **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** se evalúan los siguientes criterios a través de la Pauta de supervisión Entrega de prestaciones, se contiene: 1. Mes evaluado, unidad y fecha de la evaluación 2. N° de ficha del paciente **3. Entrega de informe de las prestaciones (SI-NO), cumplimiento** 4. Evaluador
	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación y es una característica incumplida en el primer proceso de reacreditación aplica una retrospectividad de 24 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza en los usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 4°trimestre 2018 y 1°trimestre 2019. El prestador inicia su medición periódica en septiembre de 2018, por este motivo se constata el 4° trimestre de 2018 y 1° trimestre 2019. • **Registro revisados:** - Pauta de supervisión "Entrega de prestaciones". - Informe de evaluación del indicador. • **De la constatación:** (según Ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019). 1. a evaluación periódica del indicador se inicia desde septiembre de 2018, esto es constatado con la revisión de los "informes de evaluación periódica del indicador", que describe el resultado del numerador, denominador y % desde septiembre de 2018 hasta marzo de 2019. 2. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, el 4° trimestre de 2018 y 1° trimestre de 2019.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento

2º trimestre 2017	S/E	S/E				
3º trimestre 2017	S/E	S/E				
4º trimestre 2017	S/E	S/E				
1º trimestre 2018	S/E	S/E				
2º trimestre 2018	S/E	S/E				
3º trimestre 2018	S/E	S/E				
4º trimestre 2018	**60**	**60**	**100**	**60**	**60**	**100%**
1º trimestre 2019	**60**	**60**	**100**	**60**	**60**	**100%**

Descripción de los hallazgos:
1. La medición del indicador se inicia en septiembre 2018.
2. No existe evaluación periódica del indicador definida por el prestador durante el periodo retrospectivo mayo 2017 a agosto 2018.
3. Lo reportado por el prestador es concordante con lo constatado.

Por lo anteriormente mencionado en los punto 1 y 2, no se cumple el elemento medible.

MQs 3

Nombre documento	INFORME EVALUACION PERIODICA INDICADOR DE ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES
Responsable medición	Supervisora del servicio
Fuente primaria	Libro de entrega al alta
Fuente secundaria	Pauta de supervisión
Periodo evaluado	01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de la SIS, con universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses. Muestra de 20 pautas, para la supervisión se evaluará el primer registro del día del libro de entrega de prestaciones de lunes a viernes • **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** se evalúan los siguientes criterios a través de la Pauta de supervisión Entrega de prestaciones, se contiene: 1. Mes evaluado, unidad y fecha de la evaluación 2. N° de ficha del paciente **3. Entrega de informe de las prestaciones (SI-NO), cumplimiento** 4. Evaluador
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación y es una característica incumplida en el primer proceso de reacreditación aplica una retrospectividad de 24 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza en los usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 4°trimestre 2018 y 1°trimestre 2019. El prestador inicia su medición periódica en septiembre de 2018, por este motivo se constata el 4° trimestre de 2018 y 1° trimestre 2019. • **Registro revisados:** - Pauta de supervisión "Entrega de prestaciones". - Informe de evaluación del indicador. • **De la constatación:** (según Ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019). 3. a evaluación periódica del indicador se inicia desde septiembre de 2018, esto es constatado con la revisión de los "informes de evaluación periódica del indicador", que describe el resultado del numerador, denominador y % desde septiembre de 2018 hasta marzo de 2019. 4. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, el 4° trimestre de 2018 y 1° trimestre de 2019.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2017	S/E	S/E				
3º trimestre 2017	S/E	S/E				
4º trimestre 2017	S/E	S/E				
1º trimestre 2018	S/E	S/E				
2º trimestre 2018	S/E	S/E				
3º trimestre 2018	S/E	S/E				
4º trimestre 2018	**60**	**60**	**100**	**60**	**60**	**100%**
1º trimestre 2019	**60**	**60**	**100**	**60**	**60**	**100%**

Descripción de los hallazgos:
1. La medición del indicador se inicia en septiembre 2018.
2. No existe evaluación periódica del indicador definida por el prestador durante el periodo retrospectivo mayo 2017 a agosto 2018.

3. Lo reportado por el prestador es concordante con lo constatado.

Por lo anteriormente mencionado en los puntos 1y 2, no se cumple el elemento medible.

MQs 4

Nombre documento	INFORME EVALUACION PERIODICA INDICADOR DE ENTREGA DE INFORMES DE PRESTACIONES
Responsable medición	Supervisora del servicio
Fuente primaria	Libro de entrega al alta
Fuente secundaria	Pauta de supervisión
Periodo evaluado	26 de enero de 2019 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de la SIS, con universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses. Muestra de 20 pautas, para la supervisión se evaluará el primer registro del día del libro de entrega de prestaciones de lunes a viernes • **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** se evalúan los siguientes criterios a través de la Pauta de supervisión Entrega de prestaciones, se contiene: 1. Mes evaluado, unidad y fecha de la evaluación 2. N° de ficha del paciente **3. Entrega de informe de las prestaciones (SI-NO), cumplimiento** 4. Evaluador
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación y es una característica incumplida en el primer proceso de reacreditación aplica una retrospectividad de 24 meses, correspondiendo a 01 de febrero 2019 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza en los usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 4°trimestre 2018 y 1°trimestre 2019. El prestador inicia su medición periódica en septiembre de 2018, por este motivo se constata el 4° trimestre de 2018 y 1° trimestre 2019. • **Registro revisados:** - Pauta de supervisión "Entrega de prestaciones". - Informe de evaluación del indicador. • **De la constatación:** (según Ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019). 1. La evaluación periódica del indicador se inicia desde septiembre de 2018, esto es constatado con la revisión de los "informes de evaluación periódica del indicador", que describe el resultado del numerador, denominador y % desde septiembre de 2018 hasta marzo de 2019. 2. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, el 4° trimestre de 2018 y 1° trimestre de 2019.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
1º trimestre 2019	**56**	**60**	**93,3**	**56**	**60**	**93,3**

Descripción de los hallazgos:

1. La medición del indicador se inicia en el primer trimestre 2019, lo que se condice con la apertura del servicio.

Lo reportado por el prestador es concordante con lo constatado.

Por lo anteriormente mencionado se cumple el elemento medible.

MQs 5

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora
Fuente primaria	Libro registro entrega
Fuente secundaria	Pauta e supervisión, informe evaluación del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** la muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestra para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. • Para la supervisión se evaluará el primer registro del día del libro de entrega de prestaciones de lunes a viernes • **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. • En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida.

	• **Criterios de cumplimiento:** se evalúan los siguientes criterios a través de la Pauta de supervisión Entrega de prestaciones, se contiene: 1. Mes evaluado, unidad y fecha de la evaluación 2. N° de ficha del paciente 3. Entrega de informe de las prestaciones (SI-NO), cumplimiento 4. Evaluador
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación y es una característica incumplida en el primer proceso de reacreditación aplica una retrospectividad de 24 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza en los usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3°trimestre 2018 y 1° trimestre 2019. • **Registro revisados:** - Pauta de supervisión "Entrega de prestaciones". - Informe de evaluación del indicador. - Rotaciones de turno del personal. • **De la constatación:** 1. La evaluación periódica del indicador se inicia desde septiembre de 2018, esto es constatado con la revisión de los "informes de evaluación periódica del indicador", que describe el resultado del numerador, denominador y % desde septiembre de 2018 hasta marzo de 2019. 2. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, el 3° trimestre de 2018 y 1° trimestre de 2019. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° trimestre de 2018 y 4° trimestre de 2018, para ello se revisa el total de evaluaciones (según Ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019). 4. Luego, se constatan fuentes primarias (5) de 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, resultado de la constatación de la fuente primaria:

N° Ficha	Fecha	Constatado	Reportado
42545	12-12-2018	SI	SI
151399	08-11-2018	NO	NO
15.9XX.XXX-X	16-11-2018	SI	SI
169991	18-10-2018	SI	SI
738969	26-10-2018	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2017	S/E	S/E				
3º trimestre 2017	S/E	S/E				
4º trimestre 2017	S/E	S/E				
1º trimestre 2018	S/E	S/E				
2º trimestre 2018	S/E	S/E				
3º trimestre 2018	17	20	85%			
4º trimestre 2018	**51**	**60**	**85%**	**51**	**60**	**85%**
1º trimestre 2019	51	60	85%			

Descripción de los hallazgos:
1. La medición del indicador se inicia en septiembre 2018.
2. No se puede constatar la evaluación periódica del indicador definida por el prestador durante el periodo retrospectivo junio 2017 a julio 2018.
3. En el primer trimestre 2019 lo reportado por el prestador es concordante con lo constatado.

Por lo anteriormente mencionado en los puntos 1 y 2 no se cumple el elemento medible.

MQs 6	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera supervisora
Fuente primaria	Libro de registro de entrega
Fuente secundaria	Pauta de supervisión entrega de prestaciones
Periodo evaluado	01 febrero 2018 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestra! para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el W de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. Para la supervisión se evaluará el primer registro del día del libro de entrega de prestaciones de lunes a viernes • **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a

	la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. • **Criterios de cumplimiento:** se evalúan los siguientes criterios a través de la Pauta de supervisión Entrega de prestaciones, se contiene: 1. Mes evaluado, unidad y fecha de la evaluación 2. N° de ficha del paciente 3. Entrega de informe de las prestaciones (SI-NO), cumplimiento 4. Evaluador
Metodología de constatación	• **Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de reacreditación aplica un periodo retrospectivo desde 01 febrero 2018 al 31 de mayo de 2019. • **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza en los usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3°trimestre 2018 y 4° trimestre 2018. • **Registro revisados:** - Pauta de supervisión "Entrega de prestaciones". - Informe de evaluación del indicador. - Rotaciones de turno del personal. • **De la constatación:** 1. Pauta de supervisión "Entrega de prestaciones", contiene 1 criterio que se encuentran descrito en el protocolo. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de febrero 2018 al 31 de mayo de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerado y % de cumplimiento. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 4° Trimestre de 2018, para ello se revisa el total de evaluaciones (según Ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019). 4. Luego, se constatan fuentes primarias (5) de 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, resultado de la constatación de la fuente primaria.

N° Ficha	Fecha	Constatado	Reportado
750079	23-10-2018	NO	NO
750411	29-10-2018	NO	NO
432019	19-11-2018	SI	SI
491952	12-11-2018	NO	NO
118495	13-12-2018	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
1º trimestre 2018	S/E	S/E				
2º trimestre 2018	S/E	S/E				
3º trimestre 2018	17	17	100%			
4º trimestre 2018	50	59	84,75%	50	59	84,75%
1º trimestre 2019	**49**	**51**	**96,0%**	**49**	**51**	**96,0%**

Descripción de los hallazgos:
1. La medición del indicador se inicia en septiembre 2018.
2. No se puede constatar la evaluación periódica del indicador definida por el prestador durante el periodo retrospectivo junio 2017 a julio 2018.
3. En el primer trimestre 2019 lo reportado por el prestador es concordante con lo constatado.

Por lo anteriormente mencionado en los puntos 1 y 2, no se cumple el elemento medible.

Ped	
Nombre documento	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera encargada de calidad
Fuente primaria	Libro registro de entrega
Fuente secundaria	Pauta de supervisión
Periodo evaluado	01 de junio 2017 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** para la supervisión se evaluará el primer registro del día del libro de entrega de prestaciones, de lunes a viernes. En caso de que el día programado coincida con un feriado, se realizará la evaluación al día hábil siguiente. • **Criterios de cumplimiento: l**a pauta de supervisión entrega de prestaciones contiene una tabla que incluye: mes evaluado, unidad, Nº correlativo, fecha de evaluación, nº de ficha del paciente, pauta dicotómica: entrega informe de prestaciones: SI, NO Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado).
Metodología de constatación	• **Período a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación y es una característica incumplida en el primer proceso de acreditación aplica una retrospectividad de 24 meses,

correspondiendo a 01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019.

- **Selección de la muestra**: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019.
- **Registros revisados:**

- Informe de evaluación periódica del indicador
- Pauta de supervisión.
- Libro registro de entrega de prestaciones

- **De la constatación:** (Según Ord. IP N° 5 del 17 de mayo de 2019)

1. Pauta de supervisión "entrega de prestaciones", indicador dicotómico, SI se entrega la prestación y NO se entrega la prestación.
2. Se constata la medición periódica del indicador en el Informe de la evaluación periódica, con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento.
3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 4° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019.
4. Se constatan fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5.
5. Resultado de la constatación de la fuente primaria:

3º trimestre 2018				
Nº	Nº de Ficha	Fecha	Cumple	Observaciones
26	751739	13-11-2018	SI	Libro Cx. Inf.
27	695516	14-11-2018	NO	
47	754098	11-12-2018	SI	Libro Cx. Inf.
58	753548	28-12-2018	SI	Libro Cx. Inf.
59	686691	31-12-2018	SI	Libro Pediatría

1º trimestre 2019				
Nº	Nº de Ficha	Fecha	Cumple	Observaciones
26	718311	08-02-2019	SI	Libro Cx. Inf.
27	640096	12-02-2019	SI	Libro Pediatría
47	735640	12-03-2019	SI	Libro Cx. Inf.
58	715250	28-03-2019	SI	Libro Pediatría
59	736171	28-03-2019	SI	Libro Cx. Inf.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2017	S/E	S/E				
3º trimestre 2017	S/E	S/E				
4º trimestre 2017	S/E	S/E				
1º trimestre 2018	S/E	S/E				
2º trimestre 2018	S/E	S/E				
3º trimestre 2018	17	20	85%			
3º trimestre 2018	20	20	10%			
4º trimestre 2018	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
1º trimestre 2019	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**

Descripción de los hallazgos:

1. Indicador se empieza a evaluar a partir de septiembre del 2018, no tiene retrospectividad requerida para este proceso de acreditación.
2. Se constata 4º trimestre 2018 y 1º trimestre 2019 para evaluar periodo completo.
3. Lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Por lo descrito en el punto 1, no se da por cumplido el elemento medible.

Neo	
Nombre documento	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Matrona supervisora
Fuente primaria	Libro registro de entrega
Fuente secundaria	Pauta de supervisión
Periodo evaluado	01 de junio 2017 a 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología de cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido (www.supersalud.cl) con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. • **Metodología de muestreo:** para la supervisión se evaluará el primer registro del día del libro de entrega de prestaciones, de lunes a viernes. En caso de que el día programado coincida con un feriado, se realizará la evaluación al día hábil siguiente. • **Criterios de cumplimiento:** la pauta de supervisión entrega de prestaciones contiene una tabla

	que incluye: mes evaluado, unidad, Nº correlativo, fecha de evaluación, nº de ficha del paciente, pauta dicotómica: entrega informe de prestaciones: SI, NO Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado).
Metodología de constatación	• **Período a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de reacreditación y es una característica incumplida en el primer proceso de acreditación aplica una retrospectividad de 24 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2017 al 30 de abril de 2019. • **Selección de la muestra**: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3°Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. • **Registros revisados:** - Informe de evaluación periódica del indicador - Pauta de supervisión. - Libro registro de entrega de prestaciones • **De la constatación:** (Según Ord. IP N° 5 del 17 de mayo de 2019) 1. Pauta de supervisión "entrega de prestaciones", indicador dicotómico, SI se entrega la prestación y NO se entrega la prestación. 2. Se constata la medición periódica del indicador en el Informe de la evaluación periódica, con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019. 4. Se constatan fuentes primarias (5) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5. 5. Resultado de la constatación de la fuente primaria:

3º trimestre 2018				
Nº	Nº de Ficha	Fecha	Cumple	Observaciones
3	747497	10-09-2019	SI	
4	744651	10-09-2019	SI	
7	747620	12-09-2019	SI	
10	748229	15-09-2019	SI	
20	741773	27-09-2019	SI	

1º trimestre 2019				
Nº	Nº de Ficha	Fecha	Cumple	Observaciones
3	747753	04-01-2019	SI	
4	754982	07-01-2019	SI	
7	756814	12-02-2019	SI	
10	754625	15-02-2019	SI	
20	760345	28-03-2019	SI	

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2017	S/E	S/E				
3º trimestre 2017	S/E	S/E				
4º trimestre 2017	S/E	S/E				
1º trimestre 2018	S/E	S/E				
2º trimestre 2018	S/E	S/E				
3º trimestre 2018	20	20	100			
4º trimestre 2018	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**
1º trimestre 2019	**60**	**60**	**100%**	**60**	**60**	**100%**

Descripción de los hallazgos:
1. Indicador se empieza a evaluar a partir de septiembre del 2018, no tiene retrospectividad requerida para este proceso de acreditación.
2. Se constata 4º trimestre 2018 para evaluar periodo completo.
3. Lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Por lo descrito en el punto 1, no se da por cumplido el elemento medible.

Urg	
Nombre documento	SIN EVALUACIÓN PERIÓDICA
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición del prestador	
Metodología de constatación	

Período evaluado	Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado			Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Descripción de los hallazgos:						

CARACTERÍSTICA REG 1.3 / FUNDAMENTOS

Elemento medible	Pab. CMA	Pro End.	Dental	APR	APQ	API	Cir. Ad.	Med.	Ped.	Neo	URG
1° EM	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1
2° EM	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1
3° EM	1	0	0	NA	0	0	0	0	0	0	0
Umbral de la característica: ≥ 50%	Puntaje total: 21/30			Porcentaje obtenido: 70%					**Cumple: SI**		

CARACTERÍSTICA REG 1.4 / HALLAZGOS

REG 1.4 – Primer elemento medible: Se describen en documento(s) los procedimientos de entrega, recepción y conservación de fichas clínicas y se han designado los responsables de su aplicación.

Archivo (U otra Unidad donde se realizan los procedimientos pertinentes)			
Nombre del documento: PROCEDIMIENTO "MANEJO DE FICHA CLÍNICA"			
Fecha elab: Junio 2019	Fecha vigencia: 5 años	Versión: 06	N° páginas:19
Elaborado por: Jessica Bravo. Jefe unidad de calidad. Hospital regional Antofagasta		Aprobado por: Ricardo Salazar C. Director Hospital Regional Antofagasta	
Incluye proced. (SI/NO)	1. Entrega de fichas: SI	2. Recepción de fichas: SI	3. Conservación de fichas: SI
Responsable aplicación: SI			

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista el documento de carácter institucional, que indica en la página 2, sus responsables:

- Subdirector Administrativo: Es responsable de gestionar y velar por el cumplimiento de este procedimiento.
- Jefe de Archivo: Es responsable del manejo administrativo de la Ficha clínica física o electrónica. Además de la apertura de la ficha clínica.
- Administrativo de archivo: Es responsable de entregar y recibir todas las fichas clínicas físicas que ingresen o se despachen a otras unidades, chequearlas e ingresar solicitud al sistema informático y tarjetón virtual. Revisar correos electrónicos, contestar llamados asignando números de fichas a pacientes, revisar nominas creando fichas para pacientes nuevos.
- Encargado de búsqueda y archivo de fichas: Será responsable de buscar y archivar las fichas solicitadas vía correo electrónico para diferentes unidades y digitalización.
- Administrativo de Hospitalización: Es el responsable de recepcionar los registros clínicos de GRD y realizar la digitalización, además de informar a la unidad (archivo antiguo) el listado de Registros clínicos recepcionados para adjuntar a ficha original.
- Auxiliar de servicio de archivo: Es responsable de retirar registros clínicos del administrativo de hospitalización y entregarlas en archivo hospital antiguo.
- Jefe de GRD: es responsable de retirar los registros clínicos de las unidades asistenciales de pacientes de alta y entrega de estos a archivo.
- Personal de los servicios clínicos: Es responsable de cumplir con los procedimientos establecidos de entrega de registros clínicos de papel.
- Jefa de informática: Es responsable del control y mantención del sistema digital de ficha clínica y mantener la red de datos 100% disponible.
- Sociedad concesionaria: Es responsable de velar por la mantención del equipamiento informático concernientes a PC, impresoras.
- Subdirección médica, enfermería y matronería: Son responsables de vela r por el cumplimiento del orden y manejo de las fichas clínicas de las unidades de sus dependencias.

Entrega de fichas: en la página 8 se indica que debido a que la institución está en proceso de cambio de ficha de papel a digital, la unidad de archivo central ya no entrega ninguna ficha en físico, sólo realiza este proceso en los casos definidos en el protocolo.

Solicitudes de fichas clínicas de papel a la unidad de archivo central en los siguientes casos: investigación o estudio: Solicitado por escrito por profesional del equipo de salud, previa autorización del director del establecimiento. Estas son revisadas en la misma unidad de archivo central por investigador.
En los casos siguientes, se entrega una copia foliada de la ficha clínica:

1. Tramitación de beneficios o procesos judiciales, previa autorización del director del establecimiento.
2. Solicitudes por paciente, familiar o tutor responsable, en estos casos deben solicitar esta información por escrito a través de la unidad de gestión de usuarios al director del establecimiento para su autorización. En caso de fallecidos, los familiares deben presentar además de lo descrito en este punto, certificado de defunción y cualquier documento que acredite parentesco.
3. Solicitudes por terceros, estos deben estar debidamente autorizados por el titular mediante poder notarial simple.
4. Tribunales de justicia, siempre que la información contenida en la ficha clínica se relacione con las causas que estuvieren conociendo.
5. A los fiscales del Ministerio Público y a los abogados, previa autorización del juez competente, cuando la información se vincule directamente con las investigaciones o defensas que tengan a su cargo.
6. Prestaciones realizadas al paciente fuera de la institución, estos deben ser autorizados por el director del establecimiento.

Recepción de fichas: en la página 9 se describe la recepción de los registros clínicos desde la unidad de archivo, según se indica:
GRD: Posterior a la recolección de datos, debe devolver los registros clínicos a la unidad de archivo dentro de 24 horas hábiles por el funcionario de su unidad.
La unidad de GRD, debe entregar los registros clínicos a la oficina de la unidad de archivo dispuesta en el nuevo hospital, mediante un libro de registro donde quede recepcionado por el funcionario de archivo como conforme.
Posterior a lo descrito en el punto anterior, el funcionario de archivo escanea dichos registros clínicos, en un plazo de 48 horas.
Dos días a la semana los funcionarios de la unidad de archivo central (hospital antiguo) retiran los registros clínicos y los archivos digitales y los trasladan a la unidad de archivo central, para ser anexados a ficha de papel y para subir lo escaneado a SICLOPE.

Conservación de fichas: en la página 7, indica la conservación de las fichas según su formato:
De la ficha clínica electrónica: Toda la información de la ficha clínica digital queda en un servidor principal, el cual cuenta con todas las condiciones de seguridad.
Ficha de papel: se deben mantener las fichas clínicas ordenadas, enumeradas y protegidas de la humedad. Contar con anaqueles suficientes para el archivo de las fichas clínicas que permitan acceso expedito a estas y disponer de buena iluminación.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista los siguientes documentos anteriores:
- PROCEDIMIENTO "MANEJO DE FICHA CLÍNICA", versión 5, fecha de aprobación de enero de 2018, elaborado por Sandra Varas, jefe de archivo y Jessica Bravo, jefe unidad de calidad. Aprobado por Dr. Francisco Bueno N. Director Hospital Regional de Antofagasta.
- PROCEDIMIENTO "MANEJO DE FICHA CLÍNICA", versión 4, fecha de aprobación de agosto de 2016, elaborado por Mariela Berríos A. Jessica Bravo. Unidad de calidad y seguridad del paciente. Aprobado por Sr. Francisco Bueno N. Director Hospital Regional de Antofagasta.
- PROCEDIMIENTO "MANEJO DE FICHA CLÍNICA", versión 3, fecha de aprobación de octubre de 2015, elaborado por Mariela Berríos A. Unidad de calidad y seguridad del paciente. Aprobado por Sr. Juan Urrutia. Director Hospital Regional de Antofagasta. Cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

REG 1.4 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Archivo (U otra Unidad donde se realizan los procedimientos pertinentes)		
Nombre del indicador 1	% DE FICHAS QUE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE MANTENCIÓN Y CONSERVACIÓN enero 2018 a la fecha actual)	
Fórmula matemática	N° de fichas que cumplen con los criterios de mantención y conservación según pauta / N° Total de fichas evaluadas x 100	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Semestral
Archivo (U otra Unidad donde se realizan los procedimientos pertinentes)		
Nombre del indicador 2	% DE ÁREAS DE ANAQUELES QUE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE MANTENCIÓN Y CONSERVACIÓN DE FICHAS CLÍNICAS SEGÚN PROCEDIMIENTO EN LA UNIDAD DE APOYO enero 2016 a diciembre 2017	
Fórmula matemática	N° de áreas de anaqueles que cumplen con los criterios de mantención y conservación de ficha clínica de la unidad de archivo / N° total de anaqueles dispuestos en la unidad de archivo	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Semestral

REG 1.4 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Archivo (U otra Unidad donde se realizan los procedimientos pertinentes)	
Nombre documento	INFORME DEL INDICADOR
Responsable medición	Jefa de archivo
Fuente primaria	Ficha clínica formato papel. Pauta de cotejo
Fuente secundaria	Informe del indicador
Periodo evaluado	01 mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	• **Metodología del cálculo de la muestra:** la muestra fue calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. • **Metodología de muestreo:** para la aplicación de las pautas de supervisión, se Randomizan el anaquel y 1 ficha clínica diaria (de lunes a viernes), logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. • En caso de que el día programado coincida con un feriado, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente • **Criterios de cumplimiento:** desde junio del año 2016 hasta diciembre del año 2017, utiliza la siguiente pauta de supervisión: 1. Área de anaquel con fichas clínicas ordenadas y enumeradas 2. Área de anaquel con fichas clínicas protegidas de humedad 3. Área de anaquel cuenta con iluminación 4. Área de anaquel con fichas clínicas con carátulas indemnes • Desde enero del año 2018 utiliza la pauta de supervisión N°2: 1. Ficha clínicas ordenada y enumerada 2. Ficha clínica protegida de humedad 3. La ficha clínica se encuentra en área iluminada

	4. Ficha clínica con carátula indemne Los atributos de la pauta de supervisión se encuentran descritos en el documento.
Metodología de constatación	• **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación el periodo de retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 mayo 2016 al 30 de abril 2019. • **Selección de la muestra:** La medición del indicador es semestral. La constatación se realiza de los dos trimestres a evaluar: 1°semestre 2018 y 2° semestre 2018, indicados por la directora técnica. • **Registros revisados:** - Resultados del indicador - Pauta de supervisión - Ficha clínica en formato papel. • **De la constatación:** se realiza la constatación de acuerdo al ORDINARIO IP N° 5 del 17 de mayo de 2019, "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento de la exigencia sobre realización de la evaluación periódica". 1. La pauta de supervisión que contiene los 4 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. 2. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de la Ficha del indicador "% de fichas que cumplen con los criterios de mantención y conservación", la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. 3. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para el primer y segundo semestre del 2018. 4. Se constatan fuentes primarias de los 2 semestre a evaluar, según Ord. Circular IP N°5, a través de la aplicación de un Randomizer, según se describe a continuación: 1. 1° semestre 2018: pauta de supervisión de ficha clínica en formato papel, números 2, 68,69,80,105. 2. 2° semestre 2018: pauta de supervisión de ficha clínica en formato papel, números 21, 22, 43, 86, 95.

N° de registro	**N° de ficha**	**Cumplimiento reportado por el prestador**	**Cumplimiento contratado por la entidad**
2	566811	SI	SI
68	523514	SI	SI
69	603543	SI	SI
80	110965(*)	SI	SI
105	698568(*)	SI	SI

N° de registro	**N° de ficha**	**Cumplimiento reportado**	**Cumplimiento constatado por la entidad**
21	716089(*)	SI	SI
22	449049(*)	SI	SI
43	685539	SI	SI
86	592454	SI	SI
95	50357(*)	SI	SI

Observación:
- Las pautas de supervisión se encuentran escritas con lápiz grafito.
- Se constata que las fichas con (*) fueron reemplazadas del randomizado realizado por el prestador, debido a que no estaban disponibles en el anaquel, dicha reposición no está descrita en la metodología del prestador.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
1° Semestre 2016	120	120	100%			
2° Semestre 2016	120	120	100%			
1° Semestre 2017	120	120	100%			
2° Semestre 2017	120	120	100%			
1° Semestre 2018	**120**	**120**	**100%**	**120**	**120**	**100%**
2° Semestre 2018	**120**	**120**	**100%**	**120**	**120**	**100%**
Enero 2019	20	20	100%			
Febrero 2019	20	20	100%			
Marzo 2019	20	20	100%			
Abril 2019	20	20	100%			
Mayo 2019	20	20	100%			

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA REG 1.4 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Archivo	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

ÁMBITO SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

CARACTERÍSTICA EQ 1.1 / HALLAZGOS

EQ 1.1 Primer elemento medible: Se describe en documento de carácter institucional el procedimiento para la adquisición de equipamiento que considera al menos:

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento: PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO MÉDICO					
N° Resolución: Memorándum Nº 000014 20 de enero de 2018		Versión: 01		Fecha: Enero de 2018	
Elaborado por: Priscila Hachín D.; Jefe Departamento de Equipos Médicos		Aprobado por: Dr. Francisco Buen N.; Director (S) Hospital regional de Antofagasta			
Carácter institucional: SI		Fecha vigencia: 5 años		N° páginas: 21	
El documento considera al menos:					
1. Responsable de adquisición	SI	2. Participación de personal técnico y usuario	SI	3. Sistema de evaluación de calidad técnica del equipamiento a ser adquirido	SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En páginas 2 y 3, ítem 2, define el alcance:

3. Todo equipo médico que adquiera directamente el HRA.
4. **Se excluyen de este procedimiento** las adquisiciones que efectúen otras instituciones como el Ministerio de Salud o Servicio de Salud Antofagasta, el equipamiento que se disponga en calidad de: comodato, arriendo, consignación y/o demostración; dado que no forman parte del activo fijo del HRA.

En páginas 3 y 4, ítem 3, describe las responsabilidades de:

- Dirección, Sub-dirección Médica, Subdirección de Enfermería, Subdirección de Matronería.
- Subdirección Administrativa, Subdirección de Concesiones y Operaciones, Jefaturas y Supervisores de Servicios Clínicos y
- Unidades de Apoyo.
- Unidad de Abastecimiento, Unidad de Proyectos, Departamento de Equipos Médicos, Referentes Clínicos (usuarios).
- Comisión Evaluadora, Comité Técnico de Adquisición y Reposición (CTAR).
- Inspectora Sanitaria, Inspección Fiscal (IF).
- Sociedad Concesionaria, Servicio de Adquisición y Reposición de Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico.

En páginas 8 a 18, ítem 7, se detalla la descripción del proceso:

Vías de financiamiento para la adquisición y reposición de equipamiento médico:

1. Adquisición y reposición a través de fondos propios:
5. Requerimiento de adquisición de equipamiento médico que formula un jefe de servicio o unidad clínica, esta solicitud debe contar con la autorización de la subdirección correspondiente y son canalizadas a la Dirección del Hospital para su evaluación.
6. Evaluación de solicitudes: el nivel directivo debe evaluar, autorizar y priorizar los requerimientos de compra recibidos, además de verificar la disponibilidad presupuestaria. Lo anterior lo realiza la "Comisión de Inversiones del HRA", constituida por:

- Director del Hospital: presidente de la comisión.
- Subdirector Administrativo: propone las vías de financiamiento (fondos propios o sectoriales).
- Subdirector Médico, Subdirectora de Enfermería y Subdirectora de Matronería: evalúan la pertinencia de las solicitudes y su impacto en el proceso clínico.
- Subdirectora de Gestión y Desarrollo de Personas: aporta información en relación al recurso humano disponible para la formulación del plan de inversiones.
- Subdirectora de Concesiones y Operaciones / Inspectora Sanitaria: evalúa factibilidad de financiamiento a través de fondos en modalidad de concesión, señala los requerimientos de instalación del equipamiento a adquirir y si este requiere de modificación de infraestructura para su instalación; coordina el levantamiento de las especificaciones técnicas y cotizaciones para valorización de las solicitudes, canalizando esta información hacia la inspección fiscal, en caso de que la compra se efectúe con fondos concesionados.

7. Proceso de compra: los requerimientos de adquisición de equipamiento médico aprobados son derivados a la Unidad de Abastecimiento para que se efectúe el proceso de compra; en dicho proceso participan:

- Unidad de Abastecimiento: encargada administrativamente de efectuar las adquisiciones de acuerdo al Reglamento de la Ley Nº 19.886 "Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios" que rigen a los organismos públicos. Si la especie a adquirir se encuentra en catálogo de Convenio Marco, procede a la compra con el visto bueno de la contraparte técnica. De lo contrario gestiona licitación pública o trato directo; elabora contratos de compra con proveedores y emite órdenes de compra en el portal Mercado Público.
- Unidad de Finanzas: emite los certificados de disponibilidad presupuestaria (CDP) para efectuar los llamados a Licitación Pública o Tratos Directos; efectúa el pago de las facturas de las adquisiciones realizadas una vez que las especies son recepcionadas de manera conforme en e establecimiento.
- Unidad Jurídica: responsable de la confección de las Resoluciones Exentas que aprueban los procesos de licitación, tratos directos, órdenes de compra y contratos si corresponde según los montos.
- Departamento de Equipos Médicos: **en conjunto con los usuarios clínicos solicitantes elaboran las especificaciones**

técnicas del equipamiento a adquirir y participa en la confección de las Bases Técnicas de licitación. Una vez recibidos los bultos en bodega del hospital, recepciona el equipamiento médico adquirido, lo inspecciona para determinar la conformidad de la compra, solicita su marcación con el número de inventario, coordina la instalación, puesta en marcha y capacitaciones para los usuarios clínicos y elabora documento de "Recepción Conforme" solicitado por la unidad de Finanzas.

Adquisición y reposición a través de fondos sectoriales o FNDR: una vez que la solicitud de adquisición ha sido aprobada y que se determina que el financiamiento se realizará a través de fondos sectoriales o FNDR, se deriva a la Unidad de Proyectos, donde se realizan las siguientes actividades:

1. Levantamiento del proyecto y plan de inversiones para solicitud de los fondos.
2. Consolidación del listado de equipamiento médico a adquirir.
3. Valorización del proyecto.
4. Confección y aprobación de las especificaciones técnicas en coordinación con Departamento de Equipos Médicos y referentes clínicos.
5. Canalización del proyecto de inversión a través del Servicio de Salud Antofagasta, si los fondos son aprobados se pueden dar dos situaciones: que el mandante de las licitaciones o tratos directos sea el Servicio de Salud Antofagasta, o que sea el propio hospital, HRA.
6. De ser necesario se actualizan las cotizaciones y se ajustan las especificaciones técnicas.
7. Rendición del gasto de proyecto y documentación para pago de facturas.
8. Adquisición y reposición a través de fondos en modalidad de Contrato de Concesión: los requerimientos que se realicen a través de concesiones son derivados a la inspección fiscal para que los requerimientos sean evaluados al CTAR, si son aprobados por este comité, la Inspección Fiscal instruye a la Sociedad Concesionaria efectuar el proceso de compra; lo que incluye: gestionar la adquisición, reposición, instalación y puesta en marcha del equipamiento médico durante toda la etapa de explotación del HRA (15 años), además de coordinar y proporcionar la capacitación de los usuarios clínicos de dichos equipos.

Reposición del equipamiento médico: se define por la vida útil establecida en el anexo "I" letra "b" de las Bases de Licitación.

Actividades que debe llevar a cabo la Sociedad Concesionaria para realizar la adquisición y/o reposición del equipamiento médico:

- Dentro del primer mes de cada año de explotación, el CTAR a través del Inspector Fiscal entrega al concesionario el listado del equipamiento médico previsto para el año de explotación, con las modificaciones que defina el CTAR.
- De acuerdo al " Valor máximo revisado de inversión" aprobado para el año de inversión, se procederá de la siguiente forma: si es igual o superior a UF 20.000, el concesionario realiza una licitación de convocatoria pública; si el valor es inferior a UF 20.000, se de disponer de al menos 3 cotizaciones por cada equipo que cumplan con las especificaciones técnicas de la base de licitación.
- Entre el segundo y cuarto mes de cada año de explotación, el concesionario gestiona el proceso de adquisición y reposición; de manera de garantizar que se cumpla dentro de los plazos establecidos en las bases de licitación.
- Dentro del sexto mes de cada año de explotación, el concesionario presentará al CTAR la carpeta de antecedentes para ser evaluada, la que debe incluir: antecedentes de las propuestas y cronograma de adquisición o reposición, instalación y montajes e inspección de puesta en marcha. El concesionario solo estará autorizado a adquirir el equipamiento que cuente con el respectivo "Certificado de No Objeción" (CNO) emitido por el CTAR.

Procedimiento de adquisición con cargo Fondo de Reserva:

- Está constituido por un monto de UF 3.500 (para cada semestre), del que dispondrá la Sociedad Concesionaria para utilizar en actividades no previstas en los planes de adquisición.
- El concesionario deberá disponer de al menos tres cotizaciones que cumplan con las especificaciones técnicas.
- El presupuesto debe incluir: costo anual de mantenimiento durante la vida útil del equipo, precio de adquisición y el costo de la prima del seguro.
- La evaluación de la oferta será de responsabilidad del CTAR.

Participación del personal técnico y usuario:

- Adquisiciones con fondos propios, fondos sectoriales y FNDR: en estos casos es el Departamento de Equipos Médicos quien efectúa el levantamiento de las especificaciones técnicas y las valida con el referente clínico que corresponda, dichas especificaciones quedan firmadas constituyéndose en la constancia de la participación del personal técnico y usuario.
- Adquisiciones con fondos en modalidad de concesión: en este caso es el CTAR el encargado de confeccionar las especificaciones técnicas, pudiendo solicitar esta tarea al HRA, en cuyo caso es el Departamento de Equipos Médicos quien efectuará la confección de las especificaciones técnicas y gestionará la aprobación de éstas con los referentes clínicos correspondientes, luego la Subdirectora de Concesiones y Operaciones / Inspectora Sanitaria ingresa las especificaciones formalmente al CTAR a través de la Inspección Fiscal. Esto es desde el año 1 de explotación, ya que las especificaciones técnicas del año 0 deben ser firmadas por el Director del Hospital.

Sistema de evaluación de la calidad técnica:

- Las especificaciones técnicas y evaluaciones son realizadas por personal de la Unidad de Abastecimiento – Referente Clínico y Departamento de Equipos Médicos, según amerite el nivel de complejidad del equipamiento médico a adquirir. Como constancia verificable de las evaluaciones y adjudicaciones, se elaboran cuadros de evaluación y/o Acta de Pre-adjudicación, la cual resume la evaluación técnica económica, dejando constancia de la conformidad de la calidad técnica del equipamiento a adquirir.
- En caso de equipamiento médico de mayor complejidad, se incluyen dentro de las especificaciones técnicas, que el equipo a adquirir cumpla con alguna de las siguientes certificaciones: ISO13485, CE (Conformidad Europea), FDA, IEC 60601-1 u homologada a NCH 2893 (norma de seguridad electro médica).

En páginas 18 y 19, ítem 8, se consignan los documentos asociados al proceso:

- Documento de solicitud de compra de equipamiento médico: memorándum, formulario de solicitud de compra no programada.
- Bases Administrativas, Bases Técnicas y Términos de Referencias.
- Especificaciones técnicas firmadas por contraparte técnica.
- Cuadros de evaluación de ofertas.
- Actas de pre-adjudicación.
- Oficios de Subdirectora de Concesiones y Operaciones / Inspectora Sanitaria.

- Plan de Adquisición de Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico, emitidas por la Inspección Fiscal.
- Pruebas de Aceptación de Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico emitidas por la Inspección Fiscal.

Observaciones:

1. Se tiene a la vista el siguiente documento anterior:

- "Adquisición de Equipamiento Médico", versión 00, fecha de aprobación abril de 2014, elaborado por Priscila Hachín D. y Mauricio Sierra – Ingenieros Biomédicos; aprobado por Dr. Juan Pablo Mattatall Lankin - Director Hospital Regional Antofagasta.
  Cumple con el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

EQ 1.1 – Segundo elemento medible: Existe constancia de la participación de personal técnico y usuarios en la compra del equipamiento.

Dirección o Gerencia

Describe verificación del EM:

- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período de retrospectividad es de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** se cuenta con bases de datos que incluye 2871 equipos e instrumental licitados para adquisición durante el año 0 de explotación (2016 – 2017); se aplica filtro seleccionando familias de equipos estandarizadas por el prestador (en total 7), y se randomizan 5 equipos adquiridos utilizando la nota técnica en Excel.
  Para el 1º y 2º año de explotación (2018 – 2019), se evalúan la totalidad de equipos adquiridos.
- **Registros revisados:**

<u>Año 0 de explotación</u>:
Vía Licitación a Empresa Concesionada
- Base de datos de licitación en planilla excel.
- Memo de adjudicación de licitación.
- Memo Gestión Orden de Compra.
- Actas de pre-adjudicación técnica.
- Fichas de especificaciones técnicas.
- Acta de recepción conforme Inspector Fiscal.
- Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico.
- Pruebas de aceptación.
- Certificado de no objeción.

<u>Año 1 de explotación:</u>
Vía Licitación compras por gradualidad a Empresa Concesionada
- Ordinario IS Nº 251
- Listado adquisición 1º año de explotación
- Fichas especificaciones técnicas

Adquisición con Fondos de Reserva
- Memo Nº 049 – 2018 Materia Gestión Orden de Compra
- Cotización del proveedor
- Términos de Referencia
- Ficha de Especificaciones Técnicas

<u>Año 2 de explotación:</u>
Vía Licitación compras por gradualidad a Empresa Concesionada
- Ordinario IS Nº 549
- Listado de equipos y mobiliario clínico a adquirir en el segundo año de explotación
- Ficha de especificaciones

Vía compra por trato directo
- Ficha de especificaciones
- Cotizaciones (en caso de compra directa)

- **De la constatación:**
  El levantamiento del proyecto de adquisición para el Hospital en la nueva planta física se realiza durante el año 2015, para realizar la compra gradual, durante 6 años, a través de licitación a empresa concesionada.
  Aquellos equipos clínicos no contemplados en el proyecto concesionado pueden ser adquiridos a través del fondo de reserva o a través de trato directo, sistemas documentados en protocolo local.

Año 0 de explotación: 2016 – 2017 (Proyecto)
- Las familias de equipos estandarizadas por el prestador corresponden a:

- Monitoreo
- Laboratorio
- Imagenología
- Esterilización
- Dental
- Equipos de apoyo quirúrgico
- Equipos de apoyo terapéutico

- Se constata la participación del personal técnico y usuario a través de las especificaciones técnicas elaboradas por ellos para cada equipo, actas de recepción de inspector fiscal, actas de recepción conforme de equipamiento médico, pruebas de aceptación y certificado de no objeción emitido por CTAR.

Año 1 de explotación: 2018
- Se constata la participación del personal técnico y usuario a través de las especificaciones técnicas elaboradas por ellos para cada equipo independiente la vía de adquisición utilizada.

- Se constata adquisición vía fondo de reserva, a la cual se agregan Memorándum de Adquisición de Licitación, Cotización del Proveedor y términos de referencia.

Año 2 de explotación: 2019

- Se constata la participación del personal técnico y usuario a través de las especificaciones técnicas elaboradas por ellos para cada equipo independiente la vía de adquisición utilizada.
- Se constata adquisición vía trato directo a la cual se agrega la Cotización del Proveedor.

Lo constatado cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento	Fecha constatada	Equipo
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 4025 relacionado al correcto funcionamiento	23-10-2017	Monitor de Presión Arterial / 4025
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 4010 relacionado al correcto funcionamiento	28-09-2017	Monitor Cardiaco Portátil Invasivo / 4010
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 4060 relacionado al correcto funcionamiento	25-10-2017	Monitor ECG Signos Vitales Alta Complejidad / 4060
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 4005 relacionado al correcto funcionamiento	20-09-2017	Monitor Cardiaco Fetal / 4005
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 4045 relacionado al correcto funcionamiento	23-10-2017	Monitor ECG Signos Vitales Baja Complejidad / 4045
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 1015 relacionado al correcto funcionamiento	28-09-2017	Agitador Balanza Bolsa de Sangre / 1015
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 1020 relacionado al correcto funcionamiento	28-09-2017	Agitador e Incubador de Plaquetas / 1020
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 1025 relacionado al correcto funcionamiento	23-10-2017	Agitador Hematológico Orbital /1025
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 1030 relacionado al correcto funcionamiento	28-09-2017	Agitador Horizontal / 1030
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 1035 relacionado al correcto funcionamiento	28-09-2017	Agitador Magnético / 1035
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y	25-09-2017	Rx Portátil Digital / 4620

Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 4620 relacionado al correcto funcionamiento		
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 3680 relacionado al correcto funcionamiento	25-09-2017	Mamógrafo Digital / 3680
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 2860 relacionado al correcto funcionamiento	25-09-2017	Ecotomógrafo Doppler Multipropósito / 2860
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 4610 relacionado al correcto funcionamiento	25-09-2017	Rx Arco C. Digital / 4610
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 4670 relacionado al correcto funcionamiento	28-09-2017	Seriágrafo digital / 4670
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 3555 relacionado al correcto funcionamiento	28-09-2017	Lavadora Automática Material de Vidrio /3555
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 3570 relacionado al correcto funcionamiento	25-09-2017	Lavadora y Desinfectadora de Endoscopios / 3570
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 1235 relacionado al correcto funcionamiento	28-09-2017	Autoclave Sobremesa / 1235
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 3445 relacionado al correcto funcionamiento	25-09-2017	Incubadora de Lectura Rápida ETO / 3445
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 3560 relacionado al correcto funcionamiento	28-09-2017	Lavadora Descontaminadora / 3560
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 4105 relacionado al correcto funcionamiento	28-09-2017	Motor de Sobremesa / 4105
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 3855 relacionado al correcto funcionamiento	23-10-2017	Mezcladora al Vacío / 3855
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no	28-09-2017	Turbina Dental

objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 5105 relacionado al correcto funcionamiento		Pediátrica / 5105
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 3035 relacionado al correcto funcionamiento	28-09-2017	Equipo Ortopantomógrafo / 3035
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 3570 relacionado al correcto funcionamiento	28-09-2017	Equipo Rx Intraoral / 3075
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 3885 relacionado al correcto funcionamiento	23-10-2017	Micromotor Traumatológico / 3885
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 3705 relacionado al correcto funcionamiento	25-09-2017	Máquina de Anestesia / 3705
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 2525 relacionado al correcto funcionamiento	23-10-2017	Coagulador Bipolar / 2525
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 2660 relacionado al correcto funcionamiento	28-09-2017	Coagulador Universal / 2660
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 3055 relacionado al correcto funcionamiento	23-10-2017	Equipo para Lavado de Glóbulos / 3055
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 2335 relacionado al correcto funcionamiento	28-09-2017	Carro de Paro Completo/ 2335
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 3470 relacionado al correcto funcionamiento	28-09-2017	Incubadora Intensivo / 3470
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 1440 relacionado al correcto funcionamiento	28-09-2017	Bomba de Aspiración Universal / 1440
Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 3060 relacionado al correcto funcionamiento	28-09-2017	Equipo Peritoneodiálisis Automatizado / 3060

Ficha especificaciones Técnicas HRA previo a la licitación y compra / Certificado de no objeción del comité de la adquisición/ Acta recepción conforme Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico (identifica equipo y recepción de acuerdo a lo especificado)/ Acta Recepción Conforme Inspector Fiscal (donde nuevamente se identifica que se recibe y si se da cumplimiento a loa especificado previamente)/ Pruebas de aceptación Tipo-Equipo 3720 relacionado al correcto funcionamiento	28-09-2017	Máquina Diálisis / 3720
De los documentos tenidos a la vista para el año "0" de explotación, se constata que en la adquisición se usaron las especificaciones técnicas en las licitaciones, y la aceptación referida da cuenta que el equipo funciona correctamente.		
Ordinario IS Nº 251 / Listado adquisición 1º año de explotación / Ficha especificaciones técnicas tipo-equipo 1010 firmadas por Médico Jefe de Pabellón y por Enfermera Matrona Supervisora de Pabellón	03-08-2018	Acelerador Infusión / 1010
Ordinario IS Nº 251 / Listado adquisición 1º año de explotación / Ficha especificaciones técnicas tipo-equipo 2190 firmadas por Médico Jefe de Pabellón y por Enfermera Matrona Supervisora de Pabellón	03-08-2018	Calentador de Infusión / 2190
Ordinario IS Nº 251 / Listado adquisición 1º año de explotación / Ficha especificaciones técnicas tipo-equipo 2190 firmadas por Médico Jefe de Pabellón y por Enfermera Matrona Supervisora de Pabellón	03-08-2018	Columna Giratoria de Gases y Equipos / 2585
Ordinario IS Nº 251 / Listado adquisición 1º año de explotación / Ficha especificaciones técnicas tipo-equipo 2585 firmadas por Médico Jefe de Pabellón y por Enfermera Matrona Supervisora de Pabellón	03-08-2018	Lámpara Quirúrgica / 2585
Ordinario IS Nº 251 / Listado adquisición 1º año de explotación / Ficha especificaciones técnicas tipo-equipo 3705 firmadas por Jefatura Pabellones Quirúrgicos y Anestesiólogo	03-08-2018	Maquina de Anestesia / 3705
Ordinario IS Nº 251 / Listado adquisición 1º año de explotación / Ficha especificaciones técnicas tipo-equipo 3845 firmadas por Jefe de Pabellón Cardioquirúrgico y Director HRA	03-08-2018	Mesa Quirúrgica / 3845
Ordinario IS Nº 251 / Listado adquisición 1º año de explotación / Ficha especificaciones técnicas tipo-equipo 4060 firmadas por Médico Jefe de Pabellón y por Enfermera Matrona Supervisora de Pabellón	03-08-2018	Monitor de Signos Vitales / 4060
Ordinario IS Nº 251 / Listado adquisición 1º año de explotación / Ficha especificaciones técnicas tipo-equipo 4715 firmadas por Médico Jefe de Pabellón y por Enfermera Matrona Supervisora de Pabellón	03-08-2018	Set de Laringoscopios / 4715
Ordinario IS Nº 251 / Listado adquisición 1º año de explotación / Ficha especificaciones técnicas tipo-equipo 2325 firmadas por Médico Jefe de Pabellón y por Enfermera Matrona Supervisora de Pabellón	03-08-2018	Carro de Anestesia / 2325
Memo Nº 049 – 2018 Materia Gestión Orden de Compra / Cotización del proveedor / Términos de Referencia / Ficha de Especificaciones Técnicas firmada por Tecnólogo Médico Servicio Medicina Nuclear HRA y referentes del Departamento de Equipos Médicos del HRA.	13-08-2018	Dosímetros Digitales de Lectura Directa (5) (adquisición a través de fondo de reserva)
Memo Nº 063 – 2018 Materia Adquisición de Licitación / Acta de Pre-adjudicación Técnica / Cotización / Términos de Referencia / Ficha de Especificaciones Técnicas firmada por referentes del Departamento de Equipos Médicos del HRA.	04-10-2018	Dosímetros electrónicos personales (5)
Para el año "1" de explotación se constata ordinario de solicitud de compra Nº 251 al cual se adjunta el listado de adquisición de equipos vía concesión, y las especificaciones técnicas firmadas por los referentes clínicos del HRA. Con respecto a los dosímetros fueron adquiridos a través de fondo de reserva, están los respaldos ya descritos.		
Ordinario IS Nº 549 / Listado de equipos y mobiliario clínico a adquirir en el segundo año de explotación / Ficha de especificaciones tipo-equipo 1275 técnicas firmada por Subdirección de Enfermería y Director HRA.	03-04-2019	Balanza de Cartabón / 1275
Ordinario IS Nº 549 / Listado de equipos y mobiliario clínico a adquirir en el segundo año de explotación / Ficha de especificaciones tipo-equipo 3040 técnicas firmada por Subdirección de Enfermería y Director HRA.	03-04-2019	Equipo Oxigenoterapia Portátil Completo / 3040
Ordinario IS Nº 549 / Listado de equipos y mobiliario clínico a adquirir en el segundo año de explotación / Ficha de especificaciones tipo-equipo 3705 técnicas firmada por Médico Jefe de Pabellón y por Enfermera Matrona Supervisora de Pabellón.	03-04-2019	Máquina de Anestesia /3705
Ordinario IS Nº 549 / Listado de equipos y mobiliario clínico a adquirir en el segundo año de explotación / Ficha de especificaciones tipo-equipo 4225 técnicas firmada por Subdirección de Enfermería y Director HRA.	03-04-2019	Oto-oftalmoscopio /4225
Ordinario IS Nº 549 / Listado de equipos y mobiliario clínico a adquirir en el segundo año de explotación / Ficha de especificaciones tipo-equipo 4240 técnicas firmada por Subdirección de Enfermería y Director HRA.	03-04-2019	Oxímetro de Pulso / 4240
Ordinario IS Nº 549 / Listado de equipos y mobiliario clínico a adquirir en el segundo año de explotación / Ficha de especificaciones tipo-equipo 4495 técnicas firmada por Subdirección de Enfermería y Director HRA.	03-04-2019	Refrigerador Medicamentos / 4495
Ordinario IS Nº 549 / Listado de equipos y mobiliario clínico a adquirir en el segundo año de explotación / Ficha de especificaciones tipo-equipo 4495 técnicas firmada por Jefatura Pabellones Quirúrgicos y Anestesiólogo.	03-04-2019	Set de Laringoscopio / 4715
Ordinario IS Nº 549 / Listado de equipos y mobiliario clínico a adquirir en el segundo año de explotación / Ficha de especificaciones tipo-equipo 3520 técnicas firmada por Subdirección de Enfermería y Director HRA.	03-04-2019	Lámpara de examen / 3520

Ordinario IS Nº 549 / Listado de equipos y mobiliario clínico a adquirir en el segundo año de explotación / Ficha de especificaciones tipo-equipo 3665 técnicas firmada por Jefe de Servicio de Otorrinolaringología.	03-04-2019	Luz Frontal / 3665
Ordinario IS Nº 549 / Listado de equipos y mobiliario clínico a adquirir en el segundo año de explotación / Ficha de especificaciones tipo-equipo 4155 técnicas firmada por Subdirección de Enfermería y Director HRA.	03-04-2019	Negatoscopio / 4155
Ficha especificaciones técnicas Videoduodenoscopio firmada por Médico Jefe Unidad de Endoscopía, EU Supervisora Unidad de Endoscopía y Jefe Unidad de Equipos Médicos / Cotizaciones.	13-03-2019 y 15-03-2019	Videoduodenoscopio con Insuflador y Videoduodenoscopio tipo-equipo 5255 (Compra Trato Directo)
Para el año "2" de explotación se tienen a la vista los documentos que permiten constatar que en la adquisición se usaron las especificaciones técnicas definidas previamente siendo éstas firmadas por los referentes y usuarios clínicos.		

CARACTERÍSTICA EQ 1.1 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA EQ 1.2 / HALLAZGOS

EQ 1.2 – Primer elemento medible: Existe un documento de carácter institucional donde se describe un sistema de seguimiento de vida útil del equipamiento relevante para la seguridad de los usuarios que incluye al menos:

Dirección o Gerencia							
Nombre del documento: PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO DE VIDA ÚTIL DE EQUIPAMIENTO MÉDICO RELEVANTE							
N° Resolución: Memorándum 000008 08 de enero de 2018		Versión: 02		Fecha: Enero 2018			
Elaborado por: Priscila Hachín D.; Jefe Departamento Equipos Médicos		Aprobado por: Dr. Francisco Buen N.; Director (S) Hospital regional de Antofagasta					
Carácter institucional: SI		Fecha vigencia: 5 años		N° páginas: 11			
El documento describe al menos (SI/NO):							
1. Equipamiento de anestesia	SI	2. Equipos de monitorización hemodinámica	SI	3. Monitores desfibriladores	SI		
4. Ventiladores fijos	SI	5. Ventiladores de transporte	SI	6. Monitores de diálisis	SI	7. Incubadoras	SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En páginas 2 y 3, ítem 2, se define el alcance:

- Todas las unidades clínicas y/o de apoyo asistencial que cuenta con equipamiento médico relevante (equipos de anestesia, equipos de monitorización hemodinámica, monitores desfibriladores, ventiladores mecánicos, monitores de diálisis e incubadoras), sea este propio o en concesión.
- El prestador en su página 3, ha declarado en su documento lo siguiente **"**Se excluye de este procedimiento el equipamiento médico que se disponga en calidad de comodato, arriendo, consignación y/o demostración, ya que las especies que pertenezcan a estas categorías no corresponden a equipamiento médico propio que forme parte del activo fijo del Hospital Regional Antofagasta".

En páginas 3 y 4, ítem 3, se describen las responsabilidades:

- Jefatura Departamento de Equipos Médicos, responsable institucional de la aplicación del presente procedimiento desarrollando as siguientes actividades:
  - Coordinar actividades necesarias para efectuar el seguimiento de vida útil para los equipos médicos relevantes.
  - Elaborar informa anual de las necesidades de reposición de equipamiento médico relevante propio del HRA.
  - Consolidar, en caso que sea requerido, las necesidades de reposición de equipamiento médico relevante en modalidad de concesión.
- Encargado Servicio Administración y Mantenimiento Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico – Servicio Adquisición y Reposición de Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico: responsable, por parte de la Sociedad Concesionaria, del registro de la información necesaria para efectuar el seguimiento de vida útil del equipamiento médico relevante en contrato de concesión y sus necesidades de reposición, desarrollando las siguientes actividades:
  - Coordinar las acciones necesarias para registro de la vida útil del equipamiento médico relevante en contrato de concesión.
  - Informar al Comité Técnico de Adquisición y Reposición (CTAR) las necesidades de reposición del equipamiento médico relevante en contrato de concesión.

En páginas 7 a 9, ítem 7, se realiza la descripción del proceso:

- Seguimiento de vida útil de equipamiento médico relevante, para cumplir este objetivo se debe disponer de la siguiente información:
  - Datos de identificación del equipo: nombre, marca, modelo, número de serie y número de inventario o código SIC (según aplique si se trata de equipo propio o de un equipo en contrato de concesión).
  - Vida útil proyectada del equipo: tiempo definido por los fabricantes o recomendado por estándares, en el cual el quipo opera con todas las funciones para las cuales fue diseñado.
  - Vida útil real en base a la fecha de instalación o puesta en marcha del equipo: data de vida del equipo desde su instalación o puesta en marcha hasta la fecha de medición.
  - Vida útil residual: diferencia entre los valores de vida útil proyectada y vida útil real.

  La información obtenida se debe registrar en la "Planilla de seguimiento de Vida Útil", con los datos de identificación del equipo, año de instalación y las vidas útiles correspondientes.
- Informe de necesidades de reposición: en forma anual se debe emitir un informe de necesidades de reposición del equipamiento médico relevante propio del HRA, que detalle los equipos con baja técnica y con vida útil residual con valor 0 o

negativo (vida útil ya cumplida o excedida respectivamente).
En caso del equipamiento en contrato de concesión, la necesidad de reposición es informada anualmente por la Sociedad Concesionaria y es canalizada a través de la inspección Fiscal al CTAR, para evaluación y aprobación de requerimientos.

Observaciones:

1. El prestador declara **"**Se excluye de este procedimiento el equipamiento médico que se disponga en calidad de comodato, arriendo, consignación y/o demostración, ya que las especies que pertenezcan a estas categorías no corresponden a equipamiento médico propio que forme parte del activo fijo del Hospital Regional Antofagasta". Con la declaración expuesta no queda descrita ni delimitada sobre quien recae la responsabilidad del seguimiento de la vida útil de dichos equipos, ni sobre quien debe dar cuenta del seguimiento de la vida útil del equipamiento aludido. Lo que solicita el elemento medible es un "sistema de seguimiento de vida útil del equipamiento relevante para la seguridad de los usuarios."
2. Se tiene a la vista los siguientes documentos anteriores:

- "Procedimiento de seguimiento de vida útil de equipamiento médico relevante", fecha de aprobación abril de 2017, elaborado por Priscila Hachín D.- Jefe Departamento de Equipos Médicos, aprobado por Dr. Francisco Bueno N.- Director (S) HRA.
- "Procedimiento de seguimiento de vida útil de equipamiento médico crítico", fecha de aprobación marzo de 2012, elaborado por Priscila Hachín D.- Jefa Unidad de Equipos Médicos, aprobado por Dr. Juan Pablo Mattatall Lankin - Director HRA.
  Se cumple con el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Por lo señalado en el punto 1, no se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

EQ 1.2 – Segundo elemento medible: Existe un informe anual de las necesidades de reposición del equipamiento crítico.

Nombre del informe (1): INFORME ANUAL DE NECESIDADES DE REPOSICIÓN DEL EQUIPAMIENTO CRÍTICO	
Responsable del informe: Priscila Hachín D.; Departamento de Equipos Médicos	Informe firmado por: Priscila Hachín D.; Departamento de Equipos Médicos
Periodo evaluado: Año 2018	Fecha de elaboración: Diciembre 2018

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento de 6 páginas que describe:
En página 3, ítem 1, define el ámbito de aplicación que incluye:

- Monitores de signos vitales
- Monitores cardiofetales
- Monitores de diálisis
- Desfibriladores
- Incubadoras
- Máquinas de anestesia
- Ventiladores mecánicos

En página 3, ítem 2, describe causal para dar de baja los equipos y su cantidad:

- Equipos dados de baja: 10 (detallado en planilla de bajas)
- Razones de baja: fabricantes dan continuidad de repuestos solo por 10 años y valores de reparación del equipo igualan o se acercan al valor de adquisición de un equipo nuevo.

En páginas 4 a 6, ítem 3, se detalla el estado de equipos médicos críticos con la vida útil cumplida:

- En planilla que describe nombre de equipo, marca, modelo, Nº de serie, inventario y vida útil residual; se detallan **22 equipos** críticos con vida útil residual negativa.
- Los equipos siguen en funcionamiento gracias a los mantenimientos preventivos y correctivos realizados por la unidad de equipos médicos y las empresas externas; lo que no asegura un tiempo de trabajo sostenido.
- Estos equipos ante cualquier falla que requiera un repuesto de fábrica no se podrán reparar, por lo que se recomienda su pronta renovación, para así contar con equipos que respondan bien ante las prestaciones clínicas y den más seguridad en la atención.
- **Considerando el equipo dado de baja y con vida útil cumplida, se plantea la necesidad de reposición**.

Nombre del informe (2): INFORME ANUAL DE NECESIDADES DE REPOSICIÓN DEL EQUIPAMIENTO CRÍTICO	
Responsable del informe: Priscila Hachín D.; Departamento de Equipos Médicos	Informe firmado por: Priscila Hachín D.; Departamento de Equipos Médicos
Periodo evaluado: Año 2016	Fecha de elaboración: Diciembre 2016

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento de 8 páginas que describe:
En página 3, ítem 1, define el ámbito de aplicación que incluye:

- Monitores de signos vitales
- Monitores cardiofetales
- Monitores de diálisis
- Desfibriladores
- Incubadoras
- Máquinas de anestesia
- Ventiladores mecánicos

En página 3, ítem 2, describe causal de dación de baja de equipos y su cantidad:

- Equipos dados de baja: 145 (detallados en planilla de bajas); de los cuales 3 corresponden a equipos críticos (3 monitores de signos vitales).
- Razones de baja: fabricantes dan continuidad de repuestos solo por 10 años y valores de reparación del equipo igualan o se acercan al valor de adquisición de un equipo nuevo.

En páginas 4 a 6, ítem 3, se detalla el estado de equipos médicos críticos con la vida útil igual o menor a 1:

- Vida útil estándar considerada para los equipos críticos: 8 años, excepto las máquinas de anestesia cuya vida útil es de 9 años.
- En cuadro resumen se detalla la cantidad de equipos que cumplen su vida útil el año 2016 y aquellos que ya la tienen vencida:

- Monitor de signos vitales: 113
- Ventilador Mecánico: 19
- Desfibrilador: 15
- Incubadora: 12
- Monitor cardiofetal: 10
- Máquina de anestesia: 3

En páginas 7 y 8, ítem 4, se consignan recomendaciones para adquisición de equipos médicos críticos:

- Resumen de la inversión necesaria a realizar en equipos:
- Incubadoras: 12 unidades
- Monitor cardiofetal: 10 unidades
- Máquina de anestesia: 3 unidades
- Monitor de signos vitales: 116 unidades
- Monitor desfibrilador 15 unidades
- Ventilador Mecánico: 19 unidades

Observaciones:

1. Para el período 2017 no se realiza informe de necesidades de reposición de equipamiento, dado que es el año determinado para iniciar el cambio de planta física del prestador, y ya fue considerado en las bases de licitación para adquirir equipamiento del año "0" de explotación, ya comentado.

Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA EQ 1.2 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 0	2° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 50%	Puntaje total: 1 / 2	Porcentaje obtenido: 50%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA EQ 2.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

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

Dirección o Gerencia		
Documento que designa nombramiento (1): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 2629	Versión: No consigna	Fecha: 18-02-2019
Elaborado por: No consigna	Aprobado por: Sr. Ricardo Salazar Cabrera, Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: No consigna	N° páginas: 1
Nombre responsable: Priscila Hachín	Cargo: Jefe Departamento de Equipos Médicos	Profesión: Ingeniero Biomédico
Documento que designa nombramiento (2): RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 0689	Versión: No consigna	Fecha: 26-01-2015
Elaborado por: No consigna	Aprobado por: Sr. Marcelo Flores Varas, Director (S) Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: No consigna	N° páginas: 1
Nombre responsable: No consigna	Cargo: Jefe Unidad de Equipos Médicos	Profesión: No consigna

Observaciones:

1. En Resolución Exenta 0689, la designación no hace referencia a un nombre en particular, sino al "cargo" de quien lo ejerza; referente señala que en esa época, la responsabilidad estaba dada hacia el cargo y no la persona por sí misma, situación que cambia en la designación actual.
2. Se tienen a la vista los siguientes documentos elaborados por Jefe de Unidad de Equipos Médicos:

- Procedimiento de seguimiento de vida útil de equipamiento crítico, fechado en marzo de 2012.
- Instructivo perfil técnico o profesional del personal autorizado para operar equipos médico relevantes, fechado en abril de 2016.
- Programa de mantenimientopreventivo de equipos relevantes en las unidades de apoyo, fechado en enero de 2016.

Todos los documentos descritos indican que el Jefe de la Unidad de Equipos Médicos es Priscilla Hachín D., de profesión Ingeniero Biomédico.
Lo descrito da la retrospectividad a la ocupación del cargo por parte de la Srta. Hachín.

Se da por cumplido el elemento medible.

EQ 2.1 – Segundo elemento medible: Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos:

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento: PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS MÉDICOS CRÍTICOS					
N° Resolución: Memo Nº 000037 29 de mayo de 2019	Versión: 04	Fecha: Mayo 2019	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 30	
Elaborado por: Priscila Hachín D., Jefe Departamento de Equipos Médicos		Aprobado por: Ricardo Salazar, Director Hospital Regional de Antofagasta			
El documento incluye al menos los siguientes equipos (SI/NO):					
1. Equipos de monitorización hemodinámica:	SI	2. Monitores desfibriladores:	SI	3. Ventiladores fijos	SI

4. Ventiladores de transporte	SI	5. Máquinas de anestesia	SI	6. Ambulancias de urgencia	NA	7. Incubadoras	SI

El documento considera (SI/NO):

1. Características del mantenimiento	SI	2. Periodicidad	SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En página 3, ítem 2, se define como alcance del programa "todos los equipos médicos definidos como críticos en el HRA", que corresponden a:

- Equipos de monitorización hemodinámica (monitores de signos vitales de medición continua y monitores cardiofetales).
- Desfibriladores.
- Ventiladores mecánicos fijos y de transporte.
- Máquinas de anestesia.
- Incubadoras.

Se **excluyen** del programa las ambulancias de urgencia, por pertenecer al SAMU Regional; el HRA solo posee ambulancias básicas para traslado de pacientes.

En páginas 3 y 4, ítem 3, se describen las responsabilidades:

- Jefe Departamento de Equipos Médicos: responsable institucional de elaborar el programa del mantenimiento preventivo para equipamiento crítico del HRA, programar actividades anuales, coordinar las partes involucradas en el proceso y tomar las medidas necesarias para su desarrollo.
- Encargado Servicio Administración y Mantenimiento Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico: por parte de la Sociedad Concesionaria es responsable de elaborar y monitorear el cumplimiento del programa anual de actividades de mantenimiento preventivo del equipamiento crítico que se encuentra en contrato de concesión.
- Técnico Departamento de Equipos Médicos, Técnicos Sociedad Concesionaria, Técnicos Empresas Externas: efectuar las actividades técnicas de mantenimiento preventivo del equipamiento crítico disponible en el HRA.

En páginas 10 a 17, ítem 7, se consigna la descripción del proceso:

- Planificación del Mantenimiento Preventivo de Equipos Médicos Críticos: la periodicidad del mantenimiento preventivo del equipamiento crítico está determinada por la aplicación de la metodología del factor de riesgo; las actividades se programarán de manera mensual, sin una fecha fija de ejecución, pero debiendo efectuarse dentro del período señalado en la programación.
- Actividades de mantenimiento preventivo de equipos médicos críticos: se dispone de una pauta interna de mantenimiento preventivo estándar y referencial para cada tipo de equipo, la cual puede ser usada junto al protocolo del fabricante o protocolo de la empresa que efectúa los mantenimientos, debiendo incluir algunas de las siguientes según corresponda:

- **Calibración:** acciones de corrección de medidas entregadas por el equipo.
- **Verificación o inspección:** examen visual minucioso de cada una de las partes y componentes del equipo.
- **Pruebas de operatividad:** inspecciones visuales y de funcionamiento con el fin de verificar la eficiencia y seguridad de los equipos. Los estándares son dados por los mismos fabricantes.
- **Limpieza:** remoción de elementos extraños nocivos en la estructura externa o componentes del equipo; incluye limpieza interna si es factible abrir el equipo.
- **Lubricación:** aplicación de elemento viscoso entre cuerpos rígidos y móviles con el fin de reducir la fricción y el desgaste de las partes.
- **Pruebas de funcionamiento:** pruebas destinadas a determinar si el funcionamiento de los equipos está de acuerdo a las características de desempeño, rendimiento y seguridad establecidas en el diseño. Los equipos que no aprueben se considerarán "inoperativos", debiendo dejarse fuera de servicio.

- Periodicidad de las mantenciones preventivas por tipo de equipo médicos:

Equipo	Frecuencia Equipo Propio HRA	Frecuencia Equipo en Contrato de Concesión
Equipos de monitorización hemodinámica (se incluyen monitores de signos vitales de medición continua y monitores cardiofetales)	Cuatrimestral	Semestral
Desfibriladores	Cuatrimestral	Semestral
Incubadoras	Cuatrimestral	Semestral
Máquinas de anestesia (se incluyen las máquinas de anestesia y los monitores de anestesia)	Semestral	Semestral
Ventiladores mecánicos fijos y de transporte	Semestral	Semestral

Excepciones: se excluyen los equipos nuevos que se encuentren en período de garantía y contemplen mantenciones preventivas incluidas en la venta del equipo. En este caso la frecuencia de las mantenciones se determinará en cada caso particular.
Los equipos nuevos se incorporarán al programa de mantenimiento preventivo transcurrido un plazo de seis meses desde su puesta en marcha en el HRA.

Reprogramación: se realizará **dentro de los tres meses siguientes** a la fecha en que estaba programada inicialmente y aplicará en los siguientes casos de justificación de no disponibilidad del equipo:

- Equipo conectado a paciente sin opción de equipo de respaldo.
- Alta demanda de en su utilización.
- Equipo contaminado por lo que el usuario no entrega el equipo.
- Equipo inoperativo.
- Equipo en préstamo en otra institución de salud.
- No disposición de horas hombre en el período indicado.
- Catástrofes o fuerza mayor por situaciones de emergencia que indique la Dirección del Hospital.

- Constatación y evaluación del Programa de Mantenimiento Preventivo de Equipos Médicos Críticos: se realizará a través de las órdenes de trabajo, órdenes de servicio, informe técnico o pauta de mantención, según sea el sistema de registro que aplique el responsable de realizar el mantenimiento preventivo (empresa externa, sociedad concesionaria o personal propio del departamento de equipos médicos).
  Adicionalmente se utilizará una planilla electrónica de la ejecución del programa, en ella se individualizarán los siguientes datos: servicio clínico al cual pertenece el equipo, nombre del equipo, marca, modelo, Nº de serie, Nº de inventario o código SIC y frecuencia de mantenimiento. Cuando la **mantención haya sido realizada** se indicará fecha de ejecución y el número del registro físico de la constancia del mantenimiento. Cuando la **mantención no se haya realizado**, se indicará en la misma planilla la razón del incumplimiento y se reprogramará la mantención dentro de los tres meses siguientes.
  En caso de **incumplimiento de las mantenciones preventivas de los equipos afectos a concesión**, el responsable de equipos médicos de la institución informará del incumplimiento al Jefe de la Unidad de Calidad, quien a su vez reporta el incumplimiento a Inspectora Sanitaria, quien solicitará a la Inspección Fiscal, mediante ordinario, realizar las gestiones necesarias con la empresa concesionaria para el cumplimiento de las mantenciones.
  En páginas 22 a 30, se encuentran las pautas referenciales de mantenimiento preventivo por tipo de equipo crítico para los siguientes equipos:
- Desfibrilador: incluye 9 puntos más el rubro repuestos, observaciones, estado final (operativo -inoperativo), nombre y firma técnico responsable y de Jefe de Equipos Médicos.
- Máquina de Anestesia: incluye 27 puntos más el rubro repuestos, observaciones, estado final (operativo -inoperativo), nombre y firma técnico responsable y de Jefe de Equipos Médicos.
- Incubadora: incluye 9 puntos más el rubro repuestos, observaciones, estado final (operativo -inoperativo), nombre y firma técnico responsable y de Jefe de Equipos Médicos.
- Monitor de anestesia: incluye 12 puntos más el rubro repuestos, observaciones, estado final (operativo -inoperativo), nombre y firma técnico responsable y de Jefe de Equipos Médicos.
- Monitor de Signos vitales: incluye 8 puntos más el rubro repuestos, observaciones, estado final (operativo -inoperativo), nombre y firma técnico responsable y de Jefe de Equipos Médicos.
- Ventilador mecánico: incluye 27 puntos más el rubro repuestos, observaciones, estado final (operativo -inoperativo), nombre y firma técnico responsable y de Jefe de Equipos Médicos.
- Monitor cardiofetal: incluye 8 puntos más el rubro repuestos, observaciones, estado final (operativo -inoperativo), nombre y firma técnico responsable y de Jefe de Equipos Médicos.

Observaciones:

1. Se tienen a la vístalos siguientes documentos anteriores:

- "Programa de Mantenimiento Preventivo de Equipos Médicos Críticos", versión 03, fecha de aprobación Enero de 2018, elaborado por Priscila Hachín D. – Jefe Departamento de Equipos Médicos, Dr. Francisco Bueno Natush – Director (S) HRA.
- "Programa de Mantenimiento Preventivo de Equipos Médicos Críticos", versión 02, fecha de aprobación Abril de 2015, elaborado por Priscila Hachín D. y Mauricio Sierra F.– Ingenieros Biomédicos, Dr. Francisco Bueno Natush – Director (S) HRA.
  Cumpliendo con el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

EQ 2.1 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa, en los equipos mencionados.

Dirección o Gerencia del Prestador
Mantenimiento preventivo de equipos de monitorización hemodinámica

Describe verificación del EM:

- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período de retrospectividad es de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** se cuenta con bases de datos que incluye 556 monitores de signos vitales; se randomizan 5 equipos a ser constatados utilizando la nota técnica en Excel.

La base de datos incluye dos categorías de equipamiento, uno bajo la administración por parte de HRA, que de ahora en adelante para efectos de informe serán referidos como propios de HRA, y la segunda categoría tendrá relación a los equipos en calidad de concesionados, para efectos de este informe son los equipos cuyas mantenciones preventivas están a cargo de la Sociedad Concesionaria Salud Siglo XXI S.A, contrato de concesión autorizado por la Resolución DGOP exenta Nº4006, del 16 octubre 2017.

- **Registros revisados:**

- Plataforma SIC para de equipos médicos: sistema informático de comunicación, donde se contiene información de mantenciones realizadas a los equipos.
- Formularios de mantenimiento preventivo.
- Órdenes de trabajo.
- Protocolo de mantención preventiva Equidnorte.
- Formularios de asistencia técnica.
- Pauta de mantención preventiva.
- Orden de compra equipo serie 4758.
- Actas reuniones Unidad de Calidad, Jefatura Equipos Médicos y Empresa Concesionada.
- Ordinario IS/Nº 439.
- Contrato Concesionaria.

Formato tipo bases de Licitación para "Concesiones de Establecimientos de Salud" a ejecutar a través del sistema de concesiones de Obras Públicas. En la página 65 describe "El inspector fiscal dentro de un plazo máximo de 5 días, contados desde el término del periodo de Marcha Blanca, incluida sus eventuales extensiones, certificará dicho término, y con el mérito de esta certificación nace la obligación para la Sociedad Concesionaria de prestar en forma permanente todos los servicios exigidos en las Bases de Licitación y el derecho a percibir los pagos establecidos en el artículo 1.12.2 de las Bases de Licitación, autorización que se otorgará a través de la resolución del Director General de Obras Públicas. Este hito se denominará Autorización de Pagos de

Subsidios (APS).

- **De la constatación:**
- Se constata MP de 5 equipos randomizados con nota técnica Excel.
- Frecuencia de mantenimiento esperada "cuatrimestral" excepto cuando el equipo se encuentre en período de garantía, según lo establece el protocolo local.
- Reprogramación de MP: dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de programación inicial.
- Criterios de cumplimiento: poseer al menos una de las siguientes actividades realizadas (de acuerdo a lo referido por el referente del prestador - Jefe del Departamento de Equipos Médicos):

1. Calibración.
2. Verificación o inspección.
3. Pruebas de operatividad.
4. Limpieza.
5. Lubricación.
6. Pruebas de funcionamiento.

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documentos revisados	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
1. Monitor Signos Vitales / SNE17200183HA / E4055037 Concesionado	Anual	Anual	15-11-2018	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Formulario Mantenimiento Preventivo Carescape B450	SI	SI
2. Monitor Signos Vitales / SH617330093SA / E4025088 Concesionado	Anual	Anual	03-09-2018	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Formulario mantenimiento preventivo Dinamap V100	SI	SI
3. Monitor Signos Vitales / SK417331021HA / E44060A24 Concesionado	Anual	Anual	26-10-2018	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Formulario Mantenimiento Preventivo Carescape B650	SI	SI
4. Monitor Signos Vitales / 4758 / 0-68534-20 Equipo propio HRA	Anual por garantía luego cuatrimestral	Anual por garantía (ene 2015 a feb 2017) Cuatrimestral (desde mar 2017)	29-09-2016 02-08-2017 21-09-2017 08-02-2018 29-06-2018 24-10-2018 06-02-2019	Ordenes de trabajo 13922 - 14538 - 14846 - 15089 / Protocolo de mantención preventiva Equidnorte / Formularios de Asistencia Técnica 100998 – 0112657 / Pauta de Mantención Preventiva / Orden de Compra	SI	SI
5. Monitor Signos Vitales / SH617320226SA/ E4025040 Concesionado	Anual	Anual	07-03-2019	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Formulario mantenimiento preventivo Dinamap V100	NO	SI

Descripción de los hallazgos:

1. De los 5 equipos seleccionados por aleatorización uno corresponde a propiedad de HRA y los otros cuatro son concesionados, los cuales fueron adquiridos durante el año 2017 por la Sociedad concesionaria Salud Siglo XXI S.A
2. Para los equipos concesionados se constata que la frecuencia programada de mantención preventiva en la plataforma SIC es anual.
3. El prestador en su documento local ha definido que los equipos que se encuentran en el período de garantía, la frecuencia será determinada por el proveedor según lo recomendado por el fabricante.
4. Equipo aleatorizado en la posición 4 de la tabla de constatación, serie 4758 bajo la administración del mantenimiento preventivo por parte de HRA, tuvo una frecuencia de mantención anual hasta febrero de 2017 mientras se encontraba en

garantía, luego el prestador definió una frecuencia de mantención cuatrimestral, constatándose que se cumple de acuerdo a lo establecido.

5. Con respecto al equipo aleatorizado en la posición 5, serie SH617320226 en calidad de concesionado, el cual fue adquirido en octubre del 2017, se ha definido una frecuencia de mantención anual (base de datos sistema informático SIC); se constata que para el año 2018 no hay constancia ni registro de la mantención del equipo, referente señala que es responsabilidad de la concesionaria ejecutarla, lo que ha sido informado a la autoridad pertinente, inspectora sanitaria. Para el año 2019 se constata una mantención preventiva realizada en el mes de marzo.
6. Respecto a los equipos concesionados, se tienen a la vista los siguientes documentos que respaldan las acciones realizadas por el prestador para obtener información sobre el cumplimiento del mantenimiento preventivo:

- Acta reunión "Responsabilidad de la concesionaria en la acreditación", fechada el 06-02-2018, asistentes representantes de empresa concesionaria, representantes de la unidad de calidad y de la unidad de equipos médicos del prestador y la Inspectora Sanitaria.
- Acta reunión "Equipamiento - instalaciones", fechada el 12-02-2018, asistentes representantes de empresa concesionaria y de la unidad de calidad del prestador, en esta reunión se solicita a concesionaria carta Gantt o cronograma para dar cumplimiento al programa y se le indica que enviarán formatos de documentos.
- Acta reunión "Acreditación HRA Equipos Médicos", fechada el 28-02-2018, asistentes representantes de la empresa concesionaria, representantes de la unidad de calidad del HRA; este documento consigna que la concesionaria debe coordinar actividades con la encargada de equipos médicos para unificar criterios, se le indica a la concesionaria que los protocolos deben ser similares a los trabajados en el hospital. Se informa que los protocolos de mantención ya se encuentran cargados en plataforma SIC.
- Acta reunión "Mantenciones preventivas de equipos EQ 2.1", fechada el 13-03-2018, asistentes representantes de la concesionaria, representantes de unidad de calidad y de equipos médicos del HRA; este documento consigna que la concesionaria debe enviar información los días 10 para poder filtrarla y subirla a SISQ, se refuerza que la concesionaria debe tener definido el tiempo de reprogramación así como estipular claramente lo que se revisará en cada mantención preventiva. La concesionaria debe entregar lo ejecutado durante el primer trimestre y luego entregar lo ejecutado mes a mes.
- Contrato concesionario: estipula en su página 65 la obligación de la Sociedad Concesionaria de prestar todos los servicios exigidos en las bases de licitación desde que el inspector fiscal certifica el término del período de marcha blanca.
- Ordinario Nº03554 que incluye Resolución DGOP Nº5065 del 22-12-2017, que establece en su punto 3 "La obligación de la Sociedad Concesionaria Salud Siglo XXI, de prestar todos los servicios exigidos en las bases de licitación de la obra pública fiscal denominada Hospital de Antofagasta.
- Ordinario IS/Nº 439 fechado 02 de enero 2019, en donde la inspectora sanitaria, (en base a la información enviada por encargada de equipos médicos de no contar con respaldo de mantenciones realizadas), solicita al inspector fiscal que entregue la información sobre el estado y registros que den cuenta de las mantenciones preventivas del equipamiento crítico, usando los formularios y plataforma SIC, y de haber reprogramaciones informar.

7. Respecto los equipos propios del HRA, el prestador ha cumplido su programación de mantenimiento preventivo.
8. En relación a los equipos concesionados el cumplimiento de la mantención como ha sido descrito previamente, está a cargo por contrato, de la Sociedad concesionaria Salud Siglo XXI S.A. Frente a los incumplimientos de dicho mantenimiento, el prestador HRA ha ejecutado todas las acciones que están en sus competencias para que le sea entregada la información sobre el estado de las mantenciones según lo programado, lo que en los hechos no se logró durante el año 2018 y fue constatado por la entidad, la evidencia da cuenta que la concesionaria no responde como se le es requerida y está definida por contrato.
9. Lo que está definido en la pauta de cotejo del estándar de atención cerrada con respecto al componente EQ 2.1 "Los equipos relevantes para la seguridad del paciente se encuentran sometidos a un programa de mantenimiento preventivo" y con respecto a lo que lo que solicita el elemento medible "existe constancia de que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa, en los equipos mencionados" Con respecto a los equipos de HRA se cumple, sin embargo en cuanto a los concesionados el prestador HRA ha ejecutado las acciones que le competen para lograr la información sobre la ejecución de dicho mantenimiento preventivo, no es su elección que el equipamiento sea concesionado, y no tiene injerencia alguna de lograr que se cumpla, por lo que, para esta entidad, el prestador ha ejecutado las actividades que de él dependen, y se genera la convicción que ha denunciado el problema a las autoridades pertinentes, la seguridad de los pacientes está en manos de un tercero, que no es sujeto de evaluación de este proceso, en el Decreto Supremo Nº15 que tiene que ver con el Reglamento de Acreditación para los prestadores Institucionales de Salud no contempla esta figura.

Mantenimiento preventivo de monitores desfibriladores

Describe verificación del EM:

- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período de retrospectividad es de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** se cuenta con bases de datos que incluye 65 desfibriladores; se randomizan 5 equipos a ser constatados utilizando el research randomizer.

La base de datos incluye dos categorías de equipamiento, uno bajo la administración por parte de HRA, que de ahora en adelante para efectos de informe serán referidos como propios de HRA, y la segunda los equipamientos en calidad de concesionados, para efectos de este informe son los equipos cuyas mantenciones preventivas están a cargo de la Sociedad Concesionaria Salud Siglo XXI S.A, contrato de concesión autorizado por la Resolución DGOP exenta Nº4006, del 16 octubre 2017

- **Registros revisados:**

- Plataforma SIC para de equipos médicos: sistema informático de comunicación, donde se contiene información de mantenciones realizadas a los equipos.
- Protocolo de inspección y mantenimiento preventivo
- Registro de test
- Pauta de mantención preventiva
- Ordenes de trabajo
- Protocolo de mantención preventiva
- Formulario de asistencia técnica
- Contrato Concesionaria
- Formato tipo bases de Licitación para "Concesiones de Establecimientos de Salud" a ejecutar a través del sistema de

concesiones de Obras Públicas.

De la constatación:

- Se constata MP de los 5 equipos seleccionados.
- Frecuencia de mantenimiento esperada "cuatrimestral" excepto cuando el equipo se encuentre en período de garantía, según lo establece el protocolo local.
- Reprogramación de MP: dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de programación inicial.
- Criterios de cumplimiento: poseer al menos una de las siguientes actividades realizadas (de acuerdo a lo referido por el referente del prestador - Jefe del Departamento de Equipos Médicos):

1. Calibración
2. Verificación o inspección
3. Pruebas de operatividad
4. Limpieza
5. Lubricación
6. Pruebas de funcionamiento

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documentos revisados	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
1. Desfibrilador / 45008102 / E2335A04-1 Concesionado	Anual	Anual	30-08-2018	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Protocolo de inspección y mantenimiento preventivo / Registro de test	SI	SI
2. Desfibrilador / 45007533 / E2335B01-1 Concesionado	Anual	Anual	29-08-2018	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Protocolo de inspección y mantenimiento preventivo / Registro de test	SI	SI
3. Desfibrilador / 45006969 / E2335C03-1 Concesionado	Anual	Anual	29-08-2018	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Protocolo de inspección y mantenimiento preventivo / Registro de test	SI	SI
4. Desfibrilador / 1149 / 0-55548-102 / Equipo propio HRA	Cuatrimestral	Cuatrimestral	13-07-2016 23-11-2016 14-03-2017 11-07-2017 08-11-2017 16-02-2018	Pauta Mantención Preventiva / Ordenes de trabajo 12650 - 13008 -13351 – 13716 – 14038 – 14332 - / Protocolo de mantención preventiva Equidnorte / Orden de trabajo 14654 describe "equipo no encontrado" / Orden de trabajo 14731 describe "equipo no trasladado desde hospital antiguo"	SI	SI
5. Desfibrilador / 03355 / 0-67661-24 / Equipo propio HRA	Cuatrimestral	Cuatrimestral	03-11-2016 06-04-2017 12-10-2017 21-02-2018 31-07-2018 23-11-2018 23-03-2019	Formularios de asistencia técnica Nº 088956 – 110585 - 0126038 / Pauta de mantención preventiva / Orden de trabajo Nº 14352 - 14600 – 14933 - 15217	SI	SI

Descripción de los hallazgos:

1. De los equipos constatados, tres fueron adquiridos durante el año 2017 con proveedor concesionado y dos son propios del HRA.
2. Para equipos concesionados la frecuencia de mantención es anual por encontrarse en período de garantía.
3. Los equipos propios del HRA registran MP con frecuencia cuatrimestral, salvo equipo serie 03355 que sufre reprogramaciones de 1 y 2 meses, lo que está acorde a lo descrito en el protocolo local.

Lo constatado cumple lo solicitado en el elemento medible.

Mantenimiento preventivo de ventiladores fijos

Describe verificación del EM:

- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período de retrospectividad es de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** se cuenta con bases de datos que incluye 103 ventiladores fijos; se randomizan 5 equipos a ser constatados utilizando el research randomizer.

La base de datos incluye dos categorías de equipamiento, uno bajo la administración por parte de HRA, que de ahora en adelante para efectos de informe serán referidos como propios de HRA, y la segunda los equipamientos en calidad de concesionados, para efectos de este informe son los equipos cuyas mantenciones preventivas están a cargo de la Sociedad Concesionaria Salud Siglo XXI S.A, contrato de concesión autorizado por la Resolución DGOP exenta Nº4006, del 16 octubre 2017.

- **Registros revisados:**

- Plataforma SIC para de equipos médicos: sistema informático de comunicación, donde se contiene información de mantenciones realizadas a los equipos.
- Protocolo de mantenimiento preventivo
- Reporte servicio técnico

- Certificado de garantía
- Formulario verificación de funcionamiento
- Orden de servicio
- Orden de trabajo
- Actas reuniones Unidad de Calidad, Jefatura Equipos Médicos y Empresa Concesionada
- Ordinario IS Nº 439
- Contrato Concesionaria
- Contrato Concesionaria
- Formato tipo bases de Licitación para "Concesiones de Establecimientos de Salud" a ejecutar a través del sistema de concesiones de Obras Públicas.

• **De la constatación:**

- Se constata MP de los 5 equipos seleccionados.
- Frecuencia de mantenimiento esperada "semestral" excepto cuando el equipo se encuentre en período de garantía, según lo establece el protocolo local.
- Reprogramación de MP: dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de programación inicial.
- Criterios de cumplimiento: poseer al menos una de las siguientes actividades realizadas (de acuerdo a lo referido por el referente del prestador - Jefe del Departamento de Equipos Médicos):

1. Calibración
2. Verificación o inspección
3. Pruebas de operatividad
4. Limpieza
5. Lubricación
6. Pruebas de funcionamiento

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documentos revisados	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
1. Carefusión Avea / BGV01640 / E5200B03 Concesionado	Anual	Anual	05-03-2019	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Protocolo de mantenimiento preventivo	NO	SI
2. SLE Limited SLE 5000 / 57323-M1_HE / E5205003 Concesionado	Anual	Anual	11-07-2018 31-01-2019	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Reporte Servicio Técnico	SI	SI
3. Philips Respironics Trilogy 202 / TV016062404 / E5215008 Concesionado	Semestral	Semestral	29-06-2018 19-12-2018	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Protocolo de mantención preventiva	SI	SI
4. Philips Respironics Trilogy 202 /TV01607110B / E5220003 Concesionado	Semestral	Semestral	29-06-2018 19-12-2018	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Protocolo de mantención preventiva	SI	SI
5. Putitan Bennett 840 / 3512153652 / 0-70476-28 Equipo propio HRA	Semestral	Semestral	24-09-2016 22-03-2017 06-10-2017 01-03-2018 14-09-2018	Certificado de garantía desde diciembre 2015 por 36 meses desde su recepción con mantenciones semestrales / Acta de entrega Nº 083-2016 / Formulario verificación de funcionamiento / Orden de servicio 201603794 - 201703658 - 201703680/ Pauta de mantención preventiva / Orden de trabajo 40-2018 / Orden de trabajo 270-2018 que describe al equipo como "inoperativo" con indicación de envío de equipo a representante	SI	SI

Descripción de los hallazgos:

1. De los 5 equipos seleccionados por aleatorización uno corresponde a propiedad de HRA y los otros cuatro son concesionados, los cuales fueron adquiridos durante el año 2017 por la Sociedad concesionaria Salud Siglo XXI S.A.
2. Para equipos tanto concesionados como los propios la frecuencia de mantención es semestral.
3. Con respecto al equipo aleatorizado en posición 1 de la tabla, serie BGV01640 en calidad de concesionado, adquirido en

octubre del 2017, se constata que para el año 2018 no hay constancia ni registros de las 2 mantenciones que debiesen haberse ejecutado, referente señala que es responsabilidad de la concesionaria ejecutarla, lo que ha sido informado a la autoridad pertinente, inspectora sanitaria. Para el año 2019 se constata una mantención preventiva realizada en el mes de marzo.

4. Respecto los equipos concesionados, se tienen a la vista los siguientes documentos que respaldan las acciones realizadas por el prestador para obtener información sobre el cumplimiento del mantenimiento preventivo.
5. Acta reunión "Responsabilidad de la concesionaria en la acreditación", fechada el 06-02-2018, asistentes representantes de empresa concesionaria, representantes de la unidad de calidad y de la unidad de equipos médicos del prestador y la Inspectora Sanitaria.
6. Acta reunión "Equipamiento - instalaciones", fechada el 12-02-2018, asistentes representantes de empresa concesionaria y de la unidad de calidad del prestador, en esta reunión se solicita a concesionaria carta Gantt o cronograma para dar cumplimiento al programa y se le indica que enviarán formatos de documentos.
7. Acta reunión "Acreditación HRA Equipos Médicos", fechada el 28-02-2018, asistentes representantes de la empresa concesionaria, representantes de la unidad de calidad del HRA; este documento consigna que la concesionaria debe coordinar actividades con la encargada de equipos médicos para unificar criterios, se le indica a la concesionaria que los protocolos deben ser similares a los trabajados en el hospital. Se informa que los protocolos de mantención ya se encuentran cargados en plataforma SIC.
8. Acta reunión "Mantenciones preventivas de equipos EQ2.1", fechada el 13-03-2018, asistentes representantes de la concesionaria, representantes de unidad de calidad y de equipos médicos del HRA; este documento consigna que la concesionaria debe enviar información los días 10 para poder filtrarla y subirla a SISQ, se refuerza que la concesionaria debe tener definido el tiempo de reprogramación así como estipular claramente lo que se revisará encada mantención preventiva. La concesionaria debe entregar lo ejecutado durante el primer trimestre y luego entregar lo ejecutado mes a mes.
9. Contrato concesionario: estipula en su página 65 la obligación de la Sociedad Concesionaria de prestar todos los servicios exigidos en las bases de licitación desde que el inspector fiscal certifica el término del período de marcha blanca.
10. Ordinario Nº03554 que incluye Resolución DGOP Nº 5065 del 22-12-2017, que establece en su punto 3 "La obligación de la Sociedad Concesionaria Salud Siglo XXI, de prestar todos los servicios exigidos en las bases de licitación de la obra pública fiscal denominada Hospital de Antofagasta.
11. Ordinario IS/Nº439 fechado 02 de enero 2019, en donde la inspectora sanitaria, (en base a la información enviada por encargada de equipos médicos de no contar con respaldo de mantenciones realizadas), solicita al inspector fiscal que entregue la información sobre el estado y registros que den cuenta de las mantenciones preventivas del equipamiento crítico, usando los formularios y plataforma SIC, y de haber reprogramaciones informar.
12. Respecto los equipos propios del HRA, el prestador ha cumplido su programación de mantenimiento preventivo.
13. En relación a los equipos concesionados el cumplimiento de la mantención como ha sido descrito previamente, está a cargo por contrato, de la Sociedad concesionaria Salud Siglo XXI S.A. Frente a los incumplimientos de dicho mantenimiento, el prestador HRA ha ejecutado todas las acciones que están en sus competencias para que le sea entregada la información sobre el estado de las mantenciones según lo programado, lo que en los hechos no se logró durante el año 2018 y fue constatado por la entidad, la evidencia da cuenta que la concesionaria no responde como se le es requerida y está definida por contrato.
14. Lo que está definido en la pauta de cotejo del estándar de atención cerrada con respecto al componente EQ 2.1 "Los equipos relevantes para la seguridad del paciente se encuentran sometidos a un programa de mantenimiento preventivo" y con respecto a lo que lo que solicita el elemento medible "existe constancia de que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa, en los equipos mencionados" Con respecto a los equipos de HRA se cumple, sin embargo en cuanto a los concesionados el prestador HRA ha ejecutado las acciones que le competen para lograr la información sobre la ejecución de dicho mantenimiento preventivo, no es su elección que el equipamiento sea concesionado, y no tiene injerencia alguna de lograr que se cumpla, por lo que, para esta entidad, el prestador ha ejecutado las actividades que de él dependen, y se genera la convicción que ha denunciado el problema a las autoridades pertinentes, la seguridad de los pacientes está en manos de un tercero, que no es sujeto de evaluación de este proceso, en el Decreto Supremo Nº15 que tiene que ver con el Reglamento de Acreditación para los prestadores Institucionales de Salud no contempla esta figura.

Mantenimiento preventivo de ventiladores de transporte

Describe verificación del EM:

- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período de retrospectividad es de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** se cuenta con bases de datos que incluye 12 ventiladores de transporte; se randomizan 5 equipos a ser constatados utilizando el research randomizer.

La base de datos incluye dos categorías de equipamiento, uno bajo la administración por parte de HRA, que de ahora en adelante para efectos de informe serán referidos como propios de HRA, y la segunda los equipamientos en calidad de concesionados, para efectos de este informe son los equipos cuyas mantenciones preventivas están a cargo de la Sociedad Concesionaria Salud Siglo XXI S.A, contrato de concesión autorizado por la Resolución DGOP exenta Nº4006, del 16 octubre 2017.

- **Registros revisados:**

- Plataforma de equipos médicos
- Carta de reprogramación de MP
- Informe sobre MP equipo serie 3100 A
- Formulario de verificación operacional F-60
- Nota de atención en terreno
- Informe servicio técnico
- Hoja de servicio
- Actas reuniones Unidad de Calidad, Jefatura Equipos Médicos y Empresa Concesionada
- Ordinario IS/Nº 439
- Contrato Concesionaria
- Formato tipo bases de Licitación para "Concesiones de Establecimientos de Salud" a ejecutar a través del sistema de concesiones de Obras Públicas. En la página 65 describe "El inspector fiscal dentro de un plazo máximo de 5 días, contados desde el término del periodo de Marcha Blanca, incluida sus eventuales extensiones, certificará dicho término, y con el mérito

de esta certificación nace la obligación para la Sociedad Concesionaria de prestar en forma permanente todos los servicios exigidos en las Bases de Licitación y el derecho a percibir los pagos establecidos en el artículo 1.12.2 de las Bases de Licitación, autorización que se otorgará a través de la resolución del Director General de Obras Públicas. Este hito se denominará Autorización de Pagos de Subsidios (APS).

- **De la constatación:**

- Se constata MP de los 5 equipos seleccionados.
- Frecuencia de mantenimiento esperada "semestral" excepto cuando el equipo se encuentre en período de garantía, según lo establece el protocolo local.
- Reprogramación de MP: dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de programación inicial.
- Criterios de cumplimiento: poseer al menos una de las siguientes actividades realizadas (de acuerdo a lo referido por el referente del prestador - Jefe del Departamento de Equipos Médicos):

1. Calibración
2. Verificación o inspección
3. Pruebas de operatividad
4. Limpieza
5. Lubricación
6. Pruebas de funcionamiento

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documentos revisados	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
1. Carefusion Sensormedics 3100 A / BGW01513 / E5175001 Concesionado	2000 horas de uso (referido por el fabricante)	NA	NA	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Carta re-programación que consigna "reprogramar mantención preventiva correspondiente a noviembre 2018 al último semestre de 2019, específicamente diciembre 2019" / Informe sobre mantenimiento preventivo que especifica Nº total horas uso 83,4; equipo requiere MP a las 2000 horas por lo que se reprograma para diciembre 2019	SI	NA
2. Flight Medical Flight 60 / 16093935 / E5185001 Concesionado	Anual	Anual	27-02-2019	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Carta re-programación que consigna "reprogramar mantención preventiva correspondiente a noviembre 2018 al primer semestre de 2019, específicamente febrero 2019" / Formulario verificación operacional F-60 / Nota de atención en terreno Servicio postventa / Informe Servicio Técnico de reparación dejando equipo operativo 24-07-2018	NO	SI
3. Flight Medical Flight 60 / 16093967 / E5185003 Concesionado	Anual	Anual	28-02-2019	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Carta re-programación que consigna "reprogramar mantención preventiva correspondiente a noviembre 2018 al primer semestre de 2019, específicamente febrero 2019" / Verificación Operacional F-60 refiere "equipo no operativo que debe ser enviado a servicio técnico" /Aviso de avería fechada 05-07-2018 / Informe Servicio Técnico dejando equipo operativo 27-07-2018	NO	SI
4. Flight Medical Flight 60 / 16093963 / E5185005 Concesionado	Anual	Anual	27-02-2019	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Carta re-programación que consigna "reprogramar mantención preventiva correspondiente a noviembre 2018 al primer semestre de 2019, específicamente febrero 2019" / Verificación Operacional F-60	NO	SI
5. Drager	Anual	Anual	16-10-2018	Plataforma Equipos Médicos –	SI	SI

Oxylog 3000 Plus / ASKJ-0038 / E5195001 Concesionado				ingreso equipo oct 2017 / Hoja de servicio		

Descripción de los hallazgos:

1. De los 5 equipos seleccionados por aleatorización se constatan que fueron adquiridos durante el año 2017 con proveedor concesionado.
2. Para los equipos concesionados la frecuencia de mantención es anual, el prestador en su documento local ha definido que los equipos que se encuentran en el período de garantía, la frecuencia será determinada por el proveedor según lo recomendado por el fabricante.
3. El equipo aleatorizado en la posición 1 de la tabla, serie 3100 A no tiene efectuado el MP dado que posee 83,4 horas de funcionamiento, y el MP de acuerdo al fabricante debe ser realizado a las 2000 horas de uso.
4. Con respecto a los equipos aleatorizados en las posiciones 2, 3 y 4 de la tabla, los cuales adquiridos en calidad de concesionados en octubre de 2017, se ha definido una frecuencia de mantención anual (base de datos sistema informático SIC); se constata que para el año 2018 no hay constancia ni registros de la mantenciones de los equipos, referente señala que es responsabilidad de la concesionaria ejecutarla, lo que ha sido informado a la autoridad pertinente, inspectora sanitaria. Para el año 2019 se constata una mantención preventiva realizada en el mes de marzo.
5. Respecto a los equipos concesionados, se tienen a la vista los siguientes documentos que respaldan las acciones realizadas por el prestador para obtener información sobre el cumplimiento del mantenimiento preventivo:
6. Respecto a los equipos concesionados, se tienen a la vista los siguientes documentos que respaldan las acciones realizadas por el prestador para obtener información sobre el cumplimiento del mantenimiento preventivo:

- Acta reunión "Responsabilidad de la concesionaria en la acreditación", fechada el 06-02-2018, asistentes representantes de empresa concesionaria, representantes de la unidad de calidad y de la unidad de equipos médicos del prestador y la Inspectora Sanitaria.
- Acta reunión "Equipamiento - instalaciones", fechada el 12-02-2018, asistentes representantes de empresa concesionaria y de la unidad de calidad del prestador, en esta reunión se solicita a concesionaria carta Gantt o cronograma para dar cumplimiento al programa y se le indica que enviarán formatos de documentos.
- Acta reunión "Acreditación HRA Equipos Médicos", fechada el 28-02-2018, asistentes representantes de la empresa concesionaria, representantes de la unidad de calidad del HRA; este documento consigna que la concesionaria debe coordinar actividades con la encargada de equipos médicos para unificar criterios, se le indica a la concesionaria que los protocolos deben ser similares a los trabajados en el hospital. Se informa que los protocolos de mantención ya se encuentran cargados en plataforma SIC.
- Acta reunión "Mantenciones preventivas de equipos EQ2.1", fechada el 13-03-2018, asistentes representantes de la concesionaria, representantes de unidad de calidad y de equipos médicos del HRA; este documento consigna que la concesionaria debe enviar información los días 10 para poder filtrarla y subirla a SISQ, se refuerza que la concesionaria debe tener definido el tiempo de reprogramación así como estipular claramente lo que se revisará en cada mantención preventiva. La concesionaria debe entregar lo ejecutado durante el primer trimestre y luego entregar lo ejecutado mes a mes.
- Contrato concesionario: estipula en su página 65 la obligación de la Sociedad Concesionaria de prestar todos los servicios exigidos en las bases de licitación desde que el inspector fiscal certifica el término del período de marcha blanca.
- Ordinario Nº03554 que incluye Resolución DGOP Nº5065 del 22-12-2017, que establece en su punto 3 "La obligación de la Sociedad Concesionaria Salud Siglo XXI, de prestar todos los servicios exigidos en las bases de licitación de la obra pública fiscal denominada Hospital de Antofagasta.
- Ordinario IS/Nº 439 fechado 02 de enero 2019, en donde la inspectora sanitaria, (en base a la información enviada por encargada de equipos médicos de no contar con respaldo de mantenciones realizadas), solicita al inspector fiscal que entregue la información sobre el estado y registros que den cuenta de las mantenciones preventivas del equipamiento crítico, usando los formularios y plataforma SIC, y de haber reprogramaciones informar.

7. Respecto los equipos propios del HRA, el prestador ha cumplido su programación de mantenimiento preventivo.
8. En relación a los equipos concesionados el cumplimiento de la mantención como ha sido descrito previamente, está a cargo por contrato, de la Sociedad concesionaria Salud Siglo XXI S.A. Frente a los incumplimientos de dicho mantenimiento, el prestador HRA ha ejecutado todas las acciones que están en sus competencias para que le sea entregada la información sobre el estado de las mantenciones según lo programado, lo que en los hechos no se logró durante el año 2018 y fue constatado por la entidad, la evidencia da cuenta que la concesionaria no responde como se le es requerida y está definida por contrato.
9. Lo que está definido en la pauta de cotejo del estándar de atención cerrada con respecto al componente EQ 2.1 "Los equipos relevantes para la seguridad del paciente se encuentran sometidos a un programa de mantenimiento preventivo" y con respecto a lo que lo que solicita el elemento medible "existe constancia de que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa, en los equipos mencionados" Con respecto a los equipos de HRA se cumple, sin embargo en cuanto a los concesionados el prestador HRA ha ejecutado las acciones que le competen para lograr la información sobre la ejecución de dicho mantenimiento preventivo, no es su elección que el equipamiento sea concesionado, y no tiene injerencia alguna de lograr que se cumpla, por lo que, para esta entidad, el prestador ha ejecutado las actividades que de él dependen, y se genera la convicción que ha denunciado el problema a las autoridades pertinentes, la seguridad de los pacientes está en manos de un tercero, que no es sujeto de evaluación de este proceso, en el Decreto Supremo Nº15 que tiene que ver con el Reglamento de Acreditación para los prestadores Institucionales de Salud no contempla esta figura.

Mantenimiento preventivo de máquinas de anestesia

Describe verificación del EM:

- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período de retrospectividad es de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** se cuenta con bases de datos que incluye 42 máquinas de anestesia; se randomizan 5 equipos a ser constatados utilizando el research randomizer.

La base de datos incluye dos categorías de equipamiento, uno bajo la administración por parte de HRA, que de ahora en adelante para efectos de informe serán referidos como propios de HRA, y la segunda los equipamientos en calidad de concesionados, para efectos de este informe son los equipos cuyas mantenciones preventivas están a cargo de la Sociedad Concesionaria Salud Siglo

XXI S.A, contrato de concesión autorizado por la Resolución DGOP exenta Nº4006, del 16 octubre 2017

- **Registros revisados:**

- Plataforma SIC para de equipos médicos: sistema informático de comunicación, donde se contiene información de mantenciones realizadas a los equipos.
- Formulario mantenimiento preventivo
- Guía de servicio
- Pauta de mantención preventiva
- Reporte de mantenimiento
- Hoja de servicio
- Contrato Concesionaria.
- Formato tipo bases de Licitación para "Concesiones de Establecimientos de Salud" a ejecutar a través del sistema de concesiones de Obras Públicas. En la página 65 describe "El inspector fiscal dentro de un plazo máximo de 5 días, contados desde el término del periodo de Marcha Blanca, incluida sus eventuales extensiones, certificará dicho término, y con el mérito de esta certificación nace la obligación para la Sociedad Concesionaria de prestar en forma permanente todos los servicios exigidos en las Bases de Licitación y el derecho a percibir los pagos establecidos en el artículo 1.12.2 de las Bases de Licitación, autorización que se otorgará a través de la resolución del Director General de Obras Públicas. Este hito se denominará Autorización de Pagos de Subsidios (APS).

- **De la constatación:**

- Se constata MP de los 5 equipos seleccionados.
- Frecuencia de mantenimiento esperada "semestral" excepto cuando el equipo se encuentre en período de garantía, según lo establece el protocolo local.
- Reprogramación de MP: dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de programación inicial.
- Criterios de cumplimiento: poseer al menos una de las siguientes actividades realizadas (de acuerdo a lo referido por el referente del prestador - Jefe del Departamento de Equipos Médicos):

1. Calibración
2. Verificación o inspección
3. Pruebas de operatividad
4. Limpieza
5. Lubricación
6. Pruebas de funcionamiento

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documentos revisados	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
1. General Electric AESPIRE VIEW / APHV01182 / E3705003 Concesionado	Semestral	Semestral	18-06-2018 24-12-2018	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Formulario MP Máquina de anestesia	SI	SI
2. General Electric AESPIRE VIEW / APHV01193 / E3705006 Concesionado	Semestral	Semestral	18-06-2018 03-01-2019	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Formulario MP Máquina de anestesia	SI	SI
3. General Electric B650 / SK416361333HA / E3705011-1 Concesionado	Semestral	Semestral	19-06-2018 09-01-2019	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Formulario MP Máquina de anestesia	SI	SI
4. GE Datex Ohmeda AESPIRE 7900 / ANCS00211 / 0- 65646 – 15 Equipo propio HRA	Semestral	Semestral	30-06-2016 15-12-2016 27-09-2017 08-03-2018 22-08-2018	Orden de trabajo / Formulario MP Máquina de anestesia / Guía de servicio / Pauta mantención preventiva	SI	SI
5. Drager Fabius GS / ARXN – 0069 / 0-5107624 Equipo propio HRA	Semestral	Semestral	30-06-2016 08-12-2016 09-08-2017 25-01-2018 27-06-2018	Pauta de mantención preventiva / Reporte de mantenimiento / Hoja de servicio	SI	SI

Descripción de los hallazgos:

1. De los equipos constatados, dos son propios adquiridos por HRA, tres fueron adquiridos durante el año 2017 con proveedor concesionado.
2. Para equipos concesionados y propios del HRA, la frecuencia de MP es semestral.

Por lo descrito se cumple lo solicitado en el elemento medible.

Mantenimiento preventivo de incubadoras

Describe verificación del EM:

- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período de retrospectividad es de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** se cuenta con bases de datos que incluye 31 incubadoras; se randomizan 5 equipos a ser constatados utilizando el research randomizer.

La base de datos incluye dos categorías de equipamiento, uno bajo la administración por parte de HRA, que de ahora en adelante para efectos de informe serán referidos como propios de HRA, y la segunda los equipamientos en calidad de concesionados, para efectos de este informe son los equipos cuyas mantenciones preventivas están a cargo de la Sociedad Concesionaria Salud Siglo XXI S.A, contrato de concesión autorizado por la Resolución DGOP exenta Nº4006, del 16 octubre 2017

- **Registros revisados:**

- Plataforma SIC para de equipos médicos: sistema informático de comunicación, donde se contiene información de mantenciones realizadas a los equipos.
- Formulario mantenimiento preventivo de incubadora
- Reporte test certificados
- Guía de servicio
- Contrato Concesionaria.
- Formato tipo bases de Licitación para "Concesiones de Establecimientos de Salud" a ejecutar a través del sistema de concesiones de Obras Públicas. En la página 65 describe "El inspector fiscal dentro de un plazo máximo de 5 días, contados desde el término del periodo de Marcha Blanca, incluida sus eventuales extensiones, certificará dicho término, y con el mérito de esta certificación nace la obligación para la Sociedad Concesionaria de prestar en forma permanente todos los servicios exigidos en las Bases de Licitación y el derecho a percibir los pagos establecidos en el artículo 1.12.2 de las Bases de Licitación, autorización que se otorgará a través de la resolución del Director General de Obras Públicas. Este hito se denominará Autorización de Pagos de Subsidios (APS).

- **De la constatación:**

- Se constata MP de los 5 equipos seleccionados.
- Frecuencia de mantenimiento esperada "cuatrimestral" excepto cuando el equipo se encuentre en período de garantía, según lo establece el protocolo local.
- Reprogramación de MP: dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de programación inicial.
- Criterios de cumplimiento: poseer al menos una de las siguientes actividades realizadas (de acuerdo a lo referido por el referente del prestador - Jefe del Departamento de Equipos Médicos):

1. Calibración
2. Verificación o inspección
3. Pruebas de operatividad
4. Limpieza
5. Lubricación
6. Pruebas de funcionamiento

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documentos revisados	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
1.Incubadora / HDHW60033 / E3465003 Concesionado	Anual	Anual	04-10-2018 24-04-2019	Plataforma Equipos Médicos / Formulario MP Incubadora / Reporte test certificados	SI	SI
2.Incubadora / HDHW60029 / E 3465005 Concesionado	Anual	Anual	04-10-2018	Plataforma Equipos Médicos / Formulario MP Incubadora / Guía de servicio 30-04-2019 equipo con paciente / Reporte test certificados	SI	SI
3.Incubadora / HDHW60015 / E3465015 Concesionado	Anual	Anual	04-10-2018 23-04-2019	Plataforma Equipos Médicos / Formulario MP Incubadora / Reporte test certificados	SI	SI
4.Incubadora / HDHW60014 / E3470001 Concesionado	Anual	Anual	04-10-2018 29-04-2019	Plataforma Equipos Médicos / Formulario MP Incubadora / Reporte test certificados	SI	SI
5.Incubadora / HDHW60022 / E3470006	Anual	Anual	26-09-2018 08-04-2019	Plataforma Equipos Médicos / Formulario MP Incubadora / Reporte test certificados	SI	SI

Concesionado						

Descripción de los hallazgos:
1. Los cinco equipos constatados fueron adquiridos durante el año 2017 con proveedor concesionado.
2. Para equipos concesionados la frecuencia de mantención es anual por encontrarse en período de garantía (según consta en plataforma informática SIC para de equipos médicos).
3. Cuatro de los cinco equipos poseen mantención durante los años 2018 y 2019; en tanto uno de ellos posee una mantención realizada en octubre de 2018.

Lo constatado cumple lo solicitado en el elemento medible.

Mantenimiento preventivo de ambulancias de urgencia

Metodología de constatación: No aplica

Patente	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documentos revisados	Cumple periodicidad	Cumple protocolo

Descripción de los hallazgos:
Prestador declara:
- En documento "Programa de mantenimiento preventivo de equipos médicos críticos", en su versión 4, que "se **excluyen** del programa las ambulancias de urgencia, por pertenecer al SAMU Regional; el HRA solo posee ambulancias básicas para traslado de pacientes".
- En documento "Condiciones mínimas de seguridad para el traslado de pacientes Unidad de Movilización", en su versión 00, en el ítem alcance, se consigna "el procedimiento aplica a todos los traslados de pacientes adultos y pediátricos sin complejidad clínica, sin riesgo vital y sin secuela neurológica severa, considerando los movimientos desde los servicios clínicos de hospitalizados, consulta de atención ambulatoria y diálisis, que requieran del servicio de movilización para control, tratamientos, exámenes y altas del HRA".

Por lo expuesto no aplica la incorporación de las ambulancias de transporte básico a esta caracterísitca.

CARACTERÍSTICA EQ 2.1 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA EQ 2.2 / HALLAZGOS

EQ 2.2 Primer elemento medible: Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos:

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento: PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS RELEVANTES EN LAS UNIDADES DE APOYO					
CÓDIGO: PG-EQ-02	Versión: 01	Fecha: Enero2018	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 18	
Elaborado por: Priscila Hachín D.; Departamento de Equipos Médicos		Aprobado por: Mónica Jaldin; Inspectora Sanitaria, Unidad de Concesiones HRA			
El documento incluye al menos los siguientes equipos (SI/NO)					
1. Autoclaves	SI	2. Campanas de flujo laminar (Todas)	SI	3. Equipos de laboratorio	SI
3. a) Contadores hematológicos	SI	3. b) Equipos para determinación de electrolitos y gases	SI	3. c) Analizadores automatizados de química clínica	SI
3. d) Equipos automatizados para microbiologia, hormonas e imunologia	SI	3. e) Microscopio de fluorescencia	SI	3. f) Lectores de ELISA	SI
4.Refrigeradores y congeladores para sangre y hemoderivados	SI	5.Equipos de diálisis y tratamiento de aguas	SI		
6.Equipos de IMG (Todos)	SI	7.Equipos de RT (Todos):	SI		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento.

En página 3, ítem 2, describe el alcance:
- El presente programa aplica a todos los equipos definidos como relevantes para la seguridad de los pacientes, que corresponden a:
- Autoclaves
- Equipos de laboratorio: contadores hematológicos, equipos para determinación de electrolitos y gases, analizadores automatizados de química clínica, equipos automatizados para microbiología, hormonas e inmunología, microscopio de fluorescencia, lectores de ELISA
- Refrigeradores y congeladores para sangre y hemoderivados.
- Equipos de diálisis y tratamiento de agua.
- Equipos de Imagenología (todos): tomógrafos computados, Rx osteopulomnares, Rx seriógrafos, Mamógrafos, Rx portátiles, Rx arco en C, Rx intraoral, Rx ortopantomógrafo, densitómetro óseo, Angiógrafo, Gammacámara SPECT CT, Litotriptor extracorpóreo, Resonador magnético, Ecógrafos y Ecocardiógrafos.

En páginas 4 y 5, ítem3, se describen las responsabilidades:
- Jefe Departamento de Equipos Médicos: responsable institucional de elaborar el programa de mantenimiento preventivo para equipos relevantes, coordinando las partes involucradas y adoptando las medidas necesarias para su desarrollo. Además debe monitorizar el cumplimiento de la ejecución de este programa.
- Encargado de Servicio Administración y Mantenimiento Equipamiento Médico y Mobiliario Clínico: responsable, por parte de la sociedad concesionaria, de elaborar el programa anual de actividades de mantenimiento preventivo del equipamiento

relevante que se encuentre bajo contrato de concesión. Debe informar la programación anual al Jefe de l Departamento de Equipos Médicos a través de las vías de comunicación establecidas, y monitorizar el cumplimiento de la ejecución de las actividades.

- Jefe Departamento de Operaciones: actúa como contraparte técnica de la Sociedad Concesionaria para la prestación del servicio "Mantenimiento y Operación de la Infraestructura e Instalaciones", correspondiente al mantenimiento de los equipos de tratamiento de agua de la institución.
- Técnico Departamento de Equipos Médicos, Técnicos Sociedad Concesionaria, Técnicos Empresas Externas: efectuar actividades técnicas de mantenimiento preventivo de los equipos relevantes.

En páginas 9 a 16, ítem 7, se consigna la descripción del proceso:

- Planificación del mantenimiento preventivo de equipos relevantes: la periodicidad del mantenimiento preventivo está determinada por la aplicación de la metodología del factor de riesgo y las actividades se programarán de manera mensual, sin una fecha fija de ejecución, pero debiendo efectuarse dentro del período señalado. EL MP puede ser realizado por servicio técnico propio del HRA, de la Sociedad Concesionaria o Servicio Técnico Externo. Cada servicio técnico podrá utilizar las pautas de MP que estime conveniente, las cuales se recomienda que incluyan al menos:

- **Calibración:** acciones de corrección de medidas entregadas por el equipo.
- **Verificación o inspección:** examen visual minucioso de cada una de las partes y componentes del equipo.
- **Pruebas de operatividad:** inspecciones visuales y de funcionamiento con el fin de verificar la eficiencia y seguridad de los equipos. Los estándares son dados por los mismos fabricantes.
- **Limpieza:** remoción de elementos extraños nocivos en la estructura externa o componentes del equipo; incluye limpieza interna si es factible abrir el equipo.
- **Lubricación:** aplicación de elemento viscoso entre cuerpos rígidos y móviles con el fin de reducir la fricción y el desgaste de las partes.
- **Pruebas de funcionamiento:** pruebas destinadas a determinar si el funcionamiento de los equipos está de acuerdo a las características de desempeño, rendimiento y seguridad establecidas en el diseño. Los equipos que no aprueben se considerarán no aptos para su utilización debiendo dejarse fuera de servicio.

El medio de verificación de la ejecución del MP será a través de órdenes de trabajo, pautas de mantenimiento, informes técnicos, órdenes de servicio u otro nombre de registro; y debe incluir al menos los siguientes datos:

- Fecha de servicio
- Datos de identificación del equipo
- Descripción del servicio efectuado
- Estado final de funcionamiento
- Repuestos, accesorios y/o insumos que se hayan utilizado
- Nombre del técnico responsable que efectuó dicha intervención
- Recepción conforme del funcionario que recibe el servicio de mantenimiento del equipo

- Periodicidad de las mantenciones preventivas por tipo de equipo:

Equipo	Frecuencia
Autoclave	Trimestral
Campana de flujo laminar	Anual
Equipos de laboratorio	Contadores Hematológicos: Anual Equipos para determinación de electrolitos y gases: Semestral Analizadores automatizados de química clínica: Semestral Equipos automatizados para microbiología, hormonas e inmunología: Anual y Semestral Microscopio de fluorescencia: Anual Lectores de Elisa: Anual
Refrigeradores y congeladores para sangre y hemoderivados	Anual
Equipos de Diálisis	Semestral
Equipos de tratamiento de agua	Trimestral
Equipos de Imagenología	Tomógrafos computados: trimestral Rx osteopulmonares: Semestral Rx Seriógrafos: Semestral Mamógrafos: Semestral Rx Portátil: Semestral Rx Arco C: Anual y Semestral Rx Intraoral: Anual Rx Ortopantomógrafo: Anual Densitómetro Óseo: Semestral Angiógrafo: Semestral Gammacámara SPECT CT: Semestral Litotriptor Extracorpóreo: Semestral Resonador Magnético: Trimestral Ecógrafos y ecocardiógrafos: Anual y Semestral

- Excepciones: se excluyen los equipos nuevos que se encuentren en período de garantía y contemplen mantenciones preventivas incluidas en la venta del equipo. En este caso la frecuencia de las mantenciones se determinará en cada caso particular.

Los equipos nuevos se incorporarán al programa de mantenimiento preventivo transcurrido un plazo de seis meses desde su

puesta en marcha en el HRA.

- Reprogramación: se realizará **dentro de los tres meses siguientes** a la fecha en que estaba programada inicialmente y aplicará en los siguientes casos de justificación de no disponibilidad del equipo:
- Equipo conectado a paciente sin opción de equipo de respaldo.
- Alta demanda de en su utilización.
- Equipo no disponible debido a que se encuentra contaminado.
- Equipo inoperativo.
- Equipo en préstamo en otra institución de salud.
- No disposición de horas hombre en el período indicado.
- Catástrofes o fuerza mayor por situaciones de emergencia que indique la Dirección del Hospital.

- Constatación y evaluación del Programa de Mantenimiento Preventivo: se realizará a través de las órdenes de trabajo, órdenes de servicio, informe técnico o pauta de mantención, según sea el sistema de registro que aplique el responsable de realizar el mantenimiento preventivo (empresa externa, sociedad concesionaria o personal propio del departamento de equipos médicos).
  Adicionalmente se utilizará una planilla electrónica de la ejecución del programa, en ella se individualizarán los siguientes datos: servicio clínico al cual pertenece el equipo, nombre del equipo, marca, modelo, Nº de serie, Nº de inventario o código SIC y frecuencia de mantenimiento. Cuando la **mantención haya sido realizada** se indicará fecha de ejecución y el número del registro físico de la constancia del mantenimiento. Cuando la **mantención no se haya realizado**, se indicará en la misma planilla la razón del incumplimiento y se reprogramará la mantención dentro de los tres meses siguientes.

En página 18, ítem 9, se describe el anexo:
- Formato planillo electrónica con programación anual de mantenimiento preventivo para equipos relevantes en las unidades de apoyo.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista documentos anterior que da cuenta de la retrospectividad:
- "Programa de Mantenimiento Preventivo de Equipos Relevantes en las Unidades de Apoyo", versión 00, fecha de aprobación Enero de 2018, elaborado por Priscila Hachín D. – Jefe Departamento de Equipos Médicos; aprobado por Javier Pino J. – CR Operaciones HRA.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

EQ 2.2 – Segundo elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado el mantenimiento preventivo según programa en los equipos mencionados.

Dirección o Gerencia del Prestador

1. Mantenimiento preventivo de Autoclaves

Describe verificación del EM:
- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación y a que esta característica "no fue cumplida" en el primer proceso de acreditación, el período de retrospectividad es de 24 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2017 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** se cuenta con base de datos que incluye 3 autoclave; se constata el universo de los equios.
- **Registros revisados:**
- Plataforma SIC para de equipos médicos: sistema informático de comunicación, donde se contiene información de mantenciones realizadas a los equipos.
- Formulario mantenimiento preventivo de autoclave
- Ordenes de trabajo
- Formulario revisión preventiva
- **De la constatación:**
- Se constata MP de los 3 equipos existentes en el prestador.
- Frecuencia de mantenimiento esperada "trimestral" excepto cuando el equipo se encuentre en período de garantía, según lo establece el protocolo local.
- Reprogramación de MP: dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de programación inicial.
- Criterios de cumplimiento: poseer al menos una de las siguientes actividades realizadas (de acuerdo a lo referido por el referente del prestador - Jefe del Departamento de Equipos Médicos):

1. Calibración
2. Verificación o inspección
3. Pruebas de operatividad
4. Limpieza
5. Lubricación
6. Pruebas de funcionamiento

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documentos revisados	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
1. Autoclave Matachana / E-29938 / E1230001 Concesionado	Trimestral	Trimestral	13-02-2018 15-05-2018 24-08-2018 19-11-2018 11-02-2019 14-05-2019	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Formulario MP / Orden de trabajo	SI	SI

				/ Formulario Revisión Preventiva		
2. Autoclave Matucana / E-29939 / E1230002 Concesionado	Trimestral	Trimestral	14-02-2018 16-05-2018 04-09-2018 15-11-2018 12-02-2019 15-05-2019	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Formulario MP / Orden de trabajo / Formulario Revisión Preventiva	SI	SI
3. Autoclave Matachana / E-29940 / E1230003 Concesionado	Trimestral	Trimestral	15-02-2018 17-05-2018 27-08-2018 26-11-2018 13-02-2019 20-05-2019	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Formulario MP / Orden de trabajo / Formulario Revisión Preventiva	SI	SI

Descripción de los hallazgos:
1. Los cinco equipos constatados fueron adquiridos durante el año 2017 con proveedor concesionado.
2. Para equipos concesionados la frecuencia de mantención es anual por encontrarse en período de garantía (según consta en plataforma informática de equipos médicos).
3. Cuatro de los cinco equipos poseen mantención durante los años 2018 y 2019; en tanto uno de ellos posee una mantención realizada en octubre de 2018.

Lo constatado cumple lo solicitado en el elemento medible.

2. Mantenimiento preventivo de campanas de flujo laminar*

Describe verificación del EM:
- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación y a que esta característica "no fue cumplida" en el primer proceso de acreditación, el período de retrospectividad es de 24 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2017 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** se cuenta con base de datos que incluye 2 campanas de flujo laminar; se constata el universo de los equipos.
- **Registros revisados:**
- Plataforma SIC para de equipos médicos: sistema informático de comunicación, donde se contiene información de mantenciones realizadas a los equipos.
- Formulario asistencia técnica TECNIGEN
- Ordenes de trabajo
- Protocolo de mantención campanas extractoras y gabinetes de bioseguridad
- **De la constatación:**
- Se constata MP de los 2 equipos existentes en el prestador.
- Frecuencia de mantenimiento esperada "Anual".
- Reprogramación de MP: dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de programación inicial.
- Criterios de cumplimiento: poseer al menos una de las siguientes actividades realizadas (de acuerdo a lo referido por el referente del prestador - Jefe del Departamento de Equipos Médicos):
1. Calibración
2. Verificación o inspección
3. Pruebas de operatividad
4. Limpieza
5. Lubricación
6. Pruebas de funcionamiento

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documentos revisados	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
1. Campana Flujo Laminar / 160324210 / E2280001 Concesionado	Anual	Anual	10-12-2018	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Orden de Servicio / Protocolo de Mantención	SI	SI
2. Campana Flujo Laminar / 160324210 / E2280001 Concesionado	Anual	Anual	24-10-2018	Plataforma Equipos Médicos – ingreso equipo oct 2017 / Orden de Servicio /	SI	SI

				Protocolo de Mantención		

Descripción de los hallazgos:
1. Los dos equipos constatados fueron adquiridos durante el año 2017 con proveedor concesionado.
2. Ambos equipos de campana de flujo laminar poseen mantenimiento con frecuencia anual.

Lo constatado cumple lo solicitado en el elemento medible.

3. Mantenimiento preventivo de equipos de laboratorio

3. a) Mantenimiento preventivo de contadores hematológicos

Describe verificación del EM:
- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación y a que esta característica "no fue cumplida" en el primer proceso de acreditación, el período de retrospectividad es de 24 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2017 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** se cuenta con base de datos que incluye 2 equipos "contadores hematológicos"; se constata el universo de los equipos.
- **Registros revisados:**
- Correo de instalación de equipos.
- Correo de no uso de equipamiento.
- Órdenes de trabajo
- Check list de mantenimiento Sysmex
- **De la constatación:**
- Se constata MP de los 2 equipos existentes en el prestador.
- Frecuencia de mantenimiento esperada "Anual".
- Reprogramación de MP: dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de programación inicial.
- Criterios de cumplimiento: poseer al menos una de las siguientes actividades realizadas (de acuerdo a lo referido por el referente del prestador - Jefe del Departamento de Equipos Médicos):

1. Calibración
2. Verificación o inspección
3. Pruebas de operatividad
4. Limpieza
5. Lubricación
6. Pruebas de funcionamiento

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documentos revisados	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
1. Analizador Hematológico XN-1000/ 21872 Comodato	Anual	Anual	21-03-2018 18-01-2019	Orden de trabajo Nº0001478 – 0009113 / Correo traslado noviembre 2017	SI	SI
2. Analizador Hematológico XN-1000/ 27788 Comodato	Anual	Anual	06-07-2018 18-01-2019	Orden de trabajo Nº 006250 – 005977 – 0009112 / Check list mantenimiento / Correo traslado octubre 2017	SI	SI

Descripción de los hallazgos:
1. Los dos equipos constatados poseen mantenimiento para el año 2018 y 2019.

Lo constatado cumple lo solicitado en el elemento medible.

3. b) Mantenimiento preventivo de equipos para determinación de electrolitos y gases

Describe verificación del EM:
- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación y a que esta característica "no fue cumplida" en el primer proceso de acreditación, el período de retrospectividad es de 24 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2017 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** se cuenta con base de datos que incluye 3 analizadores de gases y electrolitos; se constata el universo de los equipos.
- **Registros revisados:**
- Correo de instalación de equipo
- Ordenes de trabajo
- Check list de mantenimiento
- **De la constatación:**
- Se constata MP de los 3 equipos existentes en el prestador.
- Frecuencia de mantenimiento esperada "Semestral".
- Reprogramación de MP: dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de programación inicial.
- Criterios de cumplimiento: poseer al menos una de las siguientes actividades realizadas (de acuerdo a lo referido por el referente del prestador - Jefe del Departamento de Equipos Médicos):

1. Calibración
2. Verificación o inspección
3. Pruebas de operatividad

4. Limpieza
5. Lubricación
6. Pruebas de funcionamiento

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documentos revisados	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
1. Analizador gases y electrolitos B221 / 26299 Comodato	Semestral	Julio 2018	03-07-2018 23-01-2019	Calendario mantenimiento equipos 2018 / Orden de trabajo de instalación del equipo Nº 005984 / Orden de trabajo de mantenimiento de equipo Nº 007432 – 0009121 / Check list mantenimiento / Correo instalación equipo en septiembre de 2017	NO	SI
2. Analizador gases y electrolitos B221 / 26300 Comodato	Semestral	Julio 2018	03-07-2018 24-01-2019	Calendario mantenimiento equipos 2018 / Orden de trabajo de instalación del equipo Nº 005985 / Orden de trabajo de mantenimiento de equipo Nº 007433 – 0009122 / Check list mantenimiento / Correo instalación equipo en septiembre de 2017	NO	SI
3. Analizador gases y electrolitos 9180 / 26581 Comodato	Semestral	Mayo Noviembre	12-11-2018	Calendario mantenimiento equipos / Orden de trabajo Nº 0000628 (instalación 08-11-2017)	NO	SI

Descripción de los hallazgos:
1. El prestador define en protocolo local una frecuencia de mantención semestral para equipos de determinación de gases y electrolitos.
2. En órdenes de trabajo registran "Mantenimiento Anual".
3. En el PV presentan calendario de mantenimiento equipos 2018 de Roche que registra como fecha instalación de los equipos serie Nº 26299 y 26300 enero de 2018; correos que respaldan instalación en septiembre de 2017 y ordenes de trabajo que registran instalación en febrero de 2017.
4. No hay registro de mantenciones realizadas durante el primer semestre de 2018.

Por lo expuesto en los puntos 1,2,3 y 4 no se cumple el elemento medible.

3. c) Mantenimiento preventivo de analizadores automatizados de química clínica

Describe verificación del EM:
- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación y a que esta característica "no fue cumplida" en el primer proceso de acreditación, el período de retrospectividad es de 24 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2017 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** se cuenta con base de datos que incluye 1 equipo analizador de química clínica; se constata el universo de los equipos.
- **Registros revisados:**
- Órdenes de trabajo
- **De la constatación:**
- Se constata MP del equipo existente en el prestador.

- Frecuencia de mantenimiento esperada "Semestral".
- Reprogramación de MP: dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de programación inicial.
- Criterios de cumplimiento: poseer al menos una de las siguientes actividades realizadas (de acuerdo a lo referido por el referente del prestador - Jefe del Departamento de Equipos Médicos):

1. Calibración
2. Verificación o inspección
3. Pruebas de operatividad
4. Limpieza
5. Lubricación
6. Pruebas de funcionamiento

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documentos revisados	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
1. Analizador bioquímico COBAS C311 / 17G7-19 Comodato	Semestral	Mayo 2018 Noviembre 2018	03-07-2018 07-01-2019	Calendario mantenimiento equipos 2018 / Orden de trabajo de instalación de equipo Nº 0000627 (9 y 10 de noviembre de 2017) / Orden de trabajo de mantención de equipo Nº 007439 - 007438 – 0009188	SI	SI

Descripción de los hallazgos:
1. Instalación de equipo en noviembre de 2017.
2. Frecuencia de realización de las mantenciones constatadas "Semestral".

Lo constatado cumple lo solicitado en el elemento medible.

3. d) Mantenimiento preventivo de equipos automatizados para microbiología, hormonas e inmunología

Describe verificación del EM:

- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación y a que esta característica "no fue cumplida" en el primer proceso de acreditación, el período de retrospectividad es de 24 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2017 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** se cuenta con base de datos que incluye 16 equipos automatizados para microbiología, hormonas e inmunología; se realiza selección aleatoria de 5 equipos utilizando la nota técnica de Excel.
- **Registros revisados:**

- Expedientes de servicio
- Reportes de servicio
- Programa de mantenimiento MGIT 960/320
- Certificado único de atención que describe: check list de instalación, repuestos (según sea el caso) y secuencia de lectura óptica
- Certificado tenencia, recepción y funcionamiento
- Reporte servicio de instalación

- **De la constatación:**

- Se constata MP de 3 de los equipos randomizados; los otros 2 fueron adquiridos en un tiempo inferior a 1 año.
- Frecuencia de mantenimiento esperada "Anual / Semestral".
- Reprogramación de MP: dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de programación inicial.
- Criterios de cumplimiento: poseer al menos una de las siguientes actividades realizadas (de acuerdo a lo referido por el referente del prestador - Jefe del Departamento de Equipos Médicos):

1. Calibración
2. Verificación o inspección
3. Pruebas de operatividad
4. Limpieza
5. Lubricación
6. Pruebas de funcionamiento

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documentos revisados	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
1. Inmunoanalizador VIDAS 3 / VN04375 Comodato	Anual / Semestral	Anual / Semestral	11-06-2019 (instalación)	Certificado único de atención que describe: check list de instalación, secuencia de lectura óptica; certificado tenencia,	NA	NA

				recepción y funcionamiento		
2. Equipo Bacteriológico VITEK 2 XL / VTK2XL 4424 Comodato	Anual / Semestral	Semestral	27-04-2018 29-10-2018 04-04-2019	Certificado único de atención de instalación de equipos fechado 01-02-2018 / Certificado único de atención de mantenimiento preventivo que describe: repuestos, check list de MP	SI	SI
3. Equipo de Inmuno Hematología Autovue INNOVA / 5309 Comodato	Anual / Semestral	Semestral	16-09-2016 14-03-2017 11-09-2017 08-03-2018 01-08-2018 31-01-2019	Expedientes de servicio (6) de los cuales 2 no se encuentran firmados.	SI	SI
4. Analizador inmunológico VIDAS 30/ IVD7004317 Comodato	Anual / Semestral	Anual	30-10-2018	Certificado único de atención de instalación fechado 03 octubre 2017 que describe: check list de instalación, secuencia de lectura óptica; certificado tenencia, recepción y funcionamiento / Certificado único de atención de mantenimiento preventivo que describe: repuestos, check list de MP	SI	SI
5. Incubador Micobacterias MGIT 960 / MG4454 Comodato	Anual / Semestral	Anual		Reporte Servicio Instalación 9 julio 2018	NA	NA

Descripción de los hallazgos:

1. De los cinco equipos aleatorizados, 3 poseen MP para el período de retrospectividad; los otros dos tienen fecha de instalación junio 2019 (el primer equipo seleccionado) y julio 2018 (el quinto equipo aleatorizado), a estos equipos no les aplica constatar MP dado que su existencia en el prestador es inferior a 1 año y la frecuencia definida por el prestador es anual.

Lo constatado cumple lo solicitado en el elemento medible.

3. e) Mantenimiento preventivo de microscopio de fluorescencia

Describe verificación del EM:

- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación y a que esta característica "no fue cumplida" en el primer proceso de acreditación, el período de retrospectividad es de 24 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2017 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** se cuenta con base de datos que incluye 3 microscopios de fluorescencia; se constata el universo de los equipos.
- **Registros revisados:**

- Reporte de servicio técnico
- Acta entrega equipo
- Formularios de asistencia técnica
- Registro protocolo servicio técnico microscopía Leica

- **De la constatación:**

- Se constata MP de los 3 equipos existentes en el prestador.
- Frecuencia de mantenimiento esperada "Anual".
- Reprogramación de MP: dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de programación inicial.
- Criterios de cumplimiento: poseer al menos una de las siguientes actividades realizadas (de acuerdo a lo referido por el referente del prestador - Jefe del Departamento de Equipos Médicos):

1. Calibración
2. Verificación o inspección
3. Pruebas de operatividad

4. Limpieza
5. Lubricación
6. Pruebas de funcionamiento

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documentos revisados	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
1. Microscopio Karl Zeiss / 3324010029 Concesionado	Anual	Anual	27-11-2018	Reporte de servicio técnico Nº 34585 / Incorporación año 0 de explotación	SI	SI
2. Microscopio Karl Zeiss / 3535002512 Concesionado	Anual	Anual	29-11-2018	Reporte de servicio técnico Nº 34674 / Incorporación año 0 de explotación	SI	SI
3. Microscopio Leica / 407876 Equipo propio HRA	Anual	Anual	20-02-2018 29-01-2019	Acta entrega equipo Nº 025-2017 fechado 22-02-2017/ Formularios asistencia técnica Nº 0120154 - 155241 / Registro protocolo servicio técnico microscopia Leica	SI	SI

Descripción de los hallazgos:

Lo constatado cumple lo solicitado en el elemento medible.

3. f) Mantenimiento preventivo de lectores de ELISA

Describe verificación del EM:

- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación y a que esta característica "no fue cumplida" en el primer proceso de acreditación, el período de retrospectividad es de 24 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2017 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** se cuenta con base de datos que incluye 2 lectores de Elisa; se constata el universo de los equipos.
- **Registros revisados:**

- Certificado TECNIGEN
- Constancia de operatividad
- Correo envío constancia de operatividad
- Acta de entrega
- Formularios de asistencia técnica

- **De la constatación:**

- Se constata MP de los 2 equipos existentes en el prestador.
- Frecuencia de mantenimiento esperada "Anual".
- Reprogramación de MP: dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de programación inicial.
- Criterios de cumplimiento: poseer al menos una de las siguientes actividades realizadas (de acuerdo a lo referido por el referente del prestador - Jefe del Departamento de Equipos Médicos):

1. Calibración
2. Verificación o inspección
3. Pruebas de operatividad
4. Limpieza
5. Lubricación
6. Pruebas de funcionamiento

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documentos revisados	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
1. Lector Elisa Thermo Labsystem / 357-911966T / E3575001 Concesionado	Anual	Anual	No realizado	Certificado TECNIGEN de febrero 2019 que indica no realización de MP de equipo durante el 2018	NO	NO

				por encontrarse en desuso/ Constancia de operatividad sin registro de fecha / Correo de envío de constancia de operatividad fechado el 12-06-2019		
2. Lector Elisa Autobio / 301 100 1846 / 0-70364-37 Propio HRA	Anual	Anual	18-03-2017 15-05-2018	Acta entrega Nº 049-2016 fechada 25-02-2016 / Formularios Asistencia Técnica Nº 102675 - 0138858 / Informe Técnico	SI	SI

Descripción de los hallazgos:
1. Equipo Lector de Elisa Thermo Labsystem no posee MP realizado por encontrarse en desuso, lo que consta en "Certificado TECNIGEN" emitido en febrero de 2019.
2. Equipo Lector de Elisa Autobio posee MP realizadas en el año 2017 y 2018.

Lo constatado cumple con lo solicitado en el elemento medible.

4. Mantenimiento preventivo de refrigeradores y congeladores para sangre y hemoderivados

Describe verificación del EM:
- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación y a que esta característica "no fue cumplida" en el primer proceso de acreditación, el período de retrospectividad es de 24 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2017 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** se cuenta con base de datos que incluye 3 refrigeradores; se constata el universo de los equipos.
- **Registros revisados:**

- Formulario de asistencia técnica
- Protocolo mantenimiento refrigeradores
- Planilla Excel de adquisición de equipos concesionados

- **De la constatación:**

- Se constata MP de los 3 equipos existentes en el prestador.
- Frecuencia de mantenimiento esperada "Anual".
- Reprogramación de MP: dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de programación inicial.
- Criterios de cumplimiento: poseer al menos una de las siguientes actividades realizadas (de acuerdo a lo referido por el referente del prestador - Jefe del Departamento de Equipos Médicos):

1. Calibración
2. Verificación o inspección
3. Pruebas de operatividad
4. Limpieza
5. Lubricación
6. Pruebas de funcionamiento

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documentos revisados	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
1. Freezer -40ªC DW40L508 /BE05T7E1T00QJG1G0006 /E3315001 Concesionado	Anual	Anual	24-10-2018	Formulario Asistencia Técnica / Protocolo Mantenimiento Refrigeradores /	SI	SI
2. Refrigerador Hemoderivados HXC1308B / E4510001 Concesionado	Anual	Anual	25-10-2018	Formulario Asistencia Técnica / Protocolo Mantenimiento Refrigeradores	SI	SI
3. Refrigerador Hemoderivados HXC1308B / E4510002 Concesionado	Anual	Anual	25-10-2018	Formulario Asistencia Técnica / Protocolo Mantenimiento Refrigeradores	SI	SI

Descripción de los hallazgos:
Puesta en servicio octubre 2017

1. Los tres equipos constatados fueron puestos en servicio en octubre de 2017, con proveedor concesionado.
2. La frecuencia de mantención constatada fue anual.

Lo constatado cumple lo solicitado en el elemento medible.

5. Mantenimiento preventivo de equipos de diálisis y tratamiento de aguas

Describe verificación del EM:

- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación y a que esta característica "no fue cumplida" en el primer proceso de acreditación, el período de retrospectividad es de 24 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2017 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** se cuenta con base de datos que incluye 33 equipos de diálisis; se aleatoriza una muestra de 5 equipos utilizando la nota técnica de Excel. La planta de agua es única.
- **Registros revisados:**

- Constancia puesta en marcha de máquinas de diálisis
- Formularios de puesta en servicio con lista de comprobación.
- Inspección de seguridad técnica con MP
- Formulario mantenimiento planta tratamiento de agua unidad de diálisis HRA

- **De la constatación:**

- Se constata MP de los 5 equipos aleatorizados y de la planta de agua.
- Frecuencia de esperada "Semestral", para equipos de diálisis, y trimestral para la planta de agua.
- Reprogramación de MP: dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de programación inicial.
- Criterios de cumplimiento: poseer al menos una de las siguientes actividades realizadas (de acuerdo a lo referido por el referente del prestador - Jefe del Departamento de Equipos Médicos):

1. Calibración
2. Verificación o inspección
3. Pruebas de operatividad
4. Limpieza
5. Lubricación
6. Pruebas de funcionamiento

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documentos revisados	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
1. Máquina Diálisis B. Braun / 227797 / E3720004 Concesionado	Semestral	Semestral	10/12-09-18	Constancia puesta en marcha de máquinas de diálisis el 12-09-2018 / Formulario puesta en servicio con lista de comprobación	SI	SI
2. Máquina Diálisis B. Braun / 223101 / E3720018 Concesionado	Semestral	Semestral	10/12-09-18	Constancia puesta en marcha de máquinas de diálisis el 12-09-2018 / Formulario puesta en servicio con lista de comprobación	SI	SI
3. Máquina Diálisis B. Braun / 222586 / E3720012 Concesionado	Semestral	Semestral	10/12-09-18	Constancia puesta en marcha de máquinas de diálisis el 12-09-2018 / Formulario puesta en servicio con lista de comprobación	SI	SI
4. Máquina Hemodiafiltración B. Braun / 2647 / Comodato	Semestral	Semestral	05-10-2018	Inspección de seguridad técnica con MP	NO	SI
5. Máquina Diálisis B. Braun / 223096/ E3720015 Concesionado	Semestral	Semestral	10/12-09-18	Constancia puesta en marcha de máquinas de diálisis el 12-09-2018 /	SI	SI

				Formulario puesta en servicio con lista de comprobación		
6. Planta tratamiento de agua	Trimestral	Trimestral	08-12-2018 05-01-2019 10-02-2019 16-03-2019 06-04-2019 04-05-2019	Formulario mantenimiento planta tratamiento de agua unidad de diálisis HRA	SI	SI

Descripción de los hallazgos:
1. Máquina Hemodiafiltración Braun / 2647 en calidad de comodato, posee MP con frecuencia anual, se consulta a referente del prestador quien indica que se realizó consulta al proveedor pero que no obtuvo respuesta.
2. Puesta en marcha planta de agua durante el 4º trimestre del año 2018; se tienen a la vista MP desde diciembre del año 2018 con periodicidad mensual.

Por lo expuesto en el punto 1, no se da por cumplido el elemento medible.

6. Mantenimiento preventivo de equipos de Imagenología (todos)

Describe verificación del EM:
- **Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación y a que esta característica "no fue cumplida" en el primer proceso de acreditación, el período de retrospectividad es de 24 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2017 al 31 de mayo de 2019.
- **Selección de la muestra:** se cuenta con base de datos que incluye 53 equipos de imagenología; se aleatorizan 5 equipos utilizando la nota técnica de Excel.
- **Registros revisados:**
- Reportes de MP Angiografía
- Rutina MP equipos
- Reportes MP Rx
- Registros de servicios
- **De la constatación:**
- Se constata MP de los 2 equipos existentes en el prestador.
- Frecuencia de mantenimiento esperada "Anual".
- Reprogramación de MP: dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de programación inicial.
- Criterios de cumplimiento: poseer al menos una de las siguientes actividades realizadas (de acuerdo a lo referido por el referente del prestador - Jefe del Departamento de Equipos Médicos):
1. Calibración
2. Verificación o inspección
3. Pruebas de operatividad
4. Limpieza
5. Lubricación
6. Pruebas de funcionamiento

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documentos revisados	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
1. Angiógrafo INNOVA IGS 530 / 702539BU8 / E1110001 Concesionado	Semestral	Semestral	17-08-2018 05-02-2019	Reportes MP Angiografía Nº 22 - 173	SI	SI
2. Rx Intraoral CS 2200 / K45787783 / E3075001 Concesionado	Anual	Anual	28-12-2018	Rutina MP Equipos	SI	SI
3. Rx Portátil Óptima / SB2001600061WK / E4620002 Concesionado	Semestral	Semestral	17-04-2018 08-10-2018 16-05-2019	Reportes MP para Rx Nº 5261 - 5454 - 0005	SI	SI
4. Rx Osteopulmonar Discovery / M1SS1600041 / E4615003 Concesionado	Semestral	Semestral	03-05-2018 16-11-2018 06-03-2019	Reportes MP para Rx Nº 5265 - 5455 -5354	SI	SI
5. Ecocardiógrafo VIVID 9 / VE99415 / 0-73209-102 Equipo Propio HRA	Anual y Semestral	Anual	28-09-2016 09-05-2017 29-05-2018	Registros de servicios (3)	SI	SI

Descripción de los hallazgos:
1. Los cuatro equipos concesionados fueron adquiridos en octubre del año 2017.

Lo constatado cumple lo solicitado en el elemento medible.

7. Mantenimiento preventivo de equipos de radioterapia (todos)

Metodología de constatación: No aplica						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documentos revisados	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Descripción de los hallazgos:						

CARACTERÍSTICA EQ 2.2 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 0
Umbral de la característica: ≥ 50%	Puntaje total: 1 / 2	Porcentaje obtenido: 50%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA EQ 3.1 / HALLAZGOS

Equipos evaluados en esta característica y que el prestador no posee:

EQ 3.1 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el perfil técnico o profesional del personal autorizado para operar los equipos relevantes, que considera al menos:

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento: PERFIL TÉCNICO O PROFESIONAL DEL PERSONAL AUTORIZADO PARA OPERAR EQUIPOS MÉDICOS RELEVANTES			
N° Resolución: Memorándum Nº 000008 13-04-2016	Versión: 00	Fecha: Abril 2016	
Elaborado por: Priscila Hachín D., Jefe Departamento Equipos Médicos	Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (s) Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: Abril 2021	N° páginas: 10	
Incluye descripción de perfil técnico o profesional para personal autorizado para operar los siguientes equipos:			
1. Ventiladores fijos y de transporte: SI	2. Monitores desfibriladores: SI	3. Máquinas de anestesia: SI	4. Autoclaves: SI
5. Equipos de laboratorio: SI	6. Equipos de diálisis: SI	7. Equipos de radioterapia: NA	8. Equipos de Imagenología: SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En la página 2, ítem 2, se describe el **alcance**:
- Aplica a todas las unidades clínicas y/o de apoyo asistencial que cuenten con equipos médicos relevantes descritos en el presente documento, y para todos los funcionarios que sean operadores directos de estos equipos en el HRA.

En la página 2, ítem 3, se describen las **responsabilidades**:
- Director: determinar los lineamientos estratégicos y políticas de selección y contratación del Recurso Humano del HRA.
- Subdirección Médica, Subdirección de Enfermería, Subdirección de Matronería: establecer y validar los perfiles de cargo del recurso humano de los servicios clínicos y/o unidades de apoyo de su dependencia y presentar los programas de capacitaciones formales para ellos.
- Subdirección de personas: autorizar los perfiles de cargo del recurso humano en base a los requerimientos técnicos solicitados por el área clínica y gestionar los programas de capacitaciones del personal aprobados por la Dirección del hospital.
- Jefaturas y Supervisores de Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo: elaborar los perfiles de cargo del personal de su dependencia; detectar e informar necesidades de capacitaciones de su personal tanto en el ámbito administrativo, clínico y utilización de equipamiento médico relevante que requiera de capacitaciones específicas; supervisar la correcta operación del equipamiento médico relevante de la institución por parte del recurso humano a cargo; velar por el cuidado y correcto uso del equipamiento médico relevante, notificando oportunamente cuando existan fallas del equipamiento.
- Jefatura Departamento Equipos Médicos: apoyar a servicios clínicos y unidades de apoyo con la gestión y coordinación de capacitaciones específicas de la operación y cuidado del equipamiento médico relevante.
- Funcionarios Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo: efectuar un correcto uso y cuidado del equipamiento médico relevante; asistir y capacitarse en las aplicaciones y entrenamientos específicos sobre los cuidados y condiciones de operación del equipamiento médico relevante.

En las páginas 6 a la 9, ítem 6, se consigna la descripción del proceso:
- Los operadores del equipamiento médico relevante corresponden a los operadores directos que poseen un conocimiento formal para la atención de pacientes y realización de procesos clínicos asistenciales, según su formación académica y competencias técnicas.
- Se establece un perfil técnico o profesional requerido para ser operador autorizado del equipamiento médico relevante en el HRA según se detalla:

Equipo	Perfil Técnico o Profesional Operador Director	Conocimientos formales / Competencias Técnicas
Ventiladores Fijos y de Transporte	Médicos	Médico con formación en cuidados intensivos, médico internista que cumpla con programa de manejo de paciente crítico.
	Kinesiólogo / Enfermeras / Matronas	Profesional que cumpla con programa de manejo de paciente crítico.
Monitores Desfibriladores	Médicos	Formación profesional
	Enfermeras / Matronas	Profesional con capacitación en reanimación
Máquinas de	Médico Anestesista	Formación de especialidad de anestesia

anestesia	Técnico de Anestesia	Formación como técnico de anestesia o capacitación en manejo de máquina de anestesia
Equipos de Diálisis	Enfermeros	Profesional con capacitación de diálisis
	TENS	Técnico que cumpla con programa de formación de Unidad de Diálisis
Resonador Magnético	Tecnólogo Médico	Formación profesional con mención Imagenología y capacitación en resonancia magnética
Tomógrafo Computado /Rayos X Osteopulmonar / Rayos X Seriógrafo / Mamógrafo / Rayos X Portátil	Tecnólogo Médico	Formación profesional con mención Imagenología y licencia para desempeñarse en instalaciones radiactivas ionizantes de segunda categoría
Rayos X Arco en C	Tecnólogo Médico	Formación profesional con mención Imagenología y licencia para desempeñarse en instalaciones radiactivas ionizantes de segunda categoría
	TENS	Formación Técnica con licencia para desempeñarse en instalaciones radiactivas ionizantes de segunda categoría
Rayos X Intraoral / Ortopantomógrafo	Médico Radiólogo Dental	Formación profesional con licencia para desempeñarse en instalaciones radiactivas ionizantes de segunda categoría
	TENS Dental	Formación Técnica con licencia para desempeñarse en instalaciones radiactivas ionizantes de segunda categoría
Angiógrafo	Médico Hemodinamista	Formación profesional con licencia para desempeñarse en instalaciones radiactivas ionizantes de segunda categoría
	Tecnólogo Médico	Formación profesional con mención Imagenología y licencia para desempeñarse en instalaciones radiactivas ionizantes de segunda categoría
Gammacámara SPECT CT	Médico Nuclear	Formación profesional con licencia para desempeñarse en instalaciones radiactivas ionizantes de segunda categoría
	Tecnólogo Médico	Formación profesional con mención en Física Médica y licencia para desempeñarse en instalaciones radiactivas ionizantes de segunda categoría
Litotriptor extracorpóreo	Médico Urólogo	Formación profesional con licencia para desempeñarse en instalaciones radiactivas ionizantes de segunda categoría
	Tecnólogo Médico	Formación profesional con mención Imagenología y licencia para desempeñarse en instalaciones radiactivas ionizantes de segunda categoría
Ecotomógrafo y Eco cardiógrafos	Médico Radiólogo / Cardiólogo / Ginecólogo / Obstetra / Urólogo	Formación especialidad
Contadores Hematológicos	Tecnólogo Médico	Formación Profesional con mantención en Laboratorio Clínico
Equipos para determinación de electrolitos y gases en sangre	Tecnólogo Médico	Formación Profesional con mantención en Laboratorio Clínico
	Bioquímico	Formación profesional
Analizadores automáticos de química clínica	Tecnólogo Médico	Formación Profesional con mantención en Laboratorio Clínico
	Bioquímico	Formación profesional
Equipos automáticos para microbiología, hormonas e inmunología	Tecnólogo Médico	Formación Profesional con mantención en Laboratorio Clínico
	Bioquímico	Formación profesional
	Médico	Formación Profesional con especialidad a fin a Laboratorio Clínico
Microscopio de Fluorescencia	Tecnólogo Médico	Formación Profesional con mantención en Laboratorio Clínico
	Médico	Formación Profesional con especialidad a fin a Laboratorio Clínico
Lectores de ELISA	Tecnólogo Médico	Formación Profesional con mantención en Laboratorio Clínico
	Bioquímico	Formación profesional

Cumple lo solicitado en el elemento medible.

CARACTERÍSTICA EQ 3.1 / FUNDAMENTOS:

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	Primer elemento medible: 1

Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

ÁMBITO SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

CARACTERÍSTICA INS 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

INS 1.1 – Primer elemento medible: Se ha designado un responsable institucional del plan de prevención de incendios.

Dirección o Gerencia				
Documento que designa nombramiento: Resolución exenta				
N° Resolución: 2630 18 de febrero del 2019.	Versión: No consigna	Fecha: Febrero 2019	Fecha vigencia: no consigna.	N° páginas: 1
Elaborado por: No consigna		Aprobado por: Ricardo Salazar C. Director hospital regional de Antofagasta		
Nombre responsable: Srta. Gabriela Cristi		Cargo: responsable institucional del plan de prevención de incendios	Profesión: prevencionista de riesgo	
Observación: Se tiene a la vista "Resolución exenta N°0692", de fecha 26/01/2015. Nombra como responsable institucional del plan de prevención de incendios al "Encargado de la unidad de prevención de riesgos y salud ambiental". Aprobado por Marcelo Flores Varas. Director (S). Hospital regional de Antofagasta. Cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación. Se da por cumplido el elemento medible.				

INS 1.1 – Segundo elemento medible: Se documenta un plan institucional de prevención de incendios.

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento: PLAN DE PREVENCIÓN DE INCENDIO HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA					
N° Resolución: N°000013 19 de enero del año 2018	Versión: 06	Fecha: Enero 2018	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 22	
Elaborado por: Gabriela Cristi Jiménez. Prevencionista de Riesgos.		Aprobado por: Ricardo Salazar Cabrera. Director Hospital Regional de Antofagasta			
Considera (SI/NO)	1. Medidas preventivas generales	SI	2. Medidas preventivas específicas	SI	

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento institucional, el que indica en la página 2, que el alcance del plan de incendio es que es aplicable a todas las personas que realicen sus labores en el hospital regional de Antofagasta.

En la página 7, describe las actividades de prevención de incendio según se indica:
Identificación de áreas de riesgo de incendio:

- Dentro de las áreas evaluadas como de mayor criticidad están: Bodegas de almacenamiento. bodega de sustancias peligrosas, estanque criogénico de Oxígeno, planta de gases clínicos.
- Inspecciones de seguridad: las bodegas cuya administración dependa de la Sociedad Concesionaria Salud Siglo XXI serán examinadas en conjunto con la inspección fiscal y el prevencionista del Hospital Regional de Antofagasta, como mínimo semestralmente, verificando los siguientes puntos de inspección:

- Inspección de los elementos de control de Incendio.
- Verificar que se cumplan las condiciones de prevención de riesgo generales, según lo estipulado en el Decreto Supremo N° 594.

- En los recintos bajo la administración exclusiva del Hospital Regional de Antofagasta se realizará una inspección semestralmente, verificando los siguientes puntos de inspección:

- Capacitación de los funcionarios en el uso de extintores.
- Almacenamiento de artículos por categoría y peligrosidad.
- El periodo de inspección puede variar o sea más de una inspección al mes, de acuerdo a los siguientes criterios:
- Cambios estructurales en las bodegas.
- Modificación de la instalación eléctrica.
- Almacenamiento de nuevos artículos o sustancias inflamable
- Cambios estructurales en las bodegas.
- Modificación de la instalación eléctrica.
- Almacenamiento de nuevos artículos o sustancias inflamable

En la página 11, indica que los sistemas de protección activa son los siguientes:

- Panel de control de incendio.
- Sistema de audio-evacuación, amplificadores, parlantes, micrófonos.
- Teléfonos de emergencia.
- Retenedores magnéticas puertas corta fuegos.
- Pulsadores manuales de alarma.
- Sistemas de extinción: Rociadores (Sprinklers), Extintores de diferentes tipos: PQS (polvo químico seco}, C02 (dióxido de carbono), espuma y otros.
- Estanque de agua para sistema contra incendio, con sistema de bombas, estanque hidroneumático y alarmas.
- Equipos de brigada de bomberos interna.
- Extinción Manual con Extintores Portátiles, Unidades Rodantes y Mangueras.
- Red Seca.
- Grifos de agua contra Incendio para uso de Bomberos conectados a la Red Pública (grifos de calle a suministrar por el Concesionario).

- Sistema de Detección y Alarma de Tipo Inteligente con Paneles en Red para las diversas Edificaciones.
- Sistema de Iluminación de Emergencia, con sistema estroboscópico para señalización de vías de escape.
- Detectores de Humo en Duetos Principales del Sistema de Aire Acondicionado.
- Sistemas en base a gases limpios para Protección de Recintos con Equipos Eléctricos y Electrónicos de alto costo. El Concesionario deberá evaluar la conveniencia de implementación de este sistema u otro(s), y proponer una alternativa que lo reemplace o complemente, para recintos con este tipo de equipos. tales como, sistema de pulverización de agua.
- Red Húmeda, con manómetro.
- Red Inerte.
- Sistema de combate de incendio en helipuerto, de acuerdo a recomendaciones de la Dirección de Aeronáutica Civil.
- Otros que el Concesionario estime necesarios y/o se deduzca del modelamiento dinámico y estudio de carga combustible que deberá realizar.
- La Red Inerte se aplicará en este proyecto independiente del número de pisos, para cada uno de los edificios.

Extintores: Por tratarse de equipos de primera intervención contra amagos de incendio, de tal forma que no pasen a la categoría de incendio. se encuentran distribuidos en todas las áreas indicadas y es responsabilidad de la sociedad concesionaria tenerlos operativos en todo momento con dispositivos (gabinetes) de fácil acceso.

Medidas de prevención para gases clínicos:
- Manipulación de cilindros y otros gases clínicos: No golpear nunca los cilindros, todos los cilindros deben tener la tapa de la válvula puesta, para trasvasijar gases de un cilindro a otro, no exponer los cilindros a altas temperaturas, todas las señales de seguridad deben estar en buenas condiciones, no engrasar o aceitar ningún elemento que vaya a ser usado con oxigeno sea liquido o gaseoso, no usar oxigeno como reemplazo del aire comprimido.
- Almacenamiento de cilindros: Estos deben estar alejados del edificio principal, los cilindros llenos deben estar almacenados separados de los vacíos, los cilindros deben estar sujetos por una cadena u otro similar, se deben almacenar y transportar en forma vertical, cilindros identificados (contenido. riesgos y precauciones).
- En la Planta de gases clínicos debe existir una carpeta que contenga las hojas de datos de seguridad de cada agente almacenado en el lugar

En la página 17, se describen las medidas de prevención general:
- Capacitación en el uso de los extintores: En concordancia a lo establecido en el D.S 594, se capacitará a los funcionarios en el uso correcto de los extintores en cuanto a la forma teórica como practica de los mismos.
- Mantener zonas de fumadores alejadas de áreas de riesgos de incendio y/o explosiones.
- Mantener señalización de seguridad en áreas de riesgo de incendio y/o explosiones.
- Los recipientes que contengan líquidos inflamables deberán estar en estanterías de material incombustible y con puertas las que deben contar con ventilación.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista los siguientes documentos anteriores: PROCEDIMIENTO "PLAN DE PREVENCIÓN DE INCENDIO HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA", versión 5, fecha de aprobación de abril 2016, elaborado por Alejandro Gaete, prevencionista de riesgo. Aprobado por Sr. Juan Urrutia. Director Hospital Regional de Antofagasta. Cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

INS 1.1 – Tercer elemento medible: Existe informe de evaluación de riesgo de incendio elaborado por bomberos (quinquenal)

Dirección o Gerencia		
Nombre del informe: INFORME RIESGO DE INCENDIO HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA		
Elaborado por: corporación caballeros del fuego. Cuerpo de bomberos de Antofagasta. Cristian González Weber. Comandante Cuerpo de bomberos de Antofagasta.		
Fecha elaboración: 30/05/2019	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 27

Breve descripción del contenido del documento:
Informe describe la inspección de riesgo de incendio según se indica a continuación:
- Revisión del plan de emergencia y desastres.
- Acceso principal del hospital.
- Zona vertical de seguridad.
- Salidas de emergencia y vías de evacuación.
- Red de incendio.
- Helipuerto.
- Compartimentación.

Desde la página 18 se describen las conclusiones y recomendaciones:
1. El salvamento se verá dificultado por los problemas reportados en las zonas verticales de seguridad y puertas de evacuación.
2. La propagación se facilitará por el mal sellado de shafts y paso de cañerías y servicios.
3. La extinción se verá dificultada por problemas al acceso de redes secas, señalización de las entradas y grifos, vulnerabilidad del helipuerto ante derrame de combustible y fuego en caso de accidente aéreo. Se suma a esto la falta de coordinación con el Cuerpo de Bomberos de Antofagasta.
4. La organización del Hospital Regional de Antofagasta (HRA) presenta un plan de emergencia con varios COES que se establecen en caso de emergencia, pero se recomienda que se simplifique su operatividad, pues se trataría de organizaciones complejas y con muchos participantes.
5. La persona a cargo de la emergencia es el Director Médico o Médico de Urgencia y no se indica su ubicación o el establecimiento de un puesto de mando.
6. Se recomienda el establecimiento de un puesto de comando y la designación de un comandante de incidente según el

sistema de comando de incidentes, disciplina aún no oficial en nuestro país, pero ya en uso por ONEMI, Bomberos de Chile y CONAF a nivel nacional.

7. El puesto de comando debe estar ubicado preferentemente en el acceso del HRA con acceso a teléfonos, fuentes de energía y lugar físico para reunirse, planificar y dirigir.

Concluye finalmente que: "La solución de los problemas detectados pasa por las organizaciones participantes de esta concesión que deben tomar conocimiento de ellas, analizarlas y determinar su corrección.
La coordinación efectiva con el Cuerpo de Bomberos de Antofagasta pasa por la creación de un POE (Procedimiento Operativo Estandarizado) específico que se practique con regularidad, lo que mejoraría la condición de riesgo ante el accidente incendio del HRA.
Para este último punto, el Cuerpo de Bomberos que dirijo en la parte operativa, se encuentra permanentemente disponible para iniciar la coordinación según lo dispuesto en el artículo 6° de la ley Marco de Bomberos de 2012."

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

INS 1.1 – Cuarto elemento medible: Existe un análisis de los resultados del informe de la evaluación y decisiones adoptadas al respecto.

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento: ANÁLISIS DEL INFORME DE RIESGOS VULNERABILIDADES EMITIDO POR BOMBEROS					
Elaborado por: Gabriela Cristi Jiménez. Prevencionista de riesgos Hospital Regional Antofagasta			Aprobado por: Director Hospital Regional Antofagasta		
Fecha elaboración: Abril 2019			N° páginas: 14		
Considera (SI/NO)	1. Análisis de los resultados	SI	3. Medidas adoptadas		SI

Breve descripción del contenido del documento:
Documento tenido a la vista, describe desde la página 3, cada punto observado por bomberos, en sus hallazgos e indica el análisis.

ID	PUNTO	HALLAZGO	ANÁLISIS
1	Plan de Emergencias y Desastres (PL-CEYD-04)	En plan de emergencia no se aprecia coordinación con bomberos de acuerdo con lo establecido con la Ley Marco de Bomberos N° 20.364 del año 2012 art. 8.	Durante la confección inicial del Plan de Emergencias y Desastres del Hospital Regional de Antofagasta se tomó como principal orientación la coordinación entre Servicio de Salud (EMYDES) y el establecimiento, incluyendo los criterios de evacuación de paciente (TRIAGE), dentro del cual efectivamente, no se cuenta con una coordinación formal en conjunto con el Cuerpo de Bomberos de Antofagasta.
2	Acceso Principal Hospital Regional Antofagasta	Estacionamiento de vehículos no permitidos en la entrada principal del Hospital Regional Antofagasta. Dificultad para ingresar el carro bomba de bomberos en caso de emergencia e incumplimiento en el Decreto Supremo 47 de 1992 del Minvu Titulo IV capítulo 3 Condiciones de seguridad contra incendio artículo 4.3.20 y Ley de tránsito N° 18.290 articulo 160	Durante la ejecución de las visitas guiadas al Cuerpo de Bomberos de Antofagasta se realiza la revisión del perímetro del edificio y sus vías de ingreso vehiculares, por las que se constata que, efectivamente, por medio de calle Azapa deberá ingresar (en caso de ser necesario) vehículos de emergencia, entre ellos monta cargas, porta escala, generadores eléctricos, carro bomba, entre otros de grandes dimensiones. Las características de diseño de la calle Azapa, que incluye una derivación de la vía de tránsito vehicular principal con pendiente pronunciada hacia el sector en el cual se ubican la red seca, inerte y PEE sumado a la existencia de vehículos estacionados en ambos costados, evidencian, por parte del usuario, la falta de cultura preventiva ante diversas emergencias.

ID	PUNTO	HALLAZGO	ANÁLISIS
3	Zona Vertical de Seguridad	**1.-** Esta zona de seguridad vertical debe cumplir con algunas condiciones indicadas en el artículo 4.3.7 según la OGUC garantizando resistencia. **2.-** Condición insegura correspondiente a la salida vertical de calle Víctor Jara en donde se encuentra una cañería de gas licuado de petróleo desde el estanque exterior hacia la cocina, dos conexiones para alimentar con oxígeno y una puerta de shaft de servicios	Como Hospital Regional de Antofagasta, en relación al diseño de las vías de evacuación vertical, no se tiene certeza si su materialidad cumple o no lo indicado por el Cuerpo de Bomberos de Antofagasta, ello considerando que las instalaciones datan del año 2017, sujetos al modelo de concesión y administrado por medio del Ministerio de Obras Públicas, por lo que debe ser consultado a dicha entidad, a fin de brindar orientaciones técnicas adecuadas al respecto.

4	Salidas de Emergencia y vías de evacuación	**1.-** Bomberos observó que diversas salidas de emergencia no cumplían con la señalización según las normas chilenas Nch2111 y Nch2189. **2.-** Bomberos incluye además en este Ítem las salidas de emergencias con cerraduras eléctricas (control de acceso) ya sea con huella digital o mediante tarjeta que no permiten la salida fluida de personas.	El Hospital Regional de Antofagasta cuenta con vías de evacuación demarcadas y señaladas, sin embargo, según la apreciación del Cuerpo de Bomberos de Antofagasta, estas serían insuficientes y considerando que su diseño, confección e instalación se encontraron sujetos al modelo de concesión, bajo la administración del Ministerio de Obras Públicas, por lo que se debe revisar en conjunto a dicha entidad las falencias detectadas, a fin de subsanarlas.

ID	PUNTO	HALLAZGO	ANÁLISIS
5	Red Incendio	**1.-** Entrada Principal Calle Azapa: conexiones de red seca señalizadas, no obstante, en se encuentra una salida de color rojo que no cumple con la norma de grifos públicos Nch1646 de diseño y características de funcionamiento, que los determina de color amarillo de 100 mm de diámetro. **2.-** Calle Monte grande se ubican 3 grifos más de este tipo sin saber a qué circuito pertenecen, más una última entrada a red seca por calle Monte grande. Esta última alimentación no tiene señalización sobre qué área del hospital alimenta. **3.-** Todas las salidas de la red húmeda ubicadas en el piso -1 planta baja se cuentan con manguera colapsable de 1". Esto se encuentra prohibido por el DS 50 del MOP, Reglamento de instalaciones Sanitarias de Agua potable y Alcantarillado, RIDDA art. 53. **4.-** En el HRA existen dos entradas de Red inerte por calle Azapa en ambos costados de la entrada principal, pero no se encuentran señalizadas.	Como Hospital Regional de Antofagasta, en relación al diseño del sistema de Protección Contra Incendios (PCI), no se tiene certeza si su materialidad cumple o no lo indicado por el Cuerpo de Bomberos de Antofagasta, ello considerando que las instalaciones datan del año 2017, sujetos al modelo de concesión y administrado por medio del Ministerio de Obras Públicas, por lo que debe ser consultado a dicha entidad, a fin de brindar orientaciones técnicas adecuadas al respecto.
6	Instalaciones Helipuerto	**1**.- El helipuerto no cuenta con canaletas receptoras de posibles derrames de combustibles, además de un sistema interceptor del mismo con capacidad para el helicóptero de mayor capacidad que pueda operar allí. **2**.- En el Capítulo F, plan de emergencia para Helipuertos artículo 155.701, se indica que los helipuertos elevados deben contar con un sistema capaz de aplicar espuma de baja expansión a razón de 250 l/min. Como así mismo indica que debe haber servicio de salvamento y extinción de incendios en el helipuerto.	Como Hospital Regional de Antofagasta, en relación al diseño del Helipuerto, no se tiene certeza si su materialidad cumple o no lo indicado por el Cuerpo de Bomberos de Antofagasta, ello considerando que las instalaciones datan del año 2017, sujetos al modelo de concesión y administrado por medio del Ministerio de Obras Públicas, por lo que debe ser consultado a dicha entidad, a fin de brindar orientaciones técnicas adecuadas al respecto.

ID	PUNTO	HALLAZGO	ANÁLISIS
7	Errores en la construcción que no cumple el concepto de "compartimentación"	Se observan espacios abiertos que permiten el paso de productos de la combustión de incendio, no cumpliendo lo indicado en la OGUC en su Capítulo 3, articulo 4.3.1 que indica que el diseño de los edificios debe, entre otras cosas, evitar la propagación, tanto al resto del edificio, como de un edificio a otro.	Las áreas a las que hace alusión el Cuerpo de Bomberos de Antofagasta, son estricta administración de la Sociedad Concesionaria, por lo que no se tiene acceso a los recintos antes señalados. Debido a lo anterior, como Hospital Regional de Antofagasta, en relación al diseño del shaft de comunicación no se tiene certeza si su materialidad cumple o no lo indicado por el Cuerpo de Bomberos de Antofagasta, ello considerando que las instalaciones datan del año 2017, sujetos al modelo de concesión y administrado por medio del Ministerio de Obras Públicas, por lo que debe ser consultado a dicha entidad, a fin de brindar orientaciones técnicas adecuadas al respecto.

Desde la página 7, indica las medidas de control, según cada hallazgo, acciones a realizar y plazos.

ID	TITULO	PUNTO	DESCRIPCIÓN PUNTO	ACCIONES POR REALIZAR	PLAZO

1	Informe de riesgos de incendio por parte de bomberos	Documento Emitido por el Cuerpo de Bomberos Antofagasta	Se presenta informe de vulnerabilidades de incendio por parte de bomberos correspondiente al Hospital regional Antofagasta	Se extiende Oficio de Inspectora Sanitaria a Inspección Fiscal por parte del Hospital Regional para indicar los hallazgos obtenidos en el informe de bomberos para que esto pueda ser extendido a Sociedad Concesionaria.	Primer Semestre año 2019	
2	Plan de Emergencias y Desastres (PL-CEYD-04)	Coordinación con Bomberos	En plan de emergencia no se aprecia coordinación con bomberos de acuerdo con lo establecido con la Ley Marco de Bomberos N° 20.364 del año 2012 art. 8.	Actualizar plan de emergencia de acuerdo con los nuevos lineamientos y operatividad del edificio y enviar nuevamente este documento a Bomberos. Corregir también en anexo 2 plan de emergencia	El Departamento de Operaciones en conjunto con la unidad de Prevención de riesgos gestionará la coordinación y confección de POE con bomberos año 2019	
				Coordinar simulacro de emergencia en conjunto con bomberos		
				Tomar Contacto con el comandante del cuerpo de bomberos de Antofagasta para iniciar proceso de coordinación ante emergencias con el hospital. Así mismo bombero debe realizar Procedimiento Operativo Estandarizado (POE)		
3	Acceso Principal Hospital Regional Antofagasta	Estacionamiento de vehículos no permitidos en la entrada principal del Hospital Regional Antofagasta	Dificultad para ingresar el carro bomba de bomberos en caso de emergencia e incumplimiento en el Decreto Supremo 47 de 1992 del Minvu Titulo IV capítulo 3 Condiciones de seguridad contra incendio artículo 4.3.20 y Ley de tránsito N° 18.290 articulo 160	Solicitar a Sociedad Concesionaria por medio de Inspección Fiscal a través del oficio emitido por Inspectora Sanitaria, achurar el área de la calle de ingreso hacia el hospital y la evaluación de la inclusión de topes o cualquier elemento de disuasión para evitar que los vehículos se estacionen en el costado izquierdo de la calzada.	Inspección Fiscal - Sociedad Concesionaria deberán coordinar como subsanar este hallazgo. **Plazo**: Segundo semestre año 2019	
				Generar labores permanentes de fiscalización por parte de Carabineros e inspectores de la dirección del tránsito de la municipalidad control de Acceso de la calle.	Dirección Establecimiento HRA	

	4	Zona Vertical de Seguridad	Zona vertical de Seguridad de la torre hospitalización	Esta zona de seguridad vertical debe cumplir con algunas condiciones indicadas en el artículo 4.3.7 según la OGUC en su título IV capítulo 3 y numero 2 destacando que toda zona vertical de seguridad debe garantizar una resistencia al fuego correspondiente a la que se indica en la tabla de su artículo 4.3.3 y los muros de esta deben de ser tipo F-120 según la tabla de resistencia al fuego requerida para los elementos de construcción de edificios. Se observan además que los ventanales de estas zonas de seguridad pueden abrirse de forma manual lo que representaría una vulnerabilidad	Solicitar a Sociedad Concesionaria por medio de Inspección Fiscal a través del oficio emitido por Inspectora Sanitaria: el sello de estos ventanales para evitar el ingreso desde el exterior de calor humo y gases de incendios que afecten a las instalaciones. También se solicita a sociedad concesionaria pronunciamiento técnico correspondiente a la resistencia de F-120 presenta la zona vertical de seguridad del edificio TH incluyendo en estos los ventanales para demostrar que cumple con la normativa de zona vertical de seguridad.	Segundo Semestre 2019	
				Condición insegura correspondiente a la salida vertical de calle Víctor Jara en donde se encuentra una cañería de gas licuado de petróleo desde el estanque exterior hacia la cocina, dos conexiones para alimentar con oxígeno y una puerta de shaft de servicios	Solicitar a Sociedad Concesionaria por medio de Inspección Fiscal a través del oficio emitido por Inspectora Sanitaria pronunciamiento técnico por parte de la sociedad concesionaria	Segundo Semestre 2019	
	5	Salidas de Emergencia y vías de evacuación	No cumplimiento con la señalización de acuerdo con la NCh 2111 y NCh 2189 Capitulo 2 condiciones generales de seguridad	Bomberos observó que diversas salidas de emergencia no cumplían con la señalización según las normas chilenas Nch2111 y Nch2189.	Solicitar a Sociedad Concesionaria por medio de Inspección Fiscal a través del oficio emitido por Inspectora Sanitaria Incluir señalética en vías de evacuación de acuerdo con la norma chilena 2189 punto 5.2.2 las señales deben ir acompañadas de flecha direccional	Segundo Semestre 2019	
				Bomberos incluye además en este Ítem las salidas de emergencias con cerraduras eléctricas (control de acceso) ya sea con huella digital o mediante tarjeta que no permiten la salida fluida de personas.	Solicitar a Sociedad Concesionaria por medio de Inspección Fiscal a través del oficio emitido por Inspectora Sanitaria de acuerdo lo expresado por el COE de emergencias y desastres la revisión y protocolización de aperturas de puertas de acuerdo con tipo de emergencia y gradualidad de evacuación en caso de emergencia y desastres.	Segundo Semestre 2019	

	6	Red Incendio	Red de incendio en las instalaciones del Hospital Regional Antofagasta	Entrada Principal Calle Azapa: conexiones de red seca señalizadas, no obstante, en se encuentra una salida de color rojo que no cumple con la norma de grifos públicos Nch1646 de diseño y características de funcionamiento, que los determina de color amarillo de 100 mm de diámetro.	Solicitar a Sociedad Concesionaria por medio de Inspección Fiscal consultar si efectivamente este tipo de sistema de incendio corresponde a la una salida de grifos para mitigación de incendio. De ser así, solicitar el cumplimiento de lo descrito en informe de bomberos, cambiar el color de este y dar cumplimiento a la norma de 1646 de diseño y características.	Segundo semestre 2019
				Calle Monte grande se ubican 3 grifos más de este tipo sin saber a qué circuito pertenecen, más una última entrada a red seca por calle Monte grande. Esta última alimentación no tiene señalización sobre qué área del hospital alimenta.	Solicitar a Sociedad Concesionaria por medio de Inspección Fiscal consultar a que circuito pertenecen estos sistemas de mitigación de incendio y entregar información correspondiente al sistema de alimentación, así como también la ubicación del lugar que alimenta dentro del hospital. ya que se corre el peligro de alimentar la red equivocada ante un incendio en el hospital Regional Antofagasta.	Segundo semestre 2019
			Salidas de Red húmeda al interior del Hospital Regional Antofagasta	Todas las salidas de la red húmeda ubicadas en el piso -1 planta baja se cuentan con manguera colapsable de 1". Esto se encuentra prohibido por el DS 50 del MOP, Reglamento de instalaciones Sanitarias de Agua potable y Alcantarillado, RIDDA art. 53	Solicitar a Sociedad Concesionaria por medio de Inspección Fiscal regularizar este incumplimiento y normalizar de acuerdo con lo indicado por el decreto supremo 50 art. 53 "indica que la red húmeda debe contar con manguera semirrígida de 1" la cual permita su rápida operación.	Segundo Semestre 2019 - Primer semestre 2020
			Red Inerte en instalaciones Hospital Regional Antofagasta	En el HRA existen dos entradas de Red inerte por calle Azapa en ambos costados de la entrada principal, pero no se encuentran señalizadas.	Solicitar a Sociedad Concesionaria por medio de Inspección Fiscal señalizar correctamente las entradas de red inerte que se encuentran a los costados de la entrada principal.	Segundo semestre 2019
	7	Instalaciones Helipuerto	Sistema de derrame de combustibles y de control de incendios	El helipuerto no cuenta con canaletas receptoras de posibles derrames de combustibles, además de un sistema interceptor del mismo con capacidad para el helicóptero de mayor capacidad que pueda operar allí.	Solicitar a Sociedad Concesionaria por medio de Inspección Fiscal a través del oficio emitido por Inspectora Sanitaria pronunciamiento técnico correspondiente a este punto y la evaluación de inclusión sistema contención de derrame de combustible de helicópteros.	Segundo semestre 2020

			En el Capítulo F, plan de emergencia para Helipuertos artículo 155.701, se indica que los helipuertos elevados deben contar con un sistema capaz de aplicar espuma de baja expansión a razón de 250 l/min. Como así mismo indica que debe haber servicio de salvamento y extinción de incendios en el helipuerto.	Solicitar a Sociedad Concesionaria por medio de Inspección Fiscal a través del oficio emitido por Inspectora Sanitaria pronunciamiento oficial sobre el incumplimiento y evaluar la inclusión de un sistema de espuma de baja expansión.	Segundo semestre 2019 - Primer semestre 2020	
8	Errores en la construcción que no cumple el concepto de "compartimentación"	Shaft	Se observan espacios abiertos que permiten el paso de productos de la combustión de incendio, no cumpliendo lo indicado en la OGUC en su Capítulo 3, articulo 4.3.1 que indica que el diseño de los edificios debe, entre otras cosas, evitar la propagación, tanto al resto del edificio, como de un edificio a otro.	Solicitar a Sociedad Concesionaria por medio de Inspección Fiscal a través del oficio emitido por Inspectora Sanitaria pronunciamiento técnico y oficial sobre como mitigar este hallazgo identificando todos los puntos de pasada de cables o servicios que no se encuentren sellados en el HRA y proceder a sellarlos con materiales ignífugos o retardantes de llama, de manera de evitar y o demorar la propagación de los productos de la combustión.	Segundo semestre 2019 - Primer semestre 2020	

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

INS 1.1 – Quinto elemento medible: Se constatan elementos preventivos.

Constata recarga vigente de extintores:		
6	Piso -1	6
10	Piso 1	10
4	Piso 2	4
3	Piso 3	3
3	Piso 4	3
1	Piso 5	1
2	Piso 7	2
1	Piso 8	1

Constata red húmeda y seca accesibles:		
Red verificada	Lugar de verificación	N° Cumplen
7	Piso -1	7
5	Piso 1	5
7	Piso 2	7
4	Piso 3	4
2	Piso 4	2
2	Piso 7	2
3	Piso 8	3

Constata mantenimiento preventivo de red seca y húmeda y sistemas automatizados:

Red o sistema verificado	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documentos Revisados	Cumple
Metodología de constatación: se accede a planilla electrónica del universo de MP de la red seca y húmeda del prestador. Debido a que el hospital fue trasladado a un nuevo edificio, se constatan las MP de la red húmeda (42 Red húmeda) del edificio del hospital antiguo y se aplica Randomizer, para seleccionar 5 red húmeda para constatar las MP del periodo retrospectivo que aplica a este proceso de re acreditación. El Hospital regional de Antofagasta antiguo, no poseía red seca ni sistemas automatizados de mitigación de incendios.				
Red húmeda hospital regional de Antofagasta (antiguo).	Anual	23/05/2016	Orden de trabajo N°042098.	SI
Gabinete manguera de incendio I1121041	Anual	22/01/2018	Orden de trabajo N° 3421. SALUD SIGLO XXI	SI
Gabinete manguera de	Anual	05/11/2018	Orden de trabajo N° 46596. SALUD SIGLO XXI	SI

incendio I1121092				
Gabinete manguera de incendio I1121113	Anual	05/11/2018	Orden de trabajo N° 46603. SALUD SIGLO XXI	SI
Gabinete manguera de incendio I1121119	Anual	05/11/2018	Orden de trabajo N° 46609. SALUD SIGLO XXI	SI
I1115004 válvula de control rociadores subterráneo sector CDT y cafetería	Anual	20/09/2018	Orden de trabajo N° 38393. SALUD SIGLO XXI	SI
I1115001 Manifold válvula de control matriz principal	Anual	20/09/2018	Orden de trabajo N° 38390. SALUD SIGLO XXI	SI
I1116005 botella autónoma gas FM-200 (12 LTS) EN CUADRO ELECTRICO Nº2	Anual	08/01/2018	Orden de trabajo N° 642. SALUD SIGLO XXI	SI
I1124100 Red rociadores automáticos zona U2	Anual	17/03/2019	Orden de trabajo, sin número. SALUD SIGLO XXI	SI
I1103068 Detectores de incendios zona C2	Anual	24/03/2019	Orden de trabajo N° 12222. SALUD SIGLO XXI	SI
I1127126 Bocas de salida red seca zona H5	Anual	22/01/2018	Orden de trabajo N°3435. SALUD SIGLO XXI	SI
I1127176 Bocas de salida red seca zona C3	Anual	22/01/2018	Orden de trabajo N°3444. SALUD SIGLO XXI	SI
I1127116 Bocas de salida red seca zona H3	Anual	22/01/2018	Orden de trabajo N°3433. SALUD SIGLO XXI	SI
I1127168 Bocas de salida red seca zona C2	Anual	22/01/2018	Orden de trabajo N°3443. SALUD SIGLO XXI	SI
I1127106 Bocas de salida red seca zona H1	Anual	22/01/2018	Orden de trabajo N° 3431. SALUD SIGLO XXI	SI

CARACTERÍSTICA INS 1.1 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	1° EM:	2° EM:	3° EM:	4° EM:	5° EM:
Dirección o Gerencia	1	1	1	1	
General					1
Umbral de la característica: ≥ 80%	Puntaje total: 5/5		Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA INS 2.1 / HALLAZGOS

INS 2.1 – Primer elemento medible: Se ha designado responsable institucional del plan de evacuación.

Dirección o Gerencia		
Documento que designa nombramiento: RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: N° 2633 18 de febrero del 2019	Versión: No consigna	Fecha: Febrero 2019
Aprobado por: Ricardo Salazar C. Director Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: No consigna	N° páginas: 1
Nombre responsable: Gabriela Cristi	Cargo: Encargada salud ocupacional, prevención de riesgos y gestión ambiental	Profesión: Prevencionista de riesgos.
Observaciones: Se tiene a la vista "Resolución exenta N°2514", de fecha 11/04/2013. Nombra como responsable institucional responsable institucional del plan de evacuación al "jefe de la unidad de emergencia del Hospital Regional de Antofagasta". Aprobado por Dr. Juan Pablo Mattatall. Director Hospital regional de Antofagasta. Cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación. Se da por cumplido el elemento medible.		

INS 2.1 – Segundo elemento medible: Se documenta un plan institucional de evacuación que contempla al menos:

Nombre del documento: PLAN DE EVACUACIÓN HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA				
N° Resolución: N° 8339 17 de julio de 2018	Versión: 05		Fecha: Junio 2018	
Elaborado por: Gabriela Cristi Jiménez Prevencionista de Riesgos Hospital Regional Antofagasta		Aprobado por: Edgardo Álvarez Director Regional Hospital Antofagasta		
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años		N° páginas: 38	
El documento descrito contempla al menos (SI/NO):				
1. Responsables locales plan evacuación	SI	2. Funciones de los responsables		SI
3. Procedimiento de evacuación	SI	4. Sistema de comunicación alternativo		SI
Nombre responsable: Gabriela Cristi Jiménez	Cargo: Encargada salud ocupacional, prevención de riesgos y gestión ambiental		Profesión: Prevencionista de riesgo	
Breve descripción del contenido del documento:				

Se tiene a la vista documento institucional, el que indica en la página 8, que los responsables locales del plan de evacuación y sus funciones son:

- Director del Hospital: es el responsable institucional de este plan de evacuación quien le corresponde gestionar los recursos necesarios para La implementación de este, además es quien da la autorización para la evacuación de todos los edificios incluyendo funcionarios y pacientes y la toma de decisiones relacionadas con la emergencia.
- Coordinador de Emergencia: asesorar al director en conjunto con el Centro de Operaciones de Emergencias COE, en materias de emergencia y desastres. Es quien entregará la información oportuna a todos los líderes de emergencia de acuerdo a todas las decisiones tomadas en COE central.
- Inspección fiscal: velar por el funcionamiento óptimo de todos los servicios prestados por la sociedad concesionaria y de la ejecución del contrato.
- Sociedad concesionaria: correcto funcionamiento y gestión de los servicios concesionados, siendo los primeros en solucionar contingencias relacionadas con la prestación de sus servicios.
- Médico Jefe de Tumo de la unidad de emergencia UE: es quien asumirá el rol y funciones como director en horario inhábil en caso de emergencia.
- COE de Emergencias y Desastres del HRA: encargados de asesorar al director en la toma de decisiones en materia de emergencia y desastres.
- Jefe y Supervisor/a de Unidad: difundir el procedimiento de Evacuación, solicitar insumes e implementos necesarios para la preparación de la respuesta y organizar actividades de simulación o simulacro en su unidad.
- Líder de emergencia: responsable de organizar al personal de su área para una eventual evacuación.

En la página 10 se describe el procedimiento de evacuación, según se indica a continuación:

Orden de evacuación: será de responsabilidad exclusiva del director del Hospital Regional de Antofagasta, en su ausencia el médico jefe de turno de la unidad de emergencia; esta orden se transmitirá a través de los parlantes con que cuenta el edificio por medio de mensajes pregrabados, el cual indicarán el tipo de emergencia y que guiarán a una evacuación segura y expedita.

Tipo de evacuación:

- Evacuación Parcial: se desarrollará cuando la emergencia sea detectada oportunamente y solo requiera la evacuación del piso afectado y, además, por seguridad, los pisos inmediatamente superior e inferior. Las personas se dirigirán hasta el Punto de Reunión o Zona de Seguridad dentro del edificio, según sea el tipo de emergencia. La evacuación parcial se produce generalmente ante un asalto, inundación local o un foco de fuego controlado inmediatamente.
- Evacuación Total: Se realizará cuando la situación de emergencia sea de gran envergadura, como un incendio declarado, llamas violentas hacia el exterior o interior del edificio, presencia de humo en áreas comunes y peligro inminente de propagación por shaft o aberturas propias del edificio, como la de los ascensores, por ejemplo. También en casos que pongan en riesgo la seguridad de las personas, como escape de gas o amenaza de bomba. En dicho caso se procederá a evacuar totalmente el edificio, siguiendo las instrucciones establecidas en este documento.

Evacuación de pacientes:

- Primera Prioridad de Evacuación: pacientes que puedan desplazarse por sí mismos. En estos casos se recomienda formarlos en grupos, para que funcionarios capacitados los conduzcan hasta las zonas de seguridad. Los niños deberán intercalarse entre los adultos con el fin brindarles seguridad y mantener el orden y la calma.
- Evacuación de Pacientes: El personal que participa en la evacuación es el de la propia Unidad y pueden contar con el apoyo de otras unidades. que seguirán las instrucciones del líder de emergencia de la unidad evacuada. La elección del método de traslado de enfermos a utilizar estará en función del estado, patología del paciente, edad, etc.

Procedimiento de evacuación en caso de amago de incendio:

- El funcionario que detecta el fuego deberá inmediatamente utilizar el extintor más próximo, siempre y cuando sepa utilizarlo, con el objetivo de evitar su propagación.
- En caso de que el funcionario no sepa utilizar el extintor o no se pueda controlar el fuego, se deberá notificar utilizando el sistema de comunicación en los teléfonos SOS que se encuentran en los gabinetes de red húmeda los que derivarán la llamada a la sala de comando de seguridad, quien notificará a bomberos. Anexo 4.
- Se deberá restringir el acceso de personas y cerrar puertas colindantes para evitar la propagación de humos tóxicos.
- En caso de que el fuego sea detectado por dos o más funcionarios, uno de ellos deberá utilizar el extintor (siempre que sepa ocuparlo) para controlar el fuego y el segundo funcionario dará la voz de alerta en primer lugar a las personas que se encuentren próximas a la zona del fuego.

Procedimiento de Evacuación en Caso de Incendio:

- En el caso de no poder controlar el fuego con el extintor, se deberé hacer abandono del área por la vía o puerta dejada para tal efecto.
- En zona donde no existan los rociadores, se deberá activar la alarma sonora (pull de Incendio - Anexo 4) más cercana, la que activará el protocolo de emergencia para realizar la evacuación del área. Para esto se utilizarán las vías de evacuación señaladas en los planos del edificio.
- Al oír el sonido de una alarma u orden de evacuación, conservar la calma y evacuar hacia las zonas de seguridad, sin infundir el pánico o salir corriendo.
- No provocar un pánico colectivo hacia los funcionarios y personal externo.
- La vía de evacuación a utilizar deberá ser la más próxima y la que se encuentre en forma inmediatamente contraria al área de generación del incendio.
- Los líderes de evacuación de cada unidad deberán indicar a los funcionarios como evacuar y guiar al grupo al punto de encuentro más cercano a la unidad siempre y cuando esté alejado del riesgo que se presente.
- En el caso de los pisos de en torre hospitalización los cuales se cuenten con pacientes hospitalizados, los líderes de emergencia deberán guiar a las personas a su cargo por la vía de evacuación hasta la zona de seguridad ubicadas al interior del edificio, mientras que la evacuación de los pisos inferiores (-1, 1 y 2) lo deberán hacer a los puntos de encuentro de

emergencia en el exterior del establecimiento. (Anexo 1)
- El orden de evacuación (se privilegiará la evacuación del tipo horizontal y/o vertical en caso de que aplique) de los pacientes hospitalizados, deberá ser en base al TRIAGE de evacuación de pacientes y a la evaluación médica del paciente.
- Si alguna persona se negase a abandonar el recinto, se le tratará de explicar brevemente la situación informándole del riesgo al cual se expone.
- Si aun así la persona no desea evacuar, una vez en el primer piso, se le dará aviso al coordinador de emergencia, quien comunicará la situación a bomberos y carabineros, para que estos se hagan cargo.
- Por ningún motivo se debe volver a ingresar al lugar donde ha ocurrido el incendio hasta que la autoridad competente le de la orden al coordinador de emergencia y este comunique a los líderes de emergencia que se puede volver a retomar las actividades de forma normal.
- El líder de emergencia deberá realizar un listado de las personas (funcionarios y pacientes) que evacuaron y que se encuentran en el punto de encuentro el cual puede ser al interior o exterior del edificio.
- Los jefes o supervisores de las unidades deberán informar a las autoridades del hospital o miembros de la Unidad de Emergencia sobre los pacientes que requieren atención médica especializada de urgencia.

Procedimiento de Evacuación en Sismo o temblor
- Al momento del sismo mantener la calma y resguardar la vida. No utilizar las escaleras ni los ascensores, mientras el edificio se encuentre en movimiento.
- Durante el sismo suspender la actividad que está realizando, a no ser que sea un procedimiento clínico del cual dependa la vida del paciente.
- Alejarse de ventanas y pasillos vidriados que pudieran explosar, alejar a los pacientes de las ventanas o en su defecto cubrirlos con una frazada u otro elemento grueso.
- No correr, si observa que se derrumban objetos y superficies a su alrededor, y se ve imposibilitado de abandonar el área, adopte una posición fetal y cubra su cabeza y cuello con brazos y manos.
- Permanecer en esta posición hasta que el sismo termine.
- Si fuera necesario evacuar, el líder de emergencia avisará oportunamente, cuando el movimiento telúrico haya concluido.
- Terminado el sismo y si está en condiciones de hacerlo, presentarse ante la jefatura y/o líder de emergencia.
- Para las unidades ubicadas en el piso -1 se debe realizar la auto evacuación por seguridad.
- Si no puede desplazarse, mantener la calma y tratar de comunicarse a viva voz.
- Si alguna persona se encuentra en otro piso distinto al suyo durante un siniestro deberá someterse a las instrucciones del líder de Emergencia del piso respectivo donde se encuentra.
- La evacuación deberá hacerse hacia a los puntos de encuentro de emergencia en el exterior del establecimiento.

Procedimiento de emergencia en caso de Inundaciones provocadas por factores naturales:
- Ubicar en altura objetos, insumos u otros, que pudiesen ser afectados por el contacto con el agua.
- El personal de la empresa de seguridad por parte de la sociedad concesionaria deberá controlar el acceso de personal no autorizado a la zona anegada, durante las reparaciones que se estén realizando para su pronta puesta en marcha.
- Los líderes de evacuación serán los responsables de informar sobre la situación generada al resto de los funcionarios, pacientes y público en general.

En la página 33, indica que los puntos de encuentro, al finalizar el procedimiento de evacuación serán:
- Calle Azapa (Hall principal)
- Calle Montegrande - Sector ubicado al lado de la entrada de vehículos particulares (excepto ante amenaza de Tsunami o aluvión)
- Calle Víctor Jara - Sector ubicado fuera de Sala Cuna (excepto ante amenaza de Tsunami o aluvión) y Sector Salida de Ambulancias (central de alimentación y Farmacia)

Sistema de comunicación alternativo: en la página 23 indica que el sistema de comunicación alternativo, es telefónico, de alto parlante ante la notificación de cualquier emergencia en los pasillos colindantes de todas las unidades, hall principal, subterráneo, etc. En caso de que estos sistemas no funcionen debido a alguna avería o daño infraestructural, se procederá a notificar a viva voz.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista los siguientes documentos anteriores:
- "PLAN DE EVACUACIÓN HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA", versión 4, fecha de aprobación de julio 2017, elaborado por Gabriela Cristi Jiménez. Ingeniero en prevención de riesgos. Aprobado por Dr. Francisco Bueno Natush. Director(S) Hospital Regional de Antofagasta.

- "PLAN DE EVACUACIÓN HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA", versión 3, fecha de aprobación de junio 2016, elaborado por Alejandro Gaete Urbina. Ingeniero en prevención de riesgos. Aprobado por Sr. Juan Urrutia Reyes. Director Hospital Regional de Antofagasta. Cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA

Dirección	PQ	UPC Ad.	UPC Ped	UPC Neo	Ped.	Neo	Cir. Inf.	Med.	Cir. Ad.	Sectores de espera de público en Cons. Amb.	Toma Muestra	URG
SI	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**

INS 2.1 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se han ejecutado anualmente simulacros y/o simulaciones del plan de evacuación.

Punto de Verificación	Documento Revisado	Fecha constatada

PQ 1	Se tiene a la vista los siguientes documentos: **Documento 1: Año 2018** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 28 noviembre 2018, preparado por Gabriela Cristi Jiménez, prevencionista de riesgos Hospital Regional Antofagasta, aprobado por Ricardo Salazar C., Director Hospital Regional Antofagasta. • En página 3 y 4, ítem alcance, señala la participación de funcionarios de la unidades de pabellón central, entre otros servicios. **Documento 2: Año 2017** • Informe de simulación 2017, diciembre 2017, preparado por equipo de calidad y seguridad del paciente Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Dr. Francisco Bueno N, Director (S) Hospital Regional Antofagasta. • En página 2 y 3, ítem alcance, señala la participación de funcionarios de la unidades de pabellón central, entre otros servicios. **Documento 3: Año 2016** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 29-dic-2016, preparado por Alejandro Gaete U., prevencionista de riesgos, coordinador comité de emergencias y desastres Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Sr. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional de Antofagasta. • En página 3 y 4, alcance ítem alcance, señala la participación de funcionarios de la unidades de pabellón central, entre otros servicios.	**Documento 1: 28-11-18** **Documento 2: Dic-2017** **Documento 2: 29-12-16**
PQ 2	**Documento 1:** Informe de evaluación de simulacro de evacuación 28 noviembre 2018. En la página 4, indica que su alcance es que participen los funcionarios de UCMA (Unidad de cirugía mayor ambulatoria). En la página 5 describe los resultados del simulacro, respecto a la actitud; evacuación; término de la evacuación; tiempo de respuesta; vías de evacuación; sistema de alarma; participación del público en general; puntos de encuentro emergencia. Se obtiene una nota promedio de 4,4, por lo que se entregan sugerencias a implementar. Posee un set fotográfico de los funcionarios que participan.	**28/11/2018**
PQ 3	**Documento 1:** Informe de evaluación de simulacro de evacuación 28 noviembre 2018. En la página 4, indica que su alcance es que participen los funcionarios de PQ cardiovascular. En la página 5 describe los resultados del simulacro, respecto a la actitud; evacuación; término de la evacuación; tiempo de respuesta; vías de evacuación; sistema de alarma; participación del público en general; puntos de encuentro emergencia. Se obtiene una nota promedio de 4,4, por lo que se entregan sugerencias a implementar. Posee un set fotográfico de los funcionarios que participan.	**28/11/2018**
	Documento 2: Informe de simulación diciembre 2017. En la página 3, en el ítem alcance, indica que participaron los funcionarios de PQ Cardiovascular. En el punto 6, indica los temas a desarrollar en la simulación, lo que fueron: - ¿Qué hacer en caso de incendio? - ¿Qué hacer en caso de amago de incendio? - ¿Qué hacer en caso de sismo? - ¿Dónde están las vías de evacuación? - ¿Cuáles son los puntos de encuentro? - ¿Quién ordena la evacuación? Se concluye que los funcionarios que participaron, fueron capaces de identificar los temas planteados, como las vías de evacuación y puntos de encuentro, según su ubicación en el establecimiento; quien da la indicación de evacuar en la institución y la priorización de evacuación de los pacientes de las respectivas áreas, según la situación planteada. Se tiene a la vista listado de asistencia de 6 funcionarios de PQ Cardiovascular.	**Diciembre 2017.**
	Documento 3: Informe de evaluación de simulacro de evacuación	**Enero 2017**

	29-Dic-2016. - En la página 4, en el ítem alcance, indica que participaron los funcionarios de PQ Cardiovascular. - En la página 5 describe los resultados del simulacro, respecto a la actitud asumida durante el simulacro; desplazamiento de las personas; tiempo de evacuación; sistema de alarma y comunicación, señalización y vías de evacuación; organización del simulacro. - Se obtiene una puntuación de 18 que califica al ejercicio como "Bueno". - Posee un set fotográfico de los funcionarios que participan.	
UPC Ad 1 UPC Ad 3	Se tiene a la vista los siguientes documentos en los servicios de UCI Adulto y UCI Coronaria: **Documento 1: Año 2018** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 28 noviembre 2018, preparado por Gabriela Cristi Jiménez, prevencionista de riesgos Hospital Regional Antofagasta, aprobado por Ricardo Salazar C., Director Hospital Regional Antofagasta. • En página 3 y 4, ítem alcance, señala la participación de funcionarios de la unidades de UCI Adulto y UCI Coronaria, entre otros servicios. **Documento 2: Año 2017** • Informe de simulación 2017, diciembre 2017, preparado por equipo de calidad y seguridad del paciente Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Dr. Francisco Bueno N, Director (S) Hospital Regional Antofagasta. • En página 2 y 3, ítem alcance, señala la participación de funcionarios de la unidades de UCI Adulto y UCI Coronaria entre otros servicios. **Documento 3: Año 2016** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 29-dic-2016, preparado por Alejandro Gaete U., prevencionista de riesgos, coordinador comité de emergencias y desastres Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Sr. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional de Antofagasta. • En página 3 y 4, alcance ítem alcance, señala la participación de funcionarios de la unidades de UCI Adulto y UCI Coronaria, entre otros servicios.	**Documento 1: 28-11-18** **Documento 2: Dic-2017** **Documento 2: 29-12-16**
UPC Ad 2	Para constatar la ejecución de simulacros se tienen a la vista: **Documento 1: AÑO 2018** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 28 noviembre 2018, preparado por Gabriela Cristi Jiménez, prevencionista de riesgos Hospital Regional Antofagasta, aprobado por Ricardo Salazar C., Director Hospital Regional Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: en el ejercicio participaron funcionarios de 36 unidades, las que se encuentran en un listado. • Entre las páginas 5 a 14 se encuentra la evaluación del ejercicio. **Documento 2: AÑO 2017** • Informe de simulación 2017, preparado por equipo de calidad y seguridad del paciente Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Dr. Francisco Bueno N, Director (s) Hospital Regional Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: en la actividad participaron funcionarios de 21 unidades que se encuentran en un listado. • En ítem 7, página 4, informa los resultados del ejercicio. **Documento 3: AÑO 2016** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 29-12-2016, preparado por Alejandro Gaete U., prevencionista de riesgos, coordinador comité de emergencias y desastres Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Sr. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional de Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: En la actividad participaron funcionarios de 15 unidades, las que se encuentran en un listado. • En el punto 6 desarrolla la evaluación del simulacro que al evaluar 6 ítems obtuvo 18 puntos totales los que en calificación	**28-11-2018** **00-12-2017** **29-12-2016**

	cualitativa equivalen a bueno según se consigna en el informe.	
UPC Ped	Para constatar la ejecución de simulacros se tienen a la vista: **Documento 1: AÑO 2018** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 28 noviembre 2018, preparado por Gabriela Cristi Jiménez, prevencionista de riesgos Hospital Regional Antofagasta, aprobado por Ricardo Salazar C., Director Hospital Regional Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: en el ejercicio participaron funcionarios de 36 unidades, las que se encuentran en un listado. • Entre las páginas 5 a 14 se encuentra la evaluación del ejercicio. **Documento 2: AÑO 2017** • Informe de simulación 2017, preparado por equipo de calidad y seguridad del paciente Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Dr. Francisco Bueno N, Director (s) Hospital Regional Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: en la actividad participaron funcionarios de 21 unidades que se encuentran en un listado. • En ítem 7, página 4, informa los resultados del ejercicio. **Documento 3: AÑO 2016** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 29-12-2016, preparado por Alejandro Gaete U., prevencionista de riesgos, coordinador comité de emergencias y desastres Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Sr. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional de Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: En la actividad participaron funcionarios de 15 unidades, las que se encuentran en un listado. • En el punto 6 desarrolla la evaluación del simulacro que al evaluar 6 ítems obtuvo 18 puntos totales los que en calificación cualitativa equivalen a bueno según se consigna en el informe.	**28-11-2018** **00-12-2017** **29-12-2016**
UPC Neo	Para constatar la ejecución de simulacros se tienen a la vista: **Documento 1: AÑO 2018** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 28 noviembre 2018, preparado por Gabriela Cristi Jiménez, prevencionista de riesgos Hospital Regional Antofagasta, aprobado por Ricardo Salazar C., Director Hospital Regional Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: en el ejercicio participaron funcionarios de 36 unidades, las que se encuentran en un listado. • Entre las páginas 5 a 14 se encuentra la evaluación del ejercicio. **Documento 2: AÑO 2017** • Informe de simulación 2017, preparado por equipo de calidad y seguridad del paciente Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Dr. Francisco Bueno N, Director (s) Hospital Regional Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: en la actividad participaron funcionarios de 21 unidades que se encuentran en un listado. • En ítem 7, página 4, informa los resultados del ejercicio. **Documento 3: AÑO 2016** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 29-12-2016, preparado por Alejandro Gaete U., prevencionista de riesgos, coordinador comité de emergencias y desastres Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Sr. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional de Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: En la actividad participaron funcionarios de 15 unidades, las que se encuentran en un listado. • En el punto 6 desarrolla la evaluación del simulacro que al evaluar 6 ítems obtuvo 18 puntos totales los que en calificación cualitativa equivalen a bueno según se consigna en el informe.	**28-11-2018** **00-12-2017** **29-12-2016**
Ped	Para constatar la ejecución de simulacros se tienen a la vista: **Documento 1: AÑO 2018** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 28 noviembre 2018, preparado por Gabriela Cristi Jiménez,	**28-11-2018** **00-12-2017** **29-12-2016**

	prevencionista de riesgos Hospital Regional Antofagasta, aprobado por Ricardo Salazar C., Director Hospital Regional Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: en el ejercicio participaron funcionarios de 36 unidades, las que se encuentran en un listado. • Entre las páginas 5 a 14 se encuentra la evaluación del ejercicio. **Documento 2: AÑO 2017** • Informe de simulación 2017, preparado por equipo de calidad y seguridad del paciente Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Dr. Francisco Bueno N, Director (s) Hospital Regional Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: en la actividad participaron funcionarios de 21 unidades que se encuentran en un listado. • En ítem 7, página 4, informa los resultados del ejercicio. **Documento 3: AÑO 2016** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 29-12-2016, preparado por Alejandro Gaete U., prevencionista de riesgos, coordinador comité de emergencias y desastres Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Sr. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional de Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: En la actividad participaron funcionarios de 15 unidades, las que se encuentran en un listado. • En el punto 6 desarrolla la evaluación del simulacro que al evaluar 6 ítems obtuvo 18 puntos totales los que en calificación cualitativa equivalen a bueno según se consigna en el informe.	
Neo	Para constatar la ejecución de simulacros se tienen a la vista: **Documento 1: AÑO 2018** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 28 noviembre 2018, preparado por Gabriela Cristi Jiménez, prevencionista de riesgos Hospital Regional Antofagasta, aprobado por Ricardo Salazar C., Director Hospital Regional Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: en el ejercicio participaron funcionarios de 36 unidades, las que se encuentran en un listado. • Entre las páginas 5 a 14 se encuentra la evaluación del ejercicio. **Documento 2: AÑO 2017** • Informe de simulación 2017, preparado por equipo de calidad y seguridad del paciente Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Dr. Francisco Bueno N, Director (s) Hospital Regional Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: en la actividad participaron funcionarios de 21 unidades que se encuentran en un listado. • En ítem 7, página 4, informa los resultados del ejercicio. **Documento 3: AÑO 2016** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 29-12-2016, preparado por Alejandro Gaete U., prevencionista de riesgos, coordinador comité de emergencias y desastres Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Sr. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional de Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: En la actividad participaron funcionarios de 15 unidades, las que se encuentran en un listado. • En el punto 6 desarrolla la evaluación del simulacro que al evaluar 6 ítems obtuvo 18 puntos totales los que en calificación cualitativa equivalen a bueno según se consigna en el informe.	**28-11-2018** **00-12-2017** **29-12-2016**
Cir. Inf	Para constatar la ejecución de simulacros se tienen a la vista: **Documento 1: AÑO 2018** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 28 noviembre 2018, preparado por Gabriela Cristi Jiménez, prevencionista de riesgos Hospital Regional Antofagasta, aprobado por Ricardo Salazar C., Director Hospital Regional Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: en el ejercicio participaron funcionarios de 36 unidades, las que se encuentran en un listado.	**28-11-2018** **00-12-2017** **29-12-2016**

	• Entre las páginas 5 a 14 se encuentra la evaluación del ejercicio. **Documento 2: AÑO 2017** • Informe de simulación 2017, preparado por equipo de calidad y seguridad del paciente Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Dr. Francisco Bueno N, Director (s) Hospital Regional Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: en la actividad participaron funcionarios de 21 unidades que se encuentran en un listado. • En ítem 7, página 4, informa los resultados del ejercicio. **Documento 3: AÑO 2016** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 29-12-2016, preparado por Alejandro Gaete U., prevencionista de riesgos, coordinador comité de emergencias y desastres Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Sr. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional de Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: En la actividad participaron funcionarios de 15 unidades, las que se encuentran en un listado. • En el punto 6 desarrolla la evaluación del simulacro que al evaluar 6 ítems obtuvo 18 puntos totales los que en calificación cualitativa equivalen a bueno según se consigna en el informe.	
Mqs 1	Para constatar la ejecución de simulacros se tienen a la vista: **Documento 1: AÑO 2018** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 28 noviembre 2018, preparado por Gabriela Cristi Jiménez, prevencionista de riesgos Hospital Regional Antofagasta, aprobado por Ricardo Salazar C., Director Hospital Regional Antofagasta. • En página 3,4 y 5, describe el alcance: en el ejercicio participaron funcionarios de 36 unidades, entre las que se encuentra la unidad de Medicina. • Entre las páginas 5 a 14 se encuentra la evaluación del ejercicio, que concluye con una puntuación de 4,4 (calificado como bueno) **Documento 2: AÑO 2017** • Informe de Simulación 2017, preparado por equipo de calidad y seguridad del paciente Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Dr. Francisco Bueno N, Director (s) Hospital Regional Antofagasta. • Destaca en página 2 Y señala el alcance: en la actividad participaron funcionarios de 20 unidades, entre las que se cuenta la Unidad de Medicina. • En ítem 7, página 4, informa el resultados del ejercicio. Como satisfactorio. • Se adjunta registro con firmas de funcionarios del servicio que participaron 10 en total. **Documento 3: AÑO 2016** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación realizado el 29/12/2016, preparado por Alejandro Gaete U., prevencionista de riesgos, coordinador comité de emergencias y desastres Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Sr. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional de Antofagasta. • En página 2 Y 3 describe el alcance: en la actividad participaron funcionarios de 43 unidades, las que se encuentra la unidad de Medicina. • En el punto 7 se describen los ítems evaluados durante el ejercicio: – Actitud asumida durante el simulacro – Desplazamiento de las personas – Tiempo de evacuación. – Sistema de alarma y comunicación . – Señalización y vías de evacuación – Organización del Simulacro. El ejercicio fue calificado con 18 puntos, lo que equivale a MUY BUENO.	**28-11-2018** **00-12-2017** **29-12-2016**
MQs 2	Para constatar la ejecución de simulacros se tienen a la vista: **Documento 1: AÑO 2018** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 28 noviembre 2018, preparado por Gabriela Cristi Jiménez,	**28-11-2018**

	prevencionista de riesgos Hospital Regional Antofagasta, aprobado por Ricardo Salazar C., Director Hospital Regional Antofagasta. • En página 3,4 y 5, describe el alcance: en el ejercicio participaron funcionarios de 36 unidades, entre las que se encuentra la unidad de Bloque Quirúrgico de Espacialidades. • Entre las páginas 5 a 14 se encuentra la evaluación del ejercicio, que concluye con una puntuación de 4,4 (calificado como bueno) **Documento 2: AÑO 2017** • Informe de Simulación 2017, preparado por equipo de calidad y seguridad del paciente Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Dr. Francisco Bueno N, Director (s) Hospital Regional Antofagasta. • Destaca en página 2 Y señala el alcance: en la actividad participaron funcionarios de 20 unidades, entre las que se cuenta la Unidad de Bloque Quirúrgico de Espacialidades . • En ítem 7, página 4, informa el resultados del ejercicio. Como satisfactorio. • Se adjunta registro con firmas de funcionarios del servicio que participaron 7 en total. **Documento 3: AÑO 2016** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación realizado el 29/12/2016, preparado por Alejandro Gaete U., prevencionista de riesgos, coordinador comité de emergencias y desastres Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Sr. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional de Antofagasta. • En página 2 Y 3 describe el alcance: en la actividad participaron funcionarios de 43 unidades, las que se encuentra la unidad de . Bloque Quirúrgico de Espacialidades • En el punto 7 se describen los ítems evaluados durante el ejercicio: – Actitud asumida durante el simulacro – Desplazamiento de las personas – Tiempo de evacuación. – Sistema de alarma y comunicación . – Señalización y vías de evacuación – Organización del Simulacro. El ejercicio fue calificado con 18 puntos, lo que equivale a MUY BUENO.	**00-12-2017** **29-12-2016**
MQs 3	Para constatar la ejecución de simulacros se tienen a la vista: **Documento 1: AÑO 2018** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 28 noviembre 2018, preparado por Gabriela Cristi Jiménez, prevencionista de riesgos Hospital Regional Antofagasta, aprobado por Ricardo Salazar C., Director Hospital Regional Antofagasta. • En página 3,4 y 5, describe el alcance: en el ejercicio participaron funcionarios de 36 unidades, entre las que se encuentra la unidad de Cirugía. • Entre las páginas 5 a 14 se encuentra la evaluación del ejercicio, que concluye con una puntuación de 4,4 (calificado como bueno) **Documento 2: AÑO 2017** • Informe de Simulación 2017, preparado por equipo de calidad y seguridad del paciente Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Dr. Francisco Bueno N, Director (s) Hospital Regional Antofagasta. • Destaca en página 2 Y señala el alcance: en la actividad participaron funcionarios de 20 unidades, entre las que se cuenta la Unidad de Cirugía. • En ítem 7, página 4, informa el resultados del ejercicio. Como satisfactorio. • Se adjunta registro con firmas de funcionarios del servicio que participaron 5 en total. **Documento 3: AÑO 2016** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación realizado el 29/12/2016, preparado por Alejandro Gaete U., prevencionista de riesgos, coordinador comité de emergencias y desastres Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Sr. Juan	**28-11-2018** **00-12-2017** **29-12-2016**

	Urrutia Reyes, Director Hospital Regional de Antofagasta. • En página 2 Y 3 describe el alcance: en la actividad participaron funcionarios de 43 unidades, las que se encuentra la unidad de Cirugía. • En el punto 7 se describen los ítems evaluados durante el ejercicio: – Actitud asumida durante el simulacro – Desplazamiento de las personas – Tiempo de evacuación. – Sistema de alarma y comunicación . – Señalización y vías de evacuación – Organización del Simulacro. El ejercicio fue calificado con 18 puntos, lo que equivale a MUY BUENO.	
MQs 4	Este servicio inicio sus funciones en Enero de 2019 razón por la cual aún o ha participado en ningún Simulacro.	**No aplica**
Salas de espera Cons. Amb	Para constatar la ejecución de simulacros se tienen a la vista: **Documento 1: AÑO 2018** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 28 noviembre 2018, preparado por Gabriela Cristi Jiménez, prevencionista de riesgos Hospital Regional Antofagasta, aprobado por Ricardo Salazar C., Director Hospital Regional Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: en el ejercicio participaron funcionarios de 36 unidades, las que se encuentran en un listado. • Entre las páginas 5 a 14 se encuentra la evaluación del ejercicio. **Documento 2: AÑO 2017** • Informe de simulación 2017, preparado por equipo de calidad y seguridad del paciente Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Dr. Francisco Bueno N, Director (s) Hospital Regional Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: en la actividad participaron funcionarios de 21 unidades que se encuentran en un listado. • En ítem 7, página 4, informa los resultados del ejercicio. **Documento 3: AÑO 2016** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 29-12-2016, preparado por Alejandro Gaete U., prevencionista de riesgos, coordinador comité de emergencias y desastres Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Sr. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional de Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: En la actividad participaron funcionarios de 15 unidades, las que se encuentran en un listado. • En el punto 6 desarrolla la evaluación del simulacro que al evaluar 6 ítems obtuvo 18 puntos totales los que en calificación cualitativa equivalen a bueno según se consigna en el informe.	**28-11-2018** **00-12-2017** **29-12-2016**
Toma de muestra 1	Para constatar la ejecución de simulacros se tienen a la vista: **Documento 1: AÑO 2018** • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 28 noviembre 2018, preparado por Gabriela Cristi Jiménez, prevencionista de riesgos Hospital Regional Antofagasta, aprobado por Ricardo Salazar C., Director Hospital Regional Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: en el ejercicio participaron funcionarios de 36 unidades, las que se encuentran en un listado. • Entre las páginas 5 a 14 se encuentra la evaluación del ejercicio. **Documento 2: AÑO 2017** • Informe de simulación 2017, preparado por equipo de calidad y seguridad del paciente Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Dr. Francisco Bueno N, Director (s) Hospital Regional Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: en la actividad participaron funcionarios de 21 unidades que se encuentran en un listado. • En ítem 7, página 4, informa los resultados del ejercicio.	**28-11-2018** **00-12-2017** **29-12-2016**

	Documento 3: AÑO 2016 • Informe de evaluación de simulacro de evacuación 29-12-2016, preparado por Alejandro Gaete U., prevencionista de riesgos, coordinador comité de emergencias y desastres Hospital Regional de Antofagasta, aprobado por Sr. Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional de Antofagasta. • Destaca en página 2, alcance: En la actividad participaron funcionarios de 15 unidades, las que se encuentran en un listado. • En el punto 6 desarrolla la evaluación del simulacro que al evaluar 6 ítems obtuvo 18 puntos totales los que en calificación cualitativa equivalen a bueno según se consigna en el informe.	
Toma de muestra 2	**Documento 1: Informe de evaluación de simulacro de evacuación.** Se constata documento de análisis de simulacro, donde se evalúan aspectos como la actitud del personal y la forma en que se desplazaron a las vías de evacuación. El personal de unidad de salud del personal, le corresponde evacuar hacia calle Azapa, la evaluación se realizó en conjunto a todo el personal que evacúa por estas vías. El documento concluye que el tiempo total de evacuación fue de 15 minutos aproximadamente, con una nota promedio de 4,4	**28-11-2018**
Toma de muestra 3	**Documento 1:Informe de evaluación de simulacro de evacuación.** Se constata documento de análisis de simulacro, donde se evalúan aspectos como la actitud del personal y la forma en que se desplazaron a las vías de evacuación. El personal de unidad de salud del personal, le corresponde evacuar hacia calle Azapa, la evaluación se realizó en conjunto a todo el personal que evacúa por estas vías. El documento concluye que el tiempo total de evacuación fue de 15 minutos aproximadamente, con una nota promedio de 4,4	**28-11-2018**
Urgencias	**Documento 1:** Se tiene a la vista informe de evaluación de simulacro de evacuación con fecha 28 noviembre 2018, documento preparado por Gabriela Cristi Jiménez; Prevencionista de riesgos del HRA y aprobado por Ricardo Salazar Cabrera; Director HRA. Documento consta de 21 páginas, en las cuales destaca: Página 3y 5, ítems 2.1 y 3, se describen objetivos específicos y alcance. En páginas 6 y 7 ítem 6, se describe desarrollo, el cual consta de ejecución de simulacro y evacuación. En página 13, ítem 7, se describen las conclusiones. En páginas 19 a la 21, ítem 11, se muestran evidencia del simulacro a través de fotografías.	**28-11-2018**
	Documento 2: Se tiene a la vista informe de simulación, diciembre 2017, documento preparado por Equipo de calidad y seguridad del paciente HRA y aprobado por Dr. Francisco Bueno N.; Director HRA. Documento consta de 5 páginas, en las cuales destaca: Página 2, ítems 2 y 3, se describen objetivos y alcance. En páginas ítem 6, se describe los puntos a desarrollar en la simulación de evacuación, entre los que destaca los temas a simular. En página 4, ítem, se describen los resultados. En página 5, anexo 1, se describe el listado de asistencia de simulación.	00-12-2017
	Documento 3: Se tiene a la vista informe de evaluación de simulacro de evacuación 29 diciembre 2016, documento preparado por Alejandro Gaete U.; Prevencionista de riesgos del HRA y aprobado por Sr. Juan Urrutia Reyes; Director HRA. Documento consta de 21 páginas, en las cuales destaca: Página 3 y 4, ítems 2.1 y 3, se describen objetivos específicos y alcance. En página 5, ítem 6, se describe evaluación del simulacro y resultados. En páginas 9 a la 10, se muestran evidencia del simulacro a través de fotografías.	29-12-2016

INS 2.1 – Cuarto elemento medible: Se constata que el personal entrevistado tiene conocimiento de aspectos generales del plan de evacuación.

Punto de verificación	N° Entrevistados	N° Respuestas correctas	N° Respuestas incorrectas	Cumple (SI/NO)
PQ	7	7	0	SI
UPC Ad	2	2	0	SI
UPC Ped	1	1	0	SI
UPC Neo	1	1	0	SI
Ped	7	4	3	NO
Neo	1	1	0	SI
Cir. Inf.	1	1	0	SI
MQs	24	20	4	SI
Salas Espera Cons. Amb.	8	8	0	SI
Toma de Muestras	24	22	2	SI
URG	4	4	0	SI
Total	**80**	**71**	**9**	**SI**

CARACTERÍSTICA INS 2.1 / FUNDAMENTOS

EM	Dirección	PQ	UPC Ad.	UPC Ped	UPC Neo	Ped.	Neo	Cir. Inf.	Med.	Cir. Ad.	Sec. Esp. De Público en Cons.Amb.	T. Muestra	URG
1° EM	1												
2° EM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3° EM		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4° EM		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%		Puntaje total: 38/38				Porcentaje obtenido: 100%						**Cumple: SI**	

CARACTERÍSTICA INS 2.2 / HALLAZGOS

INS 2.2 - Primer elemento medible: Se ha designado responsable institucional de la mantención y actualización periódica de la señalética de las vías de evacuación del establecimiento:

Dirección o Gerencia		
Documento que designa nombramiento: RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 2634 Del 18 de febrero del 2019.	Versión: No consigna.	Fecha: Febrero 2019
Elaborado por: No consigna.	Aprobado por: Ricardo Salazar C. Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional:	Fecha vigencia: No consigna.	N° páginas: 1
Nombre responsable: Gabriela Cristi	Cargo: Encargada salud ocupacional, prevención de riesgos y gestión ambiental	Profesión: Prevencionista de riesgos.
Observaciones: Se tiene a la vista "Resolución exenta N°0693", de fecha 26-01-2015. Nombra como responsable institucional responsable institucional de la mantención y actualización periódica de la señalética de las vías de evacuación a "encargado de la unidad de prevención de riesgos y salud ocupacional". Aprobado por Marcelo Flores Varas. Director Hospital Regional de Antofagasta. Cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación. Se da por cumplido el elemento medible.		

INS 2.2 Segundo elemento medible: Se constata disponibilidad de señalética de vías de evacuación (considerar iluminación, posición, tamaño, claridad de lectura o interpretación).

Sectores de Espera de Público		
Indicar ubicación de señaléticas observadas: Se observa el sector de espera de púbico de espera de imagenología. Se observa el cartel de salida de emergencia y vías de evacuación.		
Describir:	1. Iluminación: Posee señaléticas indicando la "salida" principal de evacuación, el resto de la señalética que aporta la dirección de la evacuación tiene iluminación aportada por la luz del ambiente, lo que está de acuerdo con la normativa nacional vigente.	2. Posición: -Señalética "Salida": desde el techo, en pasillos. -Señalética vías de evacuación: altura adecuada, orientadas hacia puertas de acceso que dirigen hacia zona de seguridad.
3. Tamaño: Están de acuerdo con la normativa nacional vigente.		4. Claridad de lectura: Legible, los símbolos y palabras que se utilizan en la señalización están de acuerdo con la normativa nacional vigente.
Sectores de Espera de Público		
Indicar ubicación de señaléticas observadas: Se observa el sector de espera de púbico de toma de muestras. Se observa el cartel de salida de emergencia y vías de evacuación.		
Describir:	1. Iluminación: Posee señaléticas indicando la "salida" principal de evacuación, el resto de la señalética que aporta la dirección de la evacuación tiene iluminación aportada por la luz del ambiente, lo que está de acuerdo con la normativa nacional vigente.	2. Posición: -Señalética "Salida": desde el techo, en pasillos. -Señalética vías de evacuación: altura adecuada, orientadas hacia puertas de acceso que dirigen hacia zona de seguridad.
3. Tamaño: Están de acuerdo con la normativa nacional vigente.		4. Claridad de lectura: Legible, los símbolos y palabras

		que se utilizan en la señalización están de acuerdo con la normativa nacional vigente.
Pasillos de Circulación		
Indicar ubicación de señaléticas observadas: Se observa el cartel de salida de emergencia y vías de evacuación de los pasillos de circulación de los 9 pisos del edificio. (desde el subterráneo al piso 8).		
Describir:	1. Iluminación: Posee señaléticas indicando la "salida" principal de evacuación, el resto de la señalética que aporta la dirección de la evacuación tiene iluminación aportada por la luz del ambiente, lo que está de acuerdo con la normativa nacional vigente	2. Posición: -Señalética "Salida": en puertas de acceso a las escaleras. -Señalética vías de evacuación: altura adecuada, orientadas hacia puertas de acceso que dirigen hacia zona de seguridad.
3. Tamaño: Están de acuerdo con la normativa nacional vigente.		4. Claridad de lectura: Legible, los símbolos y palabras que se utilizan en la señalización están de acuerdo con la normativa nacional vigente.

CARACTERÍSTICA INS 2.2 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección	Sector Espera Público	Sector Espera Público	Pasillos de Circulación
Primer elemento medible	1			
Segundo elemento medible		1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 4/4	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA INS 3.1 / HALLAZGOS

INS 3.1 – Primer elemento medible: Se ha designado un responsable institucional del mantenimiento preventivo de las instalaciones.

Dirección o Gerencia			
Documento que designa nombramiento: RESOLUCIÓN EXENTA			
N° Resolución: 2635 Del 18-02-2019	Versión: no consigna	Fecha: 18-02-2019	
Elaborado por: No consigna	Aprobado por: Ricardo Salazar C. Director Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: No consigna	N° páginas: 1	
Nombre responsable: Javier Pino Jiménez	Cargo: Jefe departamento de operaciones	Profesión: Ingeniero en construcción.	
Observaciones: Se tiene a la vista "Resolución exenta N°13999", de fecha 20-08-2014. Nombra como responsable institucional del mantenimiento preventivo de las instalaciones al jefe de la unidad de mantención del Hospital Regional de Antofagasta. Aprobado por Dra. Juana Pérez Moraga. Director (T. y O.) Hospital Regional de Antofagasta. Cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación. Se da por cumplido el elemento medible.			

INS 3.1 – Segundo elemento medible: Se documenta un programa de mantenimiento preventivo que incluye al menos:

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento: PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE INSTALACIONES HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA					
Código: PA-INS-01	Versión: 01	Fecha: Enero 2018	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 12	
Elaborado por: Javier Pino Jiménez Coordinador de emergencias y desastres.		Aprobado por: Mónica Jaldin Inspectora sanitaria			
El documento incluye el programa de mantenimiento preventivo de al menos (SI/NO):					
1. Ascensores	SI	2. Calderas	SI	3. Techumbre	SI
4. Sistemas de aspiración y gases clínicos	SI	6. Sistemas de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes			SI
Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento que define el programa de mantenimiento relacionado a la infraestructura de la institución, así como los equipos industriales relevantes. En la página 3, indica que el alcance de este programa es para el departamento de operaciones y sus referentes técnicos en coordinación con proveedores de servicios de mantenimiento preventivo, ello podrá involucrar contratos establecidos directamente por parte de la institución, así como los que a futuro se designen por medio de la Ley y Reglamento de Concesiones de Obras Públicas , establecido por Decreto Supremo MOP N°900, por medio del cual se incorpora la entidades de la Inspección Fiscal como administradora del contrato de concesión a operar por medio de su Sociedad Concesionaria. Responsables: • Director: Gestionar y administrar los recursos físicos, humanos y organizacionales de la Institución. • Subdirector Administrativo: Realizar las gestiones pertinentes al marco presupuestario de la institución. • Inspectora Sanitaria: Canalizar la información y coordinar para todos los efectos la relación del contrato de concesión entre Hospital Regional de Antofagasta y MOP. • Jefe Departamento de Operaciones - Elaborar los requerimientos técnicos relacionados a la contratación de servicios de mantenimiento preventivo externalizados, cuando corresponda. - Realizar seguimiento a la ejecución de los programas de mantenimiento preventivo a ejecutar por entidades externas. - Mantener documentada la información referente a la ejecución de los trabajos de mantenimiento preventivo.					

- Enfermeras y/o Matronas Supervisoras: Informar ante anomalía de las instalaciones y/o equipos industriales asociados a la operación de la institución.
- Sociedad Concesionaria:
- Dar fiel cumplimiento al contrato de concesión.
- Informar con carácter de anual el programa de mantenimiento preventivo, según lo establecen las bases de licitación en su programa anual de operación, del servicio de mantención y operación de la infraestructura.
- Mantener tanto física como digitalmente la información relacionada a las operaciones de mantención realizadas.
- Mantener contrato de mantenimiento por medio de terceros cuando corresponda.
- Realizar reparaciones que puedan ser efectuadas con recursos propios.
- Inspección Fiscal:
- Velar por el cumplimiento de las obligaciones contractuales de la Sociedad Concesionaria con el estado de Chile.
- Dar seguimiento a las actividades de la Sociedad Concesionaria.
- Informar a la institución el estado de las labores de mantenimiento preventivo.
- Aprobar el Programa Anual de Operaciones presentado por la Sociedad Concesionaria, considerando las observaciones que la institución efectúa.

Registro de actividades: la ejecución de las labores de mantenimiento efectuadas por medio de la sociedad concesionaria podrá ser documentados en documento físico o digital, por medio del cual se establece la orden de trabajo, la que registrará las acciones efectuadas, parámetros medidos y toda anomalía detectada durante la ejecución del servicio, por las cuales se podrá emitir la programación de un mantenimiento correctivo, cuando ello lo amerite.

Reprogramación de actividades: las actividades que, por causas externas, no puedan ser ejecutadas podrán ser reprogramadas, deberá ser registrado en la orden de trabajo correspondiente, actualizando la información correspondiente en el programa de mantenimiento preventivo por seguridad de instalaciones del Hospital Regional de Antofagasta .

Las actividades reprogramadas deberán ser efectuadas en un periodo no superior a 60 días corridos desde la fecha inicial de programación.

Se tiene a la vista planilla Excel denominada "Programa Anual de Operación del Hospital Regional de Antofagasta del año en curso, autorizado por inspección fiscal" y "Programa de Mantenimiento Preventivo Referente a Seguridad de Instalaciones del Hospital Regional de Antofagasta", que forman parte del documento y en el que se establecen las siguientes periodicidades de la mantención preventiva de las instalaciones:

- Ascensores: mensual.
- Calderas: anual.
- Techumbre: anual. Semestral y trimestral en el hospital nuevo.
- Sistemas de aspiración y gases clínicos: mensual
- Sistemas de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes: mensual.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista los siguientes documentos anteriores:
- "PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES E INSTALACIONES", versión 00, fecha de aprobación de marzo 2014, elaborado por Ramón Jorquera Rojas, jefe unidad de mantención. Paola Rojas Luan, Jefe CR operaciones HRA. Aprobado por Dra. Juana Pérez Moraga. Directora (S) Hospital Regional de Antofagasta. Cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

INS 3.1 – Tercer elemento medible: Se constata ejecución de programa de mantenimiento preventivo.

Se constata en Dirección o Gerencia del Prestador						
Mantenimiento preventivo de ascensores						
Metodología de constatación: Se accede a la planilla electrónica que describe las mantenciones preventivas realizadas por el prestador y se aplica Randomizer, seleccionando 5 ascensores, del universo de 32 ascensores que posee el prestador. Se selecciona el ascensor 3, 4, 6, 13 y 17 del listado.						
Serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
ASCENSOR -CDT A6 N°1 I0403006	Mensual	Enero 2018	01-01-2018	Orden de trabajo N° 1964 SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Febrero 2018	5-02-2018	Orden de trabajo N° 1964 SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Marzo 2018	05-03-2018	Orden de trabajo N° 1964 SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI

		Abril 218	02-04-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Mayo 2018	04-05-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Junio 2018	07-06-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Julio 2018	02-07-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Agosto 2018	06-08-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Septiembre 2018	03-09-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Octubre 2018	01-10-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Noviembre 2018	05-11-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Diciembre 2018	03-12-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Enero 2019	07-01-2019	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Febrero 2019	04-02-2019	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Marzo 2019	30-03-2019	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Abril 2019	19-04-2019	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Mayo 2019	31-05-2019	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
ASCENSOR -UPC A2 N°3 I0403027	Mensual	Enero 2018	01-01-2018	Orden de trabajo N° 1964 SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Febrero 2018	5-02-2018	Orden de trabajo N° 1964 SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Marzo 2018	05-03-2018	Orden de trabajo N° 1964 SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI

		Abril 218	02-04-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Mayo 2018	04-05-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Junio 2018	07-06-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Julio 2018	02-07-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Agosto 2018	06-08-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Septiembre 2018	03-09-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Octubre 2018	01-10-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Noviembre 2018	05-11-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Diciembre 2018	03-12-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Enero 2019	07-01-2019	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Febrero 2019	04-02-2019	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Marzo 2019	30-03-2019	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Abril 2019	19-04-2019	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Mayo 2019	31-05-2019	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
ASCENSOR -TH A2 N°3 I0403014	Mensual	Enero 2018	01-01-2018	Orden de trabajo N° 1964 SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Febrero 2018	5-02-2018	Orden de trabajo N° 1964 SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Marzo 2018	05-03-2018	Orden de trabajo N° 1964 SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI

		Abril 218	02-04-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Mayo 2018	04-05-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Junio 2018	07-06-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Julio 2018	02-07-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Agosto 2018	06-08-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Septiembre 2018	03-09-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Octubre 2018	01-10-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Noviembre 2018	05-11-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Diciembre 2018	03-12-2018	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Enero 2019	07-01-2019	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Febrero 2019	04-02-2019	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Marzo 2019	30-03-2019	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Abril 2019	19-04-2019	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
		Mayo 2019	31-05-2019	Orden de trabajo SALUD SIGLO XXI Protocolo 1406 ascensores	SI	SI
HOSPAN N°3 Pasajeros hall principal. HOSPAN N°4 Pasajeros alimentación.	Mensual	Junio 2016	Semana 23 junio 2016	Comprobante de servicio Ascensores Chile.	SI	SI
		Julio 2016	Semana 28 julio 2016	Comprobante de servicio Ascensores Chile.	SI	SI
		Agosto 2016	08-08-2016 12-08-2016	Comprobante de servicio Ascensores Chile.	SI	SI
		Septiembre 2016	05-09-2016 09-09-2016	Comprobante de servicio Ascensores Chile.	SI	SI
		Octubre 2016	Semana 41 2016	Comprobante de servicio Ascensores	SI	SI

				Chile.		
		Noviembre 2016	Semana 46 2016	Comprobante de servicio Ascensores Chile.	SI	SI
		Diciembre 2016	05-12-2016 09-12-2016	Comprobante de servicio Ascensores Chile.	SI	SI
		Enero 2017	09-01-2017 13-01-2017	Comprobante de servicio Ascensores Chile.	SI	SI
		Febrero 2017	18-02-2017 17-02-2017	Comprobante de servicio Ascensores Chile.	SI	SI
		Marzo 2017	06-03-2017	Comprobante de servicio Ascensores Chile.	SI	SI
		Abril 2017	10-04-2017 13-04-2017	Comprobante de servicio Ascensores Chile.	SI	SI
		Mayo 2017	08-05-2017 12-05-2017	Comprobante de servicio Ascensores Chile.	SI	SI
		Junio 2017	15-06-2017 18-06-2017	Comprobante de servicio Ascensores Chile.	SI	SI
		Julio 2017	Semana 29 2017	Comprobante de servicio Ascensores Chile.	SI	SI
		Agosto 2017	01-08-2017 07-08-2017	Comprobante de servicio Ascensores Chile.	SI	SI
		Septiembre 2017	04-09-2017 09-09-2017	Comprobante de servicio Ascensores Chile.	SI	SI
		Octubre 2017	10-10-2017 13-10-2017	Comprobante de servicio Ascensores Chile.	SI	SI
		Noviembre 2017	13-11-2017 14-11-2017	Comprobante de servicio Ascensores SERTEC LTDA.	SI	SI
		Diciembre 2017	14-12-2017	Comprobante de servicio Ascensores SERTEC LTDA.	SI	SI
Observaciones: Se constata ejecución de programa de mantenimiento preventivo.						
Mantenimiento preventivo de calderas						
Metodología de constatación: El prestador posee 3 calderas en el hospital nuevo. El hospital antiguo no poseía calderas. Se accede a los registros de las mantenciones preventivas anuales. Para el año 2019, la mantención preventiva está programada para el mes de junio.						
Serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
CALDERA I0622001	ANUAL	Febrero 2018	11-02-2018	Orden de trabajo N° 7318	SI	SI
CALDERA I0622003	ANUAL	Febrero 2018	11-02-2018	Orden de trabajo N° 7314	SI	SI
CALDERA I0623001	ANUAL	Febrero 2018	11-02-2018	Orden de trabajo N° 7315	SI	SI
Mantenimiento preventivo de techumbre						
Metodología de constatación: Se accede a los registros de la mantención preventiva anual de la techumbre del hospital antiguo y a la mantención semestral y trimestral del hospital nuevo.						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Mantención techumbre (Hospital antiguo)	Anual	Abril 2016	16-04-2016	Informe de: Cubierta Unidad de emergencia y torre hospitalización (ABC)	SI	SI
		Mayo 2016	23-05-2016	Informe de: Limpieza de canaletas. Terraza	SI	SI

				psiquiatría		
		Mayo 2016	08-05-2016	Informe de: Cubierta de CAE	SI	SI
		Junio 2016	12-06-2016	Informe de: Cubierta ETS. Cubierta RH	SI	SI
		Junio 2016	13-06-2016	Informe de: Cubierta de CAE	SI	SI
		Julio 2016	12-07-2016	Informe de: Terraza CAE	SI	SI
		Marzo 2017	16-03-2017	Informe de: Edificio de psiquiatría	SI	SI
		Abril 217	03-04-2017	Informe de: Sector A, B, C de torre de hospitalización	SI	SI
		Abril 217	06-04-2017	Informe de: Techumbre CAE	SI	SI
		Abril 217	25-04-2017	Informe de: Terraza torre hospitalización	SI	SI
		Abril 217	25-04-2017	Informe de: Terraza torre hospitalización	SI	SI
		Mayo 2017	05-05-2017	Informe de: Azotea torre de hospitalización	SI	SI
		Junio 2017	12-06-2017	Informe de: SAMU	SI	SI
		Junio 2017	08-06-2017	Informe de: UTI	SI	SI
		Junio 2017	06-06-2017	Informe de: casino	SI	SI
		Junio 2017	12-06-2017	Informe de: Scanner	SI	SI
		Junio 2017	08-06-2017	Informe de: Imagenología	SI	SI
		Junio 2017	08-06-2017	Informe de: UCI	SI	SI
		Julio 2017	12-07-2018	Informe de: Techo de torre hospitalización	SI	SI
		Agosto 2017	31-08-2017	Informe de: Terraza de oncología	SI	SI
		Septiembre 2017	04-09-2017	Informe de: Terraza de ex oncológico	SI	SI
Mantención techumbre (Hospital nuevo)	Semestral	Junio 2018	23-06-2018	Informe de: Cubierta CDT, cubierta UPC y cubierta de TH	SI	SI
		Junio 2018	23-06-2018	Informe de: Área exterior cafetería, estacionamiento de funcionarios, áreas exteriores auditorio, áreas exteriores jardín infantil, áreas exteriores lado calle Víctor Jara, áreas exteriores lado calle Montegrande.	SI	SI
		Diciembre 2018	25-12-2018	Informe de: Cubierta CDT, cubierta UPC y cubierta de TH	SI	SI
		Diciembre 2018	25-12-2018	Informe de: Área exterior cafetería, estacionamiento de funcionarios, áreas exteriores auditorio, áreas exteriores jardín	SI	SI

				infantil, áreas exteriores lado calle Víctor Jara, áreas exteriores lado calle Montegrande.		
	Trimestral	Enero 2019	07-01-2019	Orden de trabajo 1384 SALUD SIGLO XXI	SI	SI
		Marzo 2019	24-03-2019	Orden de trabajo 23946 SALUD SIGLO XXI Hospitalización	SI	SI
		Abril 2019	24-03-2019	Orden de trabajo 23944 SALUD SIGLO XXI CDT	SI	SI

Mantenimiento preventivo de sistema de aspiración y gases clínicos

Metodología de constatación: Se accede a la planilla electrónica que describe las mantenciones preventivas realizadas por el prestador y se aplica Randomizer, seleccionando 5 sistemas de aspiración. Se selecciona el registro 513, 518, 519, 543 y 545 del listado.
Se acceden a las órdenes de trabajo de cada mantención preventiva (OT).

Serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
I0711001 Central vacío evacuación gases anestésicos	Mensual	Enero a diciembre 2018	05-01-2018 05-02-2018 05-03-2018 02-04-2018 04-05-2018 07-06-2018 02-07-2018 06-08-2018 03-09-2018 01-10-2018 05-11-2018 03-12-2018	OT manual OT 6033 OT 9740 OT 14820 OT 15423 OT 21776 OT 29138 OT 33296 OT 37336 OT 42541 OT 47479 OT 51176	SI	SI
	Mensual	Enero a mayo 2019	07-01-2019 08-02-2019 18-03-2019 19-04-2019 06-05-2019	OT 417 OT 6327 OT 11160 OT 15983 OT 17812	SI	SI
I0712001 Central vacío medicinal	Mensual	Enero a diciembre 2018	05-01-2018 05-02-2018 05-03-2018 02-04-2018 04-05-2018 07-06-2018 02-07-2018 06-08-2018 03-09-2018 01-10-2018 05-11-2018 03-12-2018	OT manual OT 6034 OT 9741 OT 14821 OT 15424 OT 21777 OT 29139 OT 33297 OT 37337 OT 42542 OT 47480 OT 51177	SI	SI
	Mensual	Enero a mayo 2019	07-01-2019 08-02-2019 18-03-2019 19-04-2019 06-05-2019	OT 418 OT 6328 OT 11161 OT 15984 OT 17813	SI	SI
I0705001 Manifold aire medicinal apoyo automático 28 cilindro	Mensual	Enero a diciembre 2018	05-01-2018 05-02-2018 05-03-2018 02-04-2018 04-05-2018 07-06-2018 02-07-2018 06-08-2018 03-09-2018 01-10-2018 05-11-2018 03-12-2018	OT manual OT 6028 OT 9735 OT 14972 OT 15418 OT 21771 OT 29133 OT 33291 OT 37331 OT 42536 OT 47474 OT 51171	SI	SI
	Mensual	Enero a	07-01-2019	OT 0412	SI	SI

		mayo 2019	07-02-2019 31-03-2019 26-04-2019 06-05-2019	OT 6315 OT 13315 OT 16863 OT 23725		
I0715007 Cañerías cobre tipo K para óxido nitroso	Semestral	Enero a diciembre 2018	22-01-2018 16-07-2018 17-12-2018	OT 3391 OT 30192 OT 51284	SI	SI
	Mensual	Enero a mayo 2019	07-01-2019 28-02-2019 29-03-2019 05-04-2019 08-05-2019	OT 426 0T 6414 OT 11863 OT 14298 OT 18049	SI	SI
Aire medicinal y aspiración (hospital antiguo).	Mensual	Enero a diciembre 2017	Enero 2017 Febrero 2017 Marzo 2017 Abril 2017 15-05-2017 Junio 2017 Julio 2017 Agosto 2017 Septiembre 2017 Octubre 2017 Noviembre 2017 Diciembre 2017	OT 8319-20 OT 8321-22 OT 8133-34 OT 8333-34 OT 8135-36 OT 8335-36 OT 8337-38 OT 8339-40 OT 8341-51 OT 8137-38 OT 8352-53 OT 8354-55	SI	SI
	Trimestral	Agosto 2016 Diciembre 2016	Agosto 2016 Diciembre 2016	OT 8306-13 OT 8130-31	SI	SI
Mantenimiento preventivo de sistemas de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes						
Metodología de constatación: Se accede a la planilla electrónica que describe las mantenciones preventivas realizadas por el prestador y se aplica Randomizer, seleccionando 5 sistemas de climatización. Se selecciona el registro 187, 233, 197, 188 y 230 del listado.						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
I0626024 UMAC-UPC-1.1, PATIO-13, parto integral	Semestral	Enero a junio 2019	30-04-2019	Orden de trabajo N°13816. SALUD SIGLO XXI.	SI	SI
		Enero a junio 2018	15-01-2018	Orden de trabajo N°13816. SALUD SIGLO XXI.	SI	SI
			18-05-2018	Orden de trabajo N°20028. SALUD SIGLO XXI.	SI	SI
		Julio a diciembre 2018	16-11-2018	Orden de trabajo N°47895. SALUD SIGLO XXI.	SI	SI
I0626025 UMAC-UPC-1.2, PATIO-13, parto integral BOX	Semestral	Enero a junio 2019	30-04-2019	Orden de trabajo N°13817. SALUD SIGLO XXI.	SI	SI
		Enero a junio 2018	18-05-2018	Orden de trabajo N°20029. SALUD SIGLO XXI.	SI	SI
		Julio a diciembre 2018	16-11-2018	Orden de trabajo N°47896. SALUD SIGLO XXI.	SI	SI
I0626067 UMAC-UPC-3.12, PATIO-19, Cardiólogo	Semestral	Enero a junio 2019	30-04-2019	Orden de trabajo N°13859. SALUD SIGLO XXI.	SI	SI
		Enero a junio 2018	18-05-2018	Orden de trabajo N°19992. SALUD SIGLO XXI.	SI	SI
		Julio a diciembre 2018	16-11-2018	Orden de trabajo N°47939. SALUD SIGLO XXI.	SI	SI
I0626070 UMAC-UPC-3.16, PATIO-25, pabellón	Semestral	Enero a junio 2019	30-04-2019	Orden de trabajo N°13862. SALUD	SI	SI

quirúrgico 11				SIGLO XXI.		
		Enero a junio 2018	18-05-2018	Orden de trabajo N°19995. SALUD SIGLO XXI.	SI	SI
		Julio a diciembre 2018	16-11-2018	Orden de trabajo N°47942. SALUD SIGLO XXI.	SI	SI
I0626034 UMAC-UPC-1.11, PATIO-15B, emergencias	Semestral	Enero a junio 2019	30-04-2019	Orden de trabajo N°13826. SALUD SIGLO XXI.	SI	SI
		Enero a junio 2018	18-05-2018	Orden de trabajo N°20038. SALUD SIGLO XXI.	SI	SI
		Julio a diciembre 2018	16-11-2018	Orden de trabajo N°47906. SALUD SIGLO XXI.	SI	SI
Pabellón PISO 3 PQ 1 y 3	Anual	Octubre	28-10-2016	ORDEN DE MANTENCIÓN TERMOINGENIERÍA NORTE LIMITADA 1505-4 0T 1505-1	SI	SI
			12-06-2017	ORDEN DE MANTENCIÓN TERMOINGENIERÍA NORTE LIMITADA 1505-4 0T 1677-8, 1677-7.	SI	SI
Hemodinamia PISO -1	Anual	Mayo	18-05-2016	OT 6080 3372 DE EMPRESA OFESA CLIMATIZACIÓN	SI	SI
			12-06-2017	ORDEN DE MANTENCIÓN TERMOINGENIERÍA NORTE LIMITADA 1677-5, 1677-6	SI	SI
UCI adulto	Semestral	Febrero Agosto	24-02-2016 19-08-2016	ORDEN DE MANTENCIÓN TERMOINGENIERÍA NORTE LIMITADA 1355-1, 1460-1	SI	SI
			13-04-2017	ORDEN DE MANTENCIÓN TERMOINGENIERÍA NORTE LIMITADA 1631-4	SI	SI
			07-12-2017	ORDEN DE MANTENCIÓN TERMOINGENIERÍA NORTE LIMITADA 1776-6	SI	SI
Descripción de los Hallazgos: Se constata ejecución de programa de mantenimiento preventivo.						

CARACTERÍSTICA INS 3.1 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**	

CARACTERÍSTICA INS 3.2 / HALLAZGOS

INS 3.2 – Primer elemento medible: Se ha designado responsable institucional del plan de contingencia en caso de interrupción de suministro eléctrico y agua potable.

Dirección o Gerencia		
Documento que designa nombramiento: RESOLUCIÓN EXENTA		
N° Resolución: 2636	Versión: no consigna	Fecha: 18/02/2019
Elaborado por: no consigna	Aprobado por: Ricardo Salazar C. Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: no consigna	N° páginas: 1
Nombre responsable: Javier Pino Jiménez	Cargo: jefe del departamento de	Profesión: Ingeniero en

	operaciones	construcción.
Observaciones: Resolución exenta N°10500, de fecha 11-09-2013. Nombra como responsable del plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico y agua potable del Hospital Regional de Antofagasta a don Ramón Jorquera Rojas. Aprobado por Dra. Juan Pablo Mattatal. Director Hospital Regional de Antofagasta. Cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.		

INS 3.2 – Segundo elemento medible: Se documenta un plan de contingencia en caso de interrupción de suministro eléctrico y agua potable.

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento 1: PLAN DE CONTINGENCIA EN CASO DE CORTE FORTUITO DE ENERGÍA ELÉCTRICA. HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA					
Elaborado por: Javier Pino Jiménez Jefe de Operaciones			Aprobado por: Mónica Jardín Inspectora Sanitaria		
Carácter institucional: NO	Fecha elaboración: Enero 2018.		Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 13	
Incluye plan de contingencia en caso de:	1. Interrupción de suministro eléctrico	SI	2. Interrupción de suministro de agua potable		NO
Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento que indica que en la página 3 que el alcance es para todo funcionario del Hospital de Antofagasta, además del personal que desempeñan labores en el servicio de mantenimiento de infraestructura del establecimiento de la Sociedad Concesionaria. En páginas 5, indica que a partir de la generación de una emergencia se debe constituir el COE del Hospital Regional en el cuál es el jefe de operaciones quien integrará el COE central. Se debe seguir las indicaciones descritas en el plan de emergencia y desastres del Hospital Regional Antofagasta y en complemento al plan de evacuación Capacidad del Establecimiento: Ante eventuales cortes de suministro eléctrico en el establecimiento, se cuenta con un sistema de respaldo de energía. Como sistema de respaldo de energía, se ha considerado la instalación de una planta de generación que respalda a la totalidad del sistema. La Planta de Generación está compuesta de cuatro grupos electrógenos en configuración N+1, (3 activos y uno de reserva), desde los que se alimentará a través del tablero de distribución de respaldo y directamente en baja tensión, al tablero general de distribución de baja tensión de la subestación CT 1. La alimentación a la subestación CT 2 se realizará en media tensión, realizándose elevación de tensión desde los 380/230V de generación hasta los 23 kV de distribución mediante la disposición de un transformador elevador de 2.500 kVA, instalado en la subestación CT 1. El sistema de respaldo de energía se encuentra ubicado en nivel subterráneo 1 Suministro de respaldo de emergencia crítico: como sistema de respaldo de emergencia critico se ha previsto la instalación de sistemas de UPS's (Unidades de Potencia sin Interrupción), asociadas a bancos de baterías con autonomía de una (1) hora para alimentación de áreas de soporte de vida, de dos (2) minutos para alimentación de equipos sensibles con requerimientos de ininterrumpibilidad y de diez (1º) minutos exclusivos para sistemas informáticos. Los sistemas de suministro de respaldo de energía son controlados de manera automática por un sistema dedicado que se encarga de detectar el corte eléctrico, da orden de puesta en funcionamiento a los sistemas de respaldo y conmuta los diferentes interruptores en los tableros eléctricos. Observaciones: Se tiene a la vista los siguientes documentos anteriores: - "PLAN DE CONTINGENCIA EN CASO DE INTERRUPCIÓN DEL SUMINISTRO ELÉCTRICO Y DE AGUA POTABLE", versión 00, fecha de aprobación de marzo 2014, elaborado por Ramón Jorquera Rojas, jefe unidad de mantención. Paola Rojas Luan, Jefe CR operaciones HRA. Aprobado por Dra. Juana Pérez Moraga. Directora (S) Hospital Regional de Antofagasta. Cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación. Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.					
Nombre del documento 2: PLAN CONTINGENCIA EN CASO DE CORTE FORTUITO DE AGUA HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA					
Elaborado por: Javier Pino Jiménez Jefe de Operaciones			Aprobado por: Mónica Jardín Inspectora Sanitaria, unidad de concesiones del HRA.		
Carácter institucional: NO	Fecha elaboración: Enero 2018		Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 13	
Incluye plan de contingencia en caso de:	1. Interrupción de suministro eléctrico	NO	2. Interrupción de suministro de agua potable		SI
Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento que en la página 3, indica que el plan debe ser aplicado por el departamento de operaciones y sus referentes técnicos, en coordinación con el servicio de mantención de infraestructura y equipos industriales del HRA. medio del cual se incorpora las entidades de la inspección fiscal como administradora del contrato de concesión a operar por medio de su sociedad concesionaria. Plan de Contingencias: se debe informar la capacidad de contención del establecimiento, tanto en recurso humano como equipamiento ante un corte de suministro agua potable exterior; indicar procedimiento interno de control de servicios e indicadores; indicar responsables técnicos correspondientes a los presentes planes de contingencia.					

En la página 5, indica que en caso de corte de agua potable: toda vez que es reportada la incidencia de un corte de agua potable exterior al personal de turno y llamado de la unidad de mantención de infraestructura y equipos industriales, los cuales tienen la función de monitorear el funcionamiento de cada equipo según corresponda hasta que el suministro es reestablecido

Activación plan contingencia Departamento Operaciones Hospital Regional:

- A partir de la generación de una situación de emergencia y su correspondiente evaluación de impacto y severidad, se debe notificar al jefe de operaciones.
- El jefe de operaciones se comunica directamente con el jefe de mantención de sociedad concesionaria solicitando la información preliminar de la contingencia que ocurre.
- Se evalúa el actuar y el daño de acuerdo a contingencia. Si es una contingencia mayor, se entrega el apoyo necesario a las unidades afectadas, tales como: radios portátiles para comunicación, entre otros.

Capacidad del Establecimiento: ante eventuales cortes de suministro de la red de agua potable exterior del establecimiento, se cuenta con una red de suministro de agua potable interior del edificio compuesta por los estanques, grupos de presión y redes de distribución. La red de agua potable considera la alimentación de los servicios de todo el hospital.

Las redes de suministro en el edificio principal se encuentran distribuidas desde la planta sótano con 03 matrices de suministro que alimentan a la red de fluxores, la red de agua caliente del hospital y la red de agua potable.

Observaciones:
Se tiene a la vista los siguientes documentos anteriores:
- "PLAN DE CONTINGENCIA EN CASO DE INTERRUPCIÓN DEL SUMINISTRO ELÉCTRICO Y DE AGUA POTABLE", versión 00, fecha de aprobación de marzo 2014, elaborado por Ramón Jorquera Rojas, jefe unidad de mantención. Paola Rojas Luan, Jefe CR operaciones HRA. Aprobado por Dra. Juana Pérez Moraga. Directora (S) Hospital Regional de Antofagasta. Cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

INS 3.2 – Tercer elemento medible: Existen registros que dan cuenta de mantenimiento preventivo.

Dirección o Gerencia						
Mantenimiento preventivo de sistema de generadores de energía de emergencia						
Metodología de constatación: Se accede a los registros de las mantenciones preventivas (OT) de los grupos electrónicos, del hospital antiguo y del hospital nuevo.						
Se verifica:	Características del mantenimiento:	SI	Periodicidad	Mensual Semestral	Fechas de mantenimiento	SI

Descripción del mantenimiento revisado:

Grupo electrógeno N° 1,2,3,4 del Hospital nuevo, con mantención preventiva mensual de enero a mayo del 2019:

Nombre equipo	año	OT	Fecha
Grupo electrógeno g-4, 2065kva	2018	50538	17-12-2018
Grupo electrógeno g-3, 2065kva	2018	50537	17-12-2018
Grupo electrógeno g-2, 2065kva	2018	50536	17-12-2018
Grupo electrógeno g-1, 2065kva	2018	50535	17-12-2018
Grupo electrógeno g-4, 2065kva	2018	48562	19-11-2018
Grupo electrógeno g-3, 2065kva	2018	48561	19-11-2018
Grupo electrógeno g-4, 2065kva	2018	48560	19-11-2018
Grupo electrógeno g-3, 2065kva	2018	48559	19-11-2018
Grupo electrógeno g-2, 2065kva	2018	48558	19-11-2018
Grupo electrógeno g-1, 2065kva	2018	48557	19-11-2018
Grupo electrógeno g-2, 2065kva	2018	48553	19-11-2018
Grupo electrógeno g-1, 2065kva	2018	48552	19-11-2018
Grupo electrógeno g-4, 2065kva	2018	41304	22-10-2018
Grupo electrógeno g-3, 2065kva	2018	41303	22-10-2018
Grupo electrógeno g-2, 2065kva	2018	41302	22-10-2018
Grupo electrógeno g-1, 2065kva	2018	41301	22-10-2018
Grupo electrógeno g-4, 2065kva	2018	36436	17-09-2018
Grupo electrógeno g-3, 2065kva	2018	36435	17-09-2018
Grupo electrógeno g-2, 2065kva	2018	36434	17-09-2018
Grupo electrógeno g-1, 2065kva	2018	36433	17-09-2018

Grupo electrógeno g-4, 2065kva	2018	32760	20-08-2018
Grupo electrógeno g-3, 2065kva	2018	32759	20-08-2018
Grupo electrógeno g-2, 2065kva	2018	32758	20-08-2018
Grupo electrógeno g-1, 2065kva	2018	32757	20-08-2018
Grupo electrógeno g-4, 2065kva	2018	30046	16-07-2018
Grupo electrógeno g-3, 2065kva	2018	30045	16-07-2018
Grupo electrógeno g-2, 2065kva	2018	30044	16-07-2018
Grupo electrógeno g-1, 2065kva	2018	30043	16-07-2018
Grupo electrógeno g-4, 2065kva	2018	22877	02-07-2018
Grupo electrógeno g-3, 2065kva	2018	22876	02-07-2018
Grupo electrógeno g-2, 2065kva	2018	22875	02-07-2018
Grupo electrógeno g-4, 2065kva	2018	20732	18-06-2018
Grupo electrógeno g-3, 2065kva	2018	20731	18-06-2018
Grupo electrógeno g-4, 2065kva	2018	20106	21-05-2018
Grupo electrógeno g-3, 2065kva	2018	20105	21-05-2018
Grupo electrógeno g-2, 2065kva	2018	20104	21-05-2018
Grupo electrógeno g-4, 2065kva	2018	17406	16-04-2018
Grupo electrógeno g-3, 2065kva	2018	17405	16-04-2018
Grupo electrógeno g-2, 2065kva	2018	17404	16-04-2018
Grupo electrógeno g-1, 2065kva	2018	17403	16-04-2018
Grupo electrógeno g-4, 2065kva	2018	10177	19-03-2018
Grupo electrógeno g-3, 2065kva	2018	10176	19-03-2018
Grupo electrógeno g-2, 2065kva	2018	10175	19-03-2018
Grupo electrógeno g-1, 2065kva	2018	10174	19-03-2018
Grupo electrógeno g-4, 2065kva	2018	7419	19-02-2018
Grupo electrógeno g-3, 2065kva	2018	7418	19-02-2018
Grupo electrógeno g-2, 2065kva	2018	7417	19-02-2018
Grupo electrógeno g-1, 2065kva	2018	7416	19-02-2018
Grupo electrógeno g-4, 2065kva	2018	3236	22-01-2018
Grupo electrógeno g-3, 2065kva	2018	3235	22-01-2018
Grupo electrógeno g-2, 2065kva	2018	3234	22-01-2018
Grupo electrógeno g-1, 2065kva	2018	3233	22-01-2018
Grupo electrógeno g-4, 2065kva	2018	573	08-01-2018
Grupo electrógeno g-3, 2065kva	2018	572	08-01-2018
Grupo electrógeno g-2, 2065kva	2018	571	08-01-2018
Grupo electrógeno g-1, 2065kva	2018	570	08-01-2018
Grupo electrógeno g-4, 2065kva	2019	25053	18-06-2019
Grupo electrógeno g-3, 2065kva	2019	25052	18-06-2019
Grupo electrógeno g-2, 2065kva	2019	25051	18-06-2019
Grupo electrógeno g-1, 2065kva	2019	25050	18-06-2019
Grupo electrógeno g-4, 2065kva	2019	19419	10-05-2019
Grupo electrógeno g-3, 2065kva	2019	19418	10-05-2019
Grupo electrógeno g-2, 2065kva	2019	19417	10-05-2019
Grupo electrógeno g-1, 2065kva	2019	19416	10-05-2019
Grupo electrógeno g-4, 2065kva	2019	16060	18-04-2019
Grupo electrógeno g-3, 2065kva	2019	16059	18-04-2019
Grupo electrógeno g-2, 2065kva	2019	16058	18-04-2019

Grupo electrógeno g-1, 2065kva	2019	16057	18-04-2019
Grupo electrógeno g-4, 2065kva	2019	11004	15-03-2019
Grupo electrógeno g-3, 2065kva	2019	11003	15-03-2019
Grupo electrógeno g-2, 2065kva	2019	11002	15-03-2019
Grupo electrógeno g-1, 2065kva	2019	11001	15-03-2019
Grupo electrógeno g-4, 2065kva	2019	5171	15-02-2019
Grupo electrógeno g-3, 2065kva	2019	5170	15-02-2019
Grupo electrógeno g-2, 2065kva	2019	5169	15-02-2019
Grupo electrógeno g-1, 2065kva	2019	5168	15-02-2019
Grupo electrógeno g-4, 2065kva	2019	201	07-01-2019
Grupo electrógeno g-3, 2065kva	2019	198	07-01-2019
Grupo electrógeno g-2, 2065kva	2019	197	07-01-2019
Grupo electrógeno g-1, 2065kva	2019	196	07-01-2019

Mantención preventiva del sistema de generadores de energía de emergencia, hospital antiguo, de periodicidad semestral:

Grupo electrógeno	**Periodicidad**	**Fecha constatada**	**Orden de trabajo**
Grupo electrógeno Principal 1 472M72614	Semestral	Julio 2016 a julio 2017.	29-07-2016 OT KAUFMANN N°2513 04-01-2017 OT KAUFMANN N°3836 28-07-2017 OT KAUFMANN N°4910
Grupo electrógeno Psiquiatría 2 P50E	Semestral	Julio 2016 a julio 2017.	20-07-2016 OT KAUFMANN N°2510 04-01-2017 OT KAUFMANN N°3835 28-07-2017 OT KAUFMANN N°4909
Grupo electrógeno 3 JM 40	Semestral	Julio 2016 a julio 2017.	26-07-2016 OT KAUFMANN N°2402 04-01-2017 OT KAUFMANN N°3833 28-07-2017 OT KAUFMANN N°4908

Se constata que se ejecutó el mantenimiento preventivo de sistema de generadores de energía de emergencia.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Mantenimiento preventivo de estanques de agua de emergencia

Metodología de constatación: Se accede a los registros de las mantenciones preventivas (OT) de los estanques de agua del hospital antiguo del del nuevo.

Se verifica:	Características del mantenimiento:	SI	Periodicidad	Semestral	Fechas de mantenimiento	SI

Descripción del mantenimiento revisado:
2° semestre 2016:

- 12-08-2016: Sala de bombas, talero eléctrico.
- 13-08-2016: Informe de trabajo de sala de bombas.
- 14-08-2016: Bombas impulsoras de agua (4).

1° y 2° semestre 2017:

- 10-03-2017: Informe de trabajo de sala de bombas.
- 11-03-2017: Informe de trabajo de sala de bombas.
- 25-09-2017: Informe de trabajo de sala de bombas.
- 25-09-2017: Informe de trabajo de sala de bombas.

1° y 2° semestre 2018:

- 09-07-2018: Estanque de agua fría sanitaria D. OT 29389
- 15-01-2018: Estanque de agua fría sanitaria D. OT 2582
- 15-01-2018: Estanque de agua fría sanitaria C. OT 2581

- 09-07-2018: Estanque de agua fría sanitaria C. OT 29388
- 15-01-2018: Estanque de agua fría sanitaria B. OT 2580
- 09-07-2018: Estanque de agua fría sanitaria B. OT 29387
- 15-01-2018: Estanque de agua fría sanitaria A. OT 2579
- 09-07-2018: Estanque de agua fría sanitaria A. OT 29386
- 08-01-2018: Grupo presión bombeo petróleo grupos electrógenos para bomba de agua. OT 0507
- 02-07-2018: Grupo presión bombeo petróleo grupos electrógenos para bomba de agua. OT 21993
- 19-11-2018: Grupo presión bombeo petróleo grupos electrógenos para bomba de agua. OT 46757

1° semestre 2019:
- 04-03-2019: Estanque de agua fría sanitaria A. OT 9263
- 04-03-2019: Estanque de agua fría sanitaria B. OT 9264
- 04-03-2019: Estanque de agua fría sanitaria C. OT 9265
- 04-03-2019: Estanque de agua fría sanitaria D. OT 9266

Se constata que se ejecutó el mantenimiento preventivo de estanques de agua de emergencia.
Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

INS 3.2 – Cuarto elemento medible: Se constata operación de los sistemas de emergencia.

Dirección o Gerencia
Describir la constatación operación de generadores de energía de emergencia: se constata la operación de los generadores de energía de emergencia a través de la prueba de traspaso de carga a los grupos electrógenos, la que es ejecutada por el personal de la empresa concesionaria. La prueba se realiza el día 26 de junio del 2019 a las 9:20 horas, junto al encargado de mantenimiento de la empresa concesionaria (JIB). Se constata la operación del generador eléctrico en forma inmediata. Se da por cumplido el elemento medible.
Describir la constatación calidad macroscópica del agua de estanques de reserva: El día 26 de junio del 2019 a las 8:20 horas, junto al encargado de la empresa concesionaria ACR. Se procede a extraer una muestra de agua desde el sistema de recirculación de los estanques. Se observa que el agua es transparente y cristalina. Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA INS 3.2 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1	4° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 4/4		Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO

SERVICIOS DE APOYO – LABORATORIO CLÍNICO (APL)

CARACTERÍSTICA APL 1.1 / HALLAZGOS

APL 1.1 – Elemento medible: Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia					
Prestador al que compra	N° Autorización Sanitaria (A.S.)	Fecha A.S.	SEREMI/SSDS	Copia fiel original documento (Si/No)	N° Registro Acreditación
Hospital Del Salvador	NA	NA	NA	NA	195
Hospital Militar del Norte	NA	NA	NA	NA	89
INTA	474	24/12/1984	Seremi Salud Metropolitano Oriente	SI	NA
Laboratorio Centro Asistencial del Norte	3721	28/10/2008	Seremi Salud Antofagasta	NO	NA
Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica	NA	NA	NA	NA	49
Laboratorio Livio Barnafe	NA	NA	NA	NA	423

CARACTERÍSTICA APL 1.1 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	Primer elemento medible: 0	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 0/1	Porcentaje obtenido: 0%	**Cumple: NO**

CARACTERÍSTICA APL 1.2 / HALLAZGOS

APL 1.2 – Primer elemento medible: Se describen en documento(s) elaborado(s) por Laboratorio Clínico, los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado, incluyendo:

Laboratorio Clínico

Nombre del documento: MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS				
Código: MA-LAB-03	Versión:03	Fecha: Abril 2019	Fecha vigencia: Marzo 2024	N° páginas: 87
Elaborado por: TM. Karen Araya		Aprobado por: TM. Maykol Araya Castillo		

El documento incluye los siguientes procedimientos (SI/NO):							
1. Instrucciones de preparación del paciente	SI	2. Procedimiento de toma de muestra para los exámenes realizados					SI
3. Rotulación de las muestras	SI	4. Conservación de las muestras	NO	5. Traslado de las muestras			NO
6. Criterios de rechazo de muestras		SI	7. Se han definido responsables de su aplicación				SI

Breve descripción del contenido del documento:
En página 2, ítem 2 se describe el alcance y responsabilidades:
Alcance: todas las unidades asistenciales del Hospital Regional de Antofagasta y otros establecimientos de la red de salud de la segunda región que realicen derivación de muestras.
Responsables:
Es responsabilidad del personal a cargo del paciente al momento de la toma de muestra:
Obtener consentimiento informado cuando corresponda.
Requerir y/o verificar identificación y condiciones del paciente al que se le debe tomar la muestra.
Realizar toma de muestras y eliminar material adecuado según lo establecido.
Verificar que solicitudes de examen estén acordes con exámenes obtenidos.
Procurar transporte de muestras seguro.
En página 5, ítem 7, se describen las instrucciones de preparación del paciente haciendo referencia a los anexos 1 y 2 del manual, los cuales contienen las instrucciones de preparación del paciente (o "no requiere" en el caso técnico que así sea) según el examen solicitado para las 382 prestaciones, declaradas por el prestador. Estos anexos se conforman de columnas que contemplan:

- Nombre del examen
- Tubo/contenedor.
- N° tubos.
- Ayuno.
- Condiciones del paciente.
- Consideraciones.
- Transporte.
- Horario de recepción.

Los exámenes en general se ordenan alfabéticamente y a la vez se clasifican según área de trabajo. El anexo 1 clasifica los exámenes según las siguientes áreas:

- Química sanguínea.
- Inmunología y hormonas.
- Drogas terapéuticas.
- Hematología y coagulación.
- Banco de sangre.
- Análisis de orina y otros fluidos.
- Serología.
- Exámenes derivados a otros centros.
- Parásitos derivados a ISP.
- Virus derivados ISP.

El anexo 2 clasifica los exámenes según las siguientes áreas: Análisis clínico y Microbiológicos.

El prestador cuenta con 17 instructivos de preparación para el paciente:

Nº	CODIGO	NOMBRE
1	IT-LAB-17	Recolección de Orina de 24horas
2	IT-LAB-28	Instrucciones para Toma de Muestra de Orina de Segundo Chorro
3	IT-LAB-29	Instrucciones para Toma de Muestra de Orina 24 horas
4	IT-LAB-30	Instrucciones para pacientes Expectoración o desgarro
5	IT-LAB-31	Instrucciones para Toma de Muestra de Niveles Plasmáticos de Drogas Anticonvulsivantes
6	IT-LAB-32	Instrucciones para toma de muestra de Test de Sudan
7	IT-LAB-33	Instrucciones para pacientes Test de Graham
8	IT-LAB-34	Instrucciones para Estudio de Sangre oculta en deposición
9	IT-LAB-35	Instrucciones para pacientes Parasitológico seriado
10	IT-LAB-36	Instrucciones para pacientes Orina para estudio de Tuberculosis
11	IT-LAB-37	Instrucciones para pacientes Espermiograma
12	IT-LAB-38	Instrucciones para pacientes Urocultivo
13	IT-LAB-39	Instrucciones para pacientes Toma de muestra Actividad de Renina Plasmática
14	IT-LAB-40	Instrucciones para pacientes Toma de muestra Hormona de Crecimiento
15	IT-LAB-41	Instrucciones para pacientes Toma de muestra niveles de vitaminas
16	IT-LAB-245	Instrucciones para pacientes para Cortisol
17	IT-LAB-246	Instrucciones para pacientes con carga de glucosa

En página 5 y 6, ítem 7.3, se describen los "factores para considerar en la toma de muestra porque inciden en el resultado del examen", en donde se detalla la importancia de:

- Ayuno
- Medicamento, alcohol y tabaco
- Alcohol
- Tabaco

- Ejercicio

Entre páginas 7 y 20, ítem 8, el documento describe los procedimientos de toma de muestra, contemplando los siguientes procedimientos:
- Toma de muestra de sangre venosa con sistema de recolección al vacío que contempla entre otros:
- Constatar condiciones para la toma de examen y verificación de identidad del paciente.
- Realizar lavado de manos o higienización con alcohol gel.
- Seleccionar la vena a puncionar.
- Colocarse guantes de procedimientos.
- Realizar asepsia del sitio de punción y puncionar.

Toma de muestra de sangre venosa con jeringa y aguja que contempla los mismos pasos iniciales del procedimiento anterior y además de:
- Puncionar con aguja hipodérmica y aspirar el volumen necesario de sangre.
- Eliminar la aguja y trasvasijar a los tubos en el orden correcto.
- Recolección de la muestra a través de catéter de infusión: procedimiento específico no recurrente mediante la punción del catéter.

Toma de muestra de sangre arterial:
- Seleccionar arteria a puncionar.
- Realizar lavado de manos y ponerse guantes de procedimiento.
- Una vez tomada la muestra rotular, poner en hielo y enviar al laboratorio.

Orina de segundo chorro:
- Realizar aseo genital.
- Tomar muestra en frasco hasta 2/3 de su capacidad.
- En caso de uso de tubo de transporte, remover protección de la tapa y colocar el tubo boca abajo.

Además, el prestador cuenta con 22 instructivos de toma de muestras. Estos instructivos contemplan atributos como objetivos, responsables y descripción de la tarea. El detalle es:

Nº	CODIGO	NOMBRE DOCUMENTO
1	MA-LAB-04	Manual de Toma de Muestras del tracto genital femenino
2	MA-LAB-06	Manual toma de muestra para reacción de polimerasa en tiempo real
3	IT-LAB-16	Toma de Muestras de Sangre en Papel Filtro.
4	IT-LAB-17	Recolección de Orina de 24 horas para Metanefrinas y Catecolaminas
5	IT-LAB-18	Toma de Muestra de Líquido Cefalorraquídeo
6	IT-LAB-19	Toma de Muestra Líquido Peritoneal
7	IT-LAB-20	Toma de Muestra Liquido Pleural
8	IT-LAB-21	Toma de muestra Ocular
9	IT-LAB-24	Toma de muestra para estudio Micológico
10	IT-LAB-25	Toma de muestra de piel y tejidos blandos
11	IT-LAB-26	Toma de Muestras Líquido Articular
12	IT-LAB-48	Toma de muestra Hemocultivo Periférico
13	IT-LAB-49	Toma de muestra Hisopado Nasofaríngeo
14	IT-LAB-50	Toma de muestra Secreción Faríngea
15	IT-LAB-51	Toma de muestra Secreción Uretral
16	IT-LAB-52	Toma de muestra Secreción Ótica
17	IT-LAB-53	Toma de muestra del Tracto Respiratorio Inferior
18	IT-LAB-54	Toma de muestra para Acarotest
19	IT-LAB-55	Toma de muestra en pacientes con sospecha de bacteriemia asociada a catéter venoso central
20	IT-LAB-56	Toma de muestras de Hemorragia oculta en deposición
21	IT-LAB-57	Toma de muestra de Orina por Sonsa Foley, Cateterismo y Cistotomía
22	IT-LAB-58	Toma de muestras de Parasitológico seriado de deposiciones
23	IT-LAB-239	Toma de muestras para estudio microbiológico de Mycoplasma hominis y Ureaplasma urealyticum

En página 21, ítem 9 se describe la rotulación de las muestras. Las indicaciones para la rotulación se encuentran en el instructivo IT-LAB-285 Instructivo para la obtención de etiquetas y rotulado de tubos, el cual describe que toda muestra enviada al laboratorio debe contener:
- Nombre y dos apellidos.
- Identificación del tipo de muestra.
- Fecha y hora de extracción de la muestra.

En página 21, ítem 10, se describen las condiciones de transporte y conservación de muestras desde las unidades al laboratorio clínico de la siguiente forma:
Toda muestra debe ser enviada transcurridos no más de 30 minutos desde su extracción.
Las muestras deben ser enviadas en un contenedor en posición vertical, dentro de otro con tapa.
En caso de transporte mediante correo neumático, sólo aplica para contenedores plásticos y de tapa hermética. Nunca tubos ni frascos de vidrio, tampoco muestras de deposición. Más detalles al respecto se encuentran en el instructivo IT-LAB-249: Envío de muestras a unidad de laboratorio clínico a través de correo neumático
El contenedor se acompaña de cuaderno/libro donde se registran fecha, hora de envío, nombre del paciente, color y cantidad de tubos enviados.

En página 23, ítem 11, se detallan los criterios de rechazo de muestras, asignándole código y causa de la siguiente forma:

CODIGO	CAUSA
R1	Volumen insuficiente o en exceso
R2	Muestra hemolizada
R3	Muestra coagulada
R4	Solicitud de examen no valorizado
R5	Muestra tomada en contenedor equivocado
R6	Contenedor de la muestra mal etiquetado
R7	Transporte inadecuado de la muestra
R8	Solicitud ilegible
R9	Solicitud sin identificaci6n del médico (nombre y Rut)
R10	Error de identificación
R11	Tubos o etiquetas contaminadas con sangre
R12	Muestras solicitadas y no tomadas
R13	Tubo enviado para determinación no solicitada
R14	Muestra derramada

El documento define que en el caso de aquellas muestras críticas mal identificadas, las cuales una vez tomadas no se pueda acceder a una nueva debido a su difícil acceso (líquido cefalorraquídeo, líquidos estériles, biopsias intraoperatorias), el responsable de la toma de muestra debe dejar por escrito en el registro RG-LAB-95-00 Declaración de Responsabilidad, respecto a la trazabilidad de la muestra enviada. Este protocolo aplica para muestras de neonatos de bajo peso y pacientes con condiciones especiales.

Observaciones:

1. Se tienen a la vista versiones anteriores del documento "MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS" que dan cumplimiento a la retrospectividad de 3 años para este prestador y que se detallan a continuación:
   Versión N° 02 con fecha de emisión Julio 2018.
   Versión N° 01 con fecha de emisión Enero 2017.
   Versión N° 00 con fecha de emisión Noviembre de 2015.
2. Existe diferencia en lo definido en Manual de toma de muestras para transporte en general de las muestras al laboratorio, en donde se indica que no debe transcurrir más de 30 min desde la toma de muestras. En el detalle de Anexo 1 del mismo documento en la columna transporte se detalla para gran parte de las prestaciones que se debe realizar "dentro de 45 mín".
3. El documento no describe las condiciones de transporte y conservación de muestras desde distintas tomas de muestras al laboratorio clínico, como, por ejemplo: muestras enviadas desde Taltal, Tocopilla, hospitalización domiciliaria, Calama, etc.

Por lo descrito en el punto 3, no cumple para el PV Laboratorio y toma de muestras.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA							
Laboratorio	Toma Muestra	UPC Ad.	UPC Ped.	UPC Neo	Medicina	Pediatría	Urgencia
NO	**NO**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**

APL 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con problemas de la toma de muestra detectados en el Laboratorio.

Toma de Muestra 1		
Nombre del indicador	INDICADOR RECHAZO DE MUESTRA	
Fórmula matemática	Nº de muestras rechazadas de unidad Asistencial / Nº Total de muestras recibidas por unidad asistencial x 100	
Umbral de cumplimiento: <=1% Pacientes hospitalizados <=0,35% Pacientes ambulatorios <=1,97 Pacientes unidad de emergencia		Periodicidad de la evaluación: Mensual
Toma de Muestra 2		
Nombre del indicador	INDICADOR RECHAZO DE MUESTRA	
Fórmula matemática	Nº de muestras rechazadas de unidad Asistencial / Nº Total de muestras recibidas por unidad asistencial x 100	
Umbral de cumplimiento: <=1% Pacientes hospitalizados <=0,35% Pacientes ambulatorios <=1,97 Pacientes unidad de emergencia		Periodicidad de la evaluación: Mensual
Toma de Muestra 3		
Nombre del indicador	INDICADOR RECHAZO DE MUESTRA	
Fórmula matemática	Nº de muestras rechazadas de unidad Asistencial / Nº Total de muestras recibidas por unidad asistencial x 100	
Umbral de cumplimiento: <=1% Pacientes hospitalizados <=0,35% Pacientes ambulatorios <=1,97 Pacientes unidad de emergencia		Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Ad 1		

Nombre indicador (1) Abril 2019 a la fecha	PORCENTAJE DE MUESTRAS DE LABORATORIO RECHAZADAS SEGÚN PROCEDIMIENTO RECIBIDAS POR UNIDAD ASISTENCIAL
Fórmula matemática	(N° de muestras rechazadas por unidad asistencial/N° total de muestras recibidas por unidad asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: ≤ 1% pacientes hospitalizados	Periodicidad de la evaluación: mensual
Nombre indicador (2)	Porcentaje de muestras de laboratorio rechazadas según procedimiento recibidas por unidad asistencial((Noviembre 2015 a Marzo 2019)
Fórmula matemática	(N° de muestras rechazadas por unidad asistencial/N° total de muestras recibidas por unidad asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: ≤ 1,5% pacientes hospitalizados	Periodicidad de la evaluación: mensual
UPC Ad 2	
Nombre del indicador	INDICADOR RECHAZO DE MUESTRA
Fórmula matemática	Nº de muestras rechazadas de unidad Asistencial / Nº Total de muestras recibidas por unidad asistencial x 100
Umbral de cumplimiento: <=1, 0% Pacientes hospitalizados	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Ad 3	
Nombre indicador (1) Abril 2019 a la fecha	PORCENTAJE DE MUESTRAS DE LABORATORIO RECHAZADAS SEGÚN PROCEDIMIENTO RECIBIDAS POR UNIDAD ASISTENCIAL
Fórmula matemática	(N° de muestras rechazadas por unidad asistencial/N° total de muestras recibidas por unidad asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: ≤ 1% pacientes hospitalizados	Periodicidad de la evaluación: mensual
Nombre indicador (2) Nov 2015 - Mar 2019	PORCENTAJE DE MUESTRAS DE LABORATORIO RECHAZADAS SEGÚN PROCEDIMIENTO RECIBIDAS POR UNIDAD ASISTENCIAL
Fórmula matemática	(N° de muestras rechazadas por unidad asistencial/N° total de muestras recibidas por unidad asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: ≤ 1,5% pacientes hospitalizados	Periodicidad de la evaluación: mensual
UPC Ped.	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE MUESTRAS DE LABORATORIO RECHAZADAS SEGÚN PROCEDIMIENTO, RECIBIDAS POR UNIDAD ASISTENCIAL
Fórmula matemática	Nº de muestras rechazadas por unidad asistencial/Nº total de muestras recibidas por unidad asistencial x 100
Umbral de cumplimiento: <= a 1	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Neo	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE MUESTRAS DE LABORATORIO RECHAZADAS SEGÚN PROCEDIMIENTO, RECIBIDAS POR UNIDAD ASISTENCIAL
Fórmula matemática	Nº de muestras rechazadas por unidad asistencial/nº total de muestras recibidas por unidad asistencial x 100
Umbral de cumplimiento: <= a 1	Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 1	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE MUESTRAS DE LABORATORIO RECHAZADA SEGÚN PROCEDIMIENTO RECIBIDA POR UNIDAD ASISTENCIAL
Fórmula matemática	Numero de muestras rechazadas por unidad/numero total de muestras recibidas por unidad asistencial x 100
Umbral de cumplimiento:< 1%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 2	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE MUESTRAS DE LABORATORIO RECHAZADA SEGÚN PROCEDIMIENTO RECIBIDA POR UNIDAD ASISTENCIAL
Fórmula matemática	Numero de muestras rechazadas por unidad/numero total de muestras recibidas por unidad asistencial x 100
Umbral de cumplimiento:< 1%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 3	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE MUESTRAS DE LABORATORIO RECHAZADA SEGÚN PROCEDIMIENTO RECIBIDA POR UNIDAD ASISTENCIAL
Fórmula matemática	Numero de muestras rechazadas por unidad/numero total de muestras recibidas por unidad asistencial x 100
Umbral de cumplimiento:< 1%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 4	
Nombre del indicador	Porcentaje de muestras de laboratorio rechazada según procedimiento recibida por unidad asistencial
Fórmula matemática	Numero de muestras rechazadas por unidad/numero total de muestras recibidas por unidad asistencial x 100
Umbral de cumplimiento:< 1%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 5	
Nombre del indicador	INDICADOR RECHAZO DE MUESTRA
Fórmula matemática	Nº de muestras rechazadas de unidad Asistencial / Nº Total de muestras recibidas por unidad asistencial x 100
Umbral de cumplimiento: <=1, 0% Pacientes hospitalizados	Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 6	
Nombre del indicador	INDICADOR RECHAZO DE MUESTRA
Fórmula matemática	Nº de muestras rechazadas de unidad Asistencial / Nº Total de muestras recibidas por unidad asistencial x 100

Umbral de cumplimiento: <=1, 0% Pacientes hospitalizados	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Pediatría	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE MUESTRAS DE LABORATORIO RECHAZADAS SEGÚN PROCEDIMIENTO, RECIBIDAS POR UNIDAD ASISTENCIAL
Fórmula matemática	nº de muestras rechazadas por unidad asistencial/nº total de muestras recibidas por unidad asistencial x 100
Umbral de cumplimiento: < = a 1	Periodicidad de la evaluación: mensual
Urgencia	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE MUESTRAS DE LABORATORIO RECHAZADAS SEGÚN PROCEDIMIENTO, RECIBIDAS POR UNIDAD ASISTENCIAL.
Fórmula matemática	N° de muestras rechazadas por unidad asistencial/ N° total de muestras recibidas por unidad asistencial X 100.
Umbral de cumplimiento: < 1.9%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

APL 1.2– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Toma de Muestra 1	
Nombre documento	INDICADOR DE RECHAZOS DE MUESTRAS
Responsable medición	Encargada de calidad laboratorio clínico HRA
Fuente primaria	Registro de muestras rechazadas en planilla Excel RG-LAB-09
Fuente secundaria	Planilla Excel con datos para cálculo de muestras totales (extraído desde Openlab)
Periodo evaluado	01 de Junio de 2016 al 30 de Abril de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** el prestador no utiliza cálculo de tamaño muestral. Se utiliza el universo que corresponde al total de muestras rechazadas registradas. **Metodología de muestreo:** no aplica. El prestador evalúa el total de muestras rechazadas. El numerador se obtiene de planilla Excel de registros de rechazos REG-LAB-09. El denominador se obtiene de LIS Openlab, el cual es exportado en formato Excel. **Criterios de cumplimiento:** se basa en registro de rechazos en planilla Excel de acceso compartido, la cual contempla los siguientes campos a completar: Fecha Paciente Unidad de origen Tubo rechazado Código de rechazo (que esté dentro de lo definido en documento) Quien notifica Quien recibe notificación Hora Observaciones
Metodología de constatación	**Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re-acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de Junio 2016 al 30 Abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: Junio 2018 y Febrero 2019. No aplica selección de muestra, se constata el universo de muestras registradas como rechazadas. **Registros revisados:** Informe de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras para exámenes de Laboratorio. Planilla Excel de Registro de muestras rechazadas: constatando los rechazos realizados y el registro de los siguientes atributos: Motivo de rechazo (descrito en documento) Fecha de rechazo Nombre paciente Observaciones (que coincidan con el motivo de rechazo) Tipo de muestra Filtrando la unidad asistencial correspondiente Planilla Excel con datos para cálculo de muestras totales **De la constatación:** Se constata la medición periódica del indicador para todo el período de retrospectividad, con la revisión de los informes de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras para exámenes de Laboratorio, los cuales describen los siguientes atributos: Definición del indicador. Unidad que emite el informe. Fecha de medición. Periodicidad. Profesional responsable de la medición. Cálculo muestral. Desarrollo del indicador. Resultados. Para evaluar la totalidad de los datos de este punto de verificación, se suma lo reportado por el prestador como: "policlínico adulto" y "policlínico pediatría".

Del universo de muestras rechazadas (planilla Excel de registro de muestras rechazadas, filtrando unidad de origen: toma de muestra central TH primer piso, registrados como "poli"), se constatan 5 fuentes primarias de cada período, seleccionadas por randomizer, cuyos resultados son:

Fecha rechazo	Paciente	Código rechazo	CUMPLE
12-06-2018	SYF	R14	SI
20-06-2018	SSC	R3 y R6	NO
20-06-2018	AR-	R3	SI
20-06-2018	IP-	R3	SI
30-06-2018	RLU	R12	SI
01-02-2019	GUF	R2	SI
11-02-2019	NMG	R2	SI
11-02-2019	GM-	R15	NO
13-02-2019	ERF	R15	NO
26-02-2019	PT-	R3	SI

Los resultados de la constatación del universo de rechazos, desde planilla Excel de Registro de muestras rechazadas, unidad de origen Toma de muestra central TH primer piso (registrados todos como "poli"), son:

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Policlínico Adulto Junio 2016	1	6731	0,01%			
Policlínico Pediatría Junio 2016	0	1021	0,00%			
Policlínico Adulto Julio 2016	3	7163	0,04%			
Policlínico Pediatría Julio 2016	2	637	0,31%			
Policlínico Adulto Agosto 2016	2	8016	0,02%			
Policlínico Pediatría Agosto 2016	9	1051	0,86%			
Policlínico Adulto Septiembre 2016	0	7444	0%			
Policlínico Pediatría Septiembre 2016	3	884	0,34%			
Policlínico Adulto Octubre 2016	0	6451	0%			
Policlínico Pediatría Octubre 2016	1	897	0,11%			
Policlínico Adulto Noviembre 2016	12	5112	0,23%			
Policlínico Pediatría Noviembre 2016	0	541	0,00%			
Policlínico Adulto Diciembre 2016	4	8380	0,048%			
Policlínico Pediatría Diciembre 2016	0	1006	0%			
Policlínico Adulto Enero 2017	4	5614	0,0712504%			
Policlínico Pediatría Enero 2017	7	680	1,0294118%			
Policlínico Adulto Febrero 2017	4	6058	0,06%			
Policlínico Pediatría Febrero 2017	2	676	0,29%			
Policlínico Adulto Marzo 2017	30	8085	0,37%			
Policlínico Pediatría Marzo 2017	10	1042	0,96%			
Policlínico Adulto Abril 2017	9	8529	0,11%			
Policlínico Pediatría Abril 2017	9	1350	0,67%			
Policlínico Adulto Mayo 2017	3	730	0,41%			
Policlínico Pediatría Mayo 2017	3	730	0,41%			
Policlínico Adulto Junio 2017	13	5568	0,233%			
Policlínico Pediatría Junio 2017	0	716	0%			
Policlínico Adulto Julio 2017	23	9335	0,25%			
Policlínico Pediatría Julio 2017	9	1117	0,81%			
Policlínico Adulto Agosto 2017	16	10776	0,15%			
Policlínico Pediatría Agosto 2017	18	1625	1,11%			
Policlínico Adulto Septiembre 2017	14	6702	0,21%			
Policlínico Pediatría Septiembre 2017	17	858	1,98%			
Policlínico Adulto Octubre 2017	7	4855	0,14%			
Policlínico Pediatría Octubre 2017	32	798	4,01%			
Policlínico Adulto Noviembre 2017	4	1556	0,26%			
Policlínico Pediatría Noviembre 2017	0	151	0%			
Policlínico Adulto Diciembre 2017	12	1112	1,08%			
Policlínico Pediatría Diciembre 2017	2	59	3,39%			
Enero 2018	6	3603	0,16%			
Febrero 2018	9	4929	0,18%			
Marzo 2018	12	6461	0,18%			
Abril 2018	32	6391	0,50%			
Mayo 2018	40	6028	0,66%			
Junio 2018	**42**	**7313**	**0,57%**	**36**	**7864**	**0,46%**

Julio 2018	44	7770	0,56%			
Agosto 2018	25	8006	0,31%			
Septiembre 2018	5	7452	0.067%			
Octubre 2018	40	7745	0,52%			
Noviembre 2018	62	7389	0,83%			
Diciembre 2018	44	6146	0,72%			
Enero 2019	79	7938	1,00%			
Febrero 2019	**101**	**7052**	**1,43%**	**103**	**7395**	**1,39%**
Marzo 2019	65	7569	0,86%			
Abril 2019	78	8142	0,96%			

Descripción de los hallazgos:

1. Para el período desde junio 2016 a diciembre 2017 el prestador entrega reporte de punto de verificación toma de muestras central TH primer piso separados en "policlínico adulto" y "policlínico pediatría". Desde enero 2018 a abril 2019 el reporte y medición es para "toma de muestras".

Al realizar la constatación de lo informado por el prestador, se evidencia:

2. En la evaluación cuantitativa para el período junio 2018 la diferencia en lo cuantitativo encontrada es de 0,11%, siendo mayor a un 10% de lo reportado, por lo que no cumple (según ORDINARIO IP N° 5 del 17 de mayo de 2019, sobre las nuevas "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento de la exigencia sobre realización de la evaluación periódica" el porcentaje constatado puede ser igual al del prestador o no diferir en más de un 10%, al evaluar el universo de los datos).
3. En cuanto a lo cualitativo el resultado obtenido se calcula con numerador y denominador distintos al calculado efectivamente por el prestador, en el caso del numerador se evidencia motivos no descritos en el protocolo local (5 motivos calificados como R16, no se encuentran descrito en el protocolo local, página 23 describe rechazo hasta R14), motivos erróneos (1 motivo calificado como R3 y R6, siendo esta causa coagulada y mal etiquetada respectivamente, especificando en observaciones que se trata de una muestra sin rótulo), conteo de rechazos erróneo y conteo del LIS no válido. El prestador reporta numerador de 42 rechazos, existiendo en registros 43 rechazos, de los cuales 36 son constatados por la EA, según los rechazos descritos en el protocolo local. Para el denominador se evidencia falta de datos ya que registro extraído desde Openlab, contempla sólo tubos primarios para sangre, no contempla por ejemplo: jeringas, contenedores de muestras microbiológicas, frascos de orina, que si son contemplados en el numerador del indicador, constatando 7864 tubos primarios para el período.

Para el período febrero 2019 la diferencia evidenciada es de 0,04%, no siendo mayor al 10% por lo que cumple. El resultado obtenido se calcula con numerador y denominador distintos al calculado por el prestador, en el caso del numerador se evidencia motivos no descritos (35 motivos calificados como R15 y 11 motivos calificados como R16), 1 registro sin motivo de rechazo, 1 registro sin el nombre del paciente, conteo de rechazos erróneo y conteo del LIS no válido.
El prestador reporta numerador de 101 rechazos, existiendo en registros 151 rechazos, de los cuales 103 son constatados por la EA según lo descrito en el protocolo local. Para el denominador se evidencia falta de datos ya que registro extraído desde Openlab, contempla sólo tubos primarios para sangre, no contempla por ejemplo: jeringas, contenedores de muestras microbiológicas, frascos de orina, que si son contemplados en el numerador del indicador, constatándose 7395 tubos primarios para el período.

En base a la evaluación en terreno, se obtiene acta del prestador en la cual se manifiesta la diferencia significativa de los datos. También se consigna que se realiza visita técnica para revisar el LIS, concluyéndose que no se pudo obtener la causa que genera los errores y se encuentra en revisión.
Lo anterior ha sido puesto de manifiesto en varias oportunidades previo al proceso de terreno, a las autoridades pertinentes.

Al constatar en punto de verificación Laboratorio la veracidad de los datos de rechazos de muestras, se observaron diferencias entre los datos obtenidos en el punto de verificación y los datos de los informes del prestador, por lo que no es posible constatar consistencia de los datos con fuente primaria, para:

- registro del período junio 2018
- registros del período febrero 2019

Las inconsistencias evidenciadas en los registros descritos anteriormente, se basan en la diferencia de criterios de rechazo definidos en documento y los registrados, como:
R3 y R6: definidos en documento como "muestra coagulada" y "contenedor de la muestra mal etiquetado" respectivamente, especificando en observaciones que se trata de una muestra "sin rótulo" (R10).
R15: evidencia como motivo de rechazo, sin estar definido en documento local, en registro especifica distintas causas como: "muestra no apta para estudio microbiológico".
R16: se evidencia como motivo de rechazo sin estar definido ni descrito en protocolo local.

En cuanto a las diferencias del universo de rechazos evidenciados para el numerador (cantidad de rechazos), se debe a la errónea clasificación de procedencias, vale decir, cuantos rechazos pertenecen a punto de verificación evaluado: Toma de muestra central TH primer piso y los registros entregados por el prestador.
En cuanto a las diferencias evidenciadas para el denominador se constata que al filtrar las muestras provenientes de toma de muestras central TH primer piso, sólo se tiene acceso a los "tubos primarios" y no a la totalidad de "muestras recibidas por unidad asistencial", como se define en indicador.
El prestador mide todos los tipos de muestras (envases, frascos, tubos, jeringas, etc) para el numerador y sólo tubos primarios para el denominador.

Por lo anteriormente descrito, no cumple con el elemento medible.

Toma de Muestra 2	
Nombre documento	INDICADOR DE RECHAZOS DE MUESTRAS
Responsable medición	Encargado de Calidad Laboratorio Clínico HRA

<table>
<tr><td>Fuente primaria</td><td>Registro de muestras rechazadas</td></tr>
<tr><td>Fuente secundaria</td><td>No aplica</td></tr>
<tr><td>Periodo evaluado</td><td>01 de Febrero 2018 al 30 de Abril de 2019</td></tr>
<tr><td>Metodología de medición del prestador</td><td>Metodología del cálculo de la muestra: el prestador no utiliza cálculo de tamaño muestral. Se utiliza el universo que corresponde al total de muestras rechazadas registradas.
Metodología de muestreo: no aplica. El prestador evalúa el total de muestras rechazadas. El numerador se obtiene de planilla Excel de registros de rechazos REG-LAB-09. El denominador se obtiene de LIS Openlab, el cual es exportado en formato Excel.
Criterios de cumplimiento: se basa en registro de rechazos en planilla Excel de acceso compartido, la cual contempla los siguientes campos a llenar:
Fecha
Paciente
Unidad de origen
Tubo rechazado
Código de rechazo (que esté dentro de lo definido en documento)
Quien notifica
Quien recibe notificación
Hora
Observaciones</td></tr>
<tr><td>Metodología de constatación</td><td>Período retrospectivo a evaluar: 01 de Febrero 2018 al 30 Abril de 2019.
Selección de la muestra: la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: Junio 2018 y Febrero 2019. No aplica selección de muestra, se constata el universo de muestras registradas como rechazadas.
Registros revisados:
Informe de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras para exámenes de Laboratorio.
Planilla Excel de Registro de muestras rechazadas: constatando los rechazos realizados y el registro de los siguientes atributos:
Motivo de rechazo (descrito en documento)
Fecha de rechazo
Nombre paciente
Observaciones (que coincidan con el motivo de rechazo)
Tipo de muestra
Filtrando la unidad asistencial correspondiente
Planilla Excel con datos para cálculo de muestras totales
De la constatación:
Se constata la medición periódica del indicador para todo el período de retrospectividad aplicable a esta toma de muestras, con la revisión de los informes de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras para exámenes de Laboratorio, los cuales describen los siguientes atributos:
Definición del indicador.
Unidad que emite el informe.
Fecha de medición.
Periodicidad.
Profesional responsable de la medición.
Cálculo muestral.
Desarrollo del indicador.
Resultados.
Del universo de muestras rechazadas (planilla Excel de registro de muestras rechazadas, filtrando unidad de origen: Toma de muestras Salud personal), se constata 1 fuente primaria (universo) para período Junio 2018, y 5 fuentes primarias (universo) para período Febrero 2019 estas últimas, seleccionadas sistemáticamente, cuyos resultados son:

<table>
<tr><th>Fecha rechazo</th><th>Paciente</th><th>Código rechazo</th><th>CUMPLE</th></tr>
<tr><td>22-06-2018</td><td>DC-</td><td>R10</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>04-02-2019</td><td>JIM</td><td>R1</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>15-02-2019</td><td>NN-</td><td>R6</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>20-02-2019</td><td>SRR</td><td>R3</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>22-02-2019</td><td>AA-</td><td>R3</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>27-02-2019</td><td>SCP</td><td>R3</td><td>SI</td></tr>
</table>

Los resultados de la constatación del universo de rechazos, desde planilla Excel de Registro de muestras rechazadas, unidad de origen toma de muestras salud personal, son:</td></tr>
<tr><td>Período evaluado</td><td>Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado</td><td>Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados</td></tr>
</table>

				entregados		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Febrero 2018	0	641	0%			
Marzo 2018	8	449	1,78%			
Abril 2018	12	621	1,93%			
Mayo 2018	11	578	1,90%			
Junio 2018	**1**	**601**	**0,17%**	**1**	**598**	**0,16%**
Julio 2018	12	643	1,87%			
Agosto 2018	5	655	0,75%			
Septiembre 2018	0	591	0%%			
Octubre 2018	1	589	1,02%			
Noviembre 2018	9	539	1,67%			
Diciembre 2018	4	487	0,821%			
Enero 2019	7	579	1,21%			
Febrero 2019	**7**	**659**	**1,06%**	**8**	**660**	**1,21%**
Marzo 2019	5	851	0,59%			
Abril 2019	5	541	0,92%			

Descripción de los hallazgos:

Se evidencia que en los informes de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras para exámenes de Laboratorio meses de febrero 2018 a octubre 2018, tenidos a la vista en punto de verificación toma de muestras salud del personal, el prestador reporta los resultados obtenidos clasificando dicho punto de verificación en "pacientes ambulatorios".
Indicador es declarado como "centralizado", se evalúa en laboratorio, se tienen a la vista los informes de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras, en donde no contempla el punto de verificación toma de muestras salud del personal para los meses descritos.

Al realizar la constatación de lo informado por el prestador, se evidencia:
En la evaluación cuantitativa, para el período junio 2018 la diferencia en lo cuantitativo encontrada es de 0,01%, no es mayor a un 10% por lo que cumple (Según ORDINARIO IP N° 5 del 17 de mayo de 2019, sobre las nuevas "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento de la exigencia sobre realización de la evaluación periódica" el porcentaje constatado puede ser igual al del prestador o no diferir en no más de un 10%, al evaluar el universo de los datos).
En cuanto a lo cualitativo el resultado obtenido se calcula con denominador distinto al calculado por el prestador, en el caso de numeradores se evidencia la misma cantidad (1) constatada por la EA. Para el denominador se evidencia falta de datos ya que registro extraído desde Openlab, contempla sólo tubos primarios para sangre, no contempla por ejemplo: jeringas, contenedores de muestras microbiológicas, frascos de orina, que si son contemplados en el numerador del indicador, constatándose 598 tubos primarios para el período.

Para el período febrero 2019 la diferencia en lo cuantitativo evidenciada es de 0,15%, no es mayor a un 10% por lo que cumple.

El resultado obtenido se calcula con numerador y denominador distintos al calculado por el prestador, en el caso del numerador se evidencia 1 registro con motivo erróneo: R5 siendo definido como "contenedor equivocado" y registrado en observaciones como "sin rótulo", y conteo de rechazos erróneo. El prestador reporta numerador de 7 rechazos, existiendo en los registros 9 rechazos, de los cuales 8 son constatados por la EA según protocolo local. Para el denominador se evidencia falta de datos ya que registro extraído desde Openlab, contempla sólo tubos primarios para sangre, no contempla por ejemplo: jeringas, contenedores de muestras microbiológicas, frascos de orina, que si son contemplados en el numerador del indicador, constatándose 660 tubos primarios para el período.

En base a la evaluación en terreno, se obtiene acta del prestador mediante la cual confirma las diferencias detectadas de los datos. También se consigna que se realiza visita técnica para revisar el LIS, concluyéndose que no se pudo obtener la causa que genera los errores y se encuentra en revisión.
En cuanto a las diferencia del universo de rechazos evidenciados para el numerador (cantidad de rechazos), se debe a la clasificación de procedencias, vale decir, cuantos rechazos pertenecen efectivamente al punto de verificación evaluado: toma de muestras salud personal y los registros entregados por el prestador.
En cuanto a las diferencias evidenciadas para el denominador se constata que al filtrar las muestras provenientes de toma de muestras salud personal, sólo se tiene acceso a los "tubos primarios" y no a la totalidad de "muestras recibidas por unidad asistencial", como se define en indicador.
El prestador mide todos los tipos de muestras (envases, frascos, tubos, jeringas, etc) para el numerador y sólo tubos primarios para el denominador**.**

Por lo anteriormente descrito, no cumple con el elemento medible.

Toma de Muestra 3	
Nombre documento	INDICADOR DE RECHAZOS DE MUESTRAS
Responsable medición	Encargado de Calidad Laboratorio Clínico HRA
Fuente primaria	Registro de muestras rechazadas en planilla Excel RG-LAB-09
Fuente secundaria	Planilla Excel con datos para cálculo de muestras totales (extraído desde Openlab)
Periodo evaluado	01 de Junio de 2016 al 30 de Abril de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** el prestador no utiliza cálculo de tamaño muestral. Se utiliza el universo que corresponde al total de muestras rechazadas registradas.

Metodología de muestreo: no aplica. El prestador evalúa el total de muestras rechazadas. El numerador se obtiene de planilla Excel de registros de rechazos REG-LAB-09. El denominador se obtiene de LIS Openlab, el cual es exportado en formato Excel.

Criterios de cumplimiento: se basa en registro de rechazos en planilla Excel de acceso compartido, la cual contempla los siguientes campos a completar:

Fecha
Paciente
Unidad de origen
Tubo rechazado
Código de rechazo (que esté dentro de lo definido en documento)
Quien notifica
Quien recibe notificación
Hora
Observaciones

Metodología de constatación

Período retrospectivo a evaluar: dado que corresponde a un proceso de re-acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de Junio 2016 al 30 Abril de 2019.

Selección de la muestra: la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: Junio 2018 y Febrero 2019. No aplica selección de muestra, se constata el universo de muestras registradas como rechazadas.

Registros revisados:

Informe de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras para exámenes de Laboratorio.

Planilla Excel de Registro de muestras rechazadas: constatando los rechazos realizados y el registro de los siguientes atributos:

Motivo de rechazo (descrito en documento)
Fecha de rechazo
Nombre paciente
Observaciones (que coincidan con el motivo de rechazo)
Tipo de muestra
Filtrando la unidad asistencial correspondiente
Planilla Excel con datos para cálculo de muestras totales

De la constatación:

Se constata la medición periódica del indicador para todo el período de retrospectividad, con la revisión de los informes de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras para exámenes de Laboratorio, los cuales describen los siguientes atributos:

Definición del indicador.
Unidad que emite el informe.
Fecha de medición.
Periodicidad.
Profesional responsable de la medición.
Cálculo muestral.
Desarrollo del indicador.
Resultados.

Del universo de muestras rechazadas (planilla Excel de registro de muestras rechazadas, filtrando unidad de origen: toma de muestras Unacess), se constatan 5 fuentes primarias de cada período, seleccionadas sistemáticamente, cuyos resultados son:

Fecha rechazo	Paciente	Código rechazo	CUMPLE
01-06-2018	DC-	R10	SI
05-06-2018	JIM	R1	SI
12-06-2018	NN-	R6	SI
18-06-2018	SRR	R3	SI
22-06-2018	AA-	R3	SI
05-02-2019	ASB	R14	SI
08-02-2019	FAM	**R16**	**NO**
11-02-2019	CRB	R1	SI
S/D	CII	R6	SI
25-02-2019	DAN	R6	SI

Los resultados de la constatación del universo de rechazos, desde planilla Excel de Registro de muestras rechazadas, unidad de origen toma de muestras Unacess, son:

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	S/E	S/E	S/E			

Julio 2016	S/E	S/E	S/E			
Agosto 2016	S/E	S/E	S/E			
Septiembre 2016	S/E	S/E	S/E			
Octubre 2016	S/E	S/E	S/E			
Noviembre 2016	2	786	0,25%			
Diciembre 2016	4	1605	O,06%			
Enero 2017	2	954	0,18%			
Febrero 2017	0	868	0,00%			
Marzo 2017	5	1075	0,47%			
Abril 2017	3	1653	0,18%			
Mayo 2017	5	996	0,50%			
Junio 2017	4	419	0,95%			
Julio 2017	0	432	0,00%			
Agosto 2017	2	496	0,4%			
Septiembre 2017	2	581	0,34%			
Octubre 2017	2	495	0,40%			
Noviembre 2017	1	297	0,34%			
Diciembre 2017	6	265	2,26%			
Enero 2018	20	1048	1,90%			
Febrero 2018	0	886	0,00%			
Marzo 2018	2	1344	0,15%			
Abril 2018	16	1114	1,44%			
Mayo 2018	15	1315	1.14%			
Junio 2018	**23**	**1453**	**1,58%**	**20**	**122**	**16,39%**
Julio 2018	10	1471	0,67%			
Agosto 2018	3	820	0,37%			
Septiembre 2018	20	5754	0,34%			
Octubre 2018	0	868	0,00%			
Noviembre 2018	5	901	0,55%			
Diciembre 2018	0	842	0,00%			
Enero 2019	5	1262	0,40%			
Febrero 2019	**2**	**1463**	**0,13%**	**6**	**249**	**2,40%**
Marzo 2019	5	1189	0,42%			
Abril 2019	2	1945	0,10%			

Descripción de los hallazgos:

Al realizar la constatación de lo informado por el prestador, se evidencia:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado para el período Junio 2018 la diferencia en lo cuantitativo evidenciada es de 14,81%, mayor a un 10% por lo que no cumple (según ORDINARIO IP N° 5 del 17 de mayo de 2019, sobre las nuevas "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento de la exigencia sobre realización de la evaluación periódica" el porcentaje constatado puede ser igual al del prestador o no diferir en no más de un 10%, al evaluar el universo de los datos).
2. En cuanto a lo cualitativo para el numerador se reportan 23 rechazos, existiendo efectivamente en los registros 23 rechazos, de los cuales 20 son constatados por la EA según lo descrito en el protocolo local (existen 3 registros de rechazo con motivo R16, el cual no se encuentra descrito en documento local). Para el denominador se evidencian diferencias, según archivo entregado por el prestador, además de la falta de datos debido a que se constata que registro extraído desde Openlab, contempla sólo tubos primarios para sangre, no contempla por ejemplo: jeringas, contenedores de muestras microbiológicas, frascos de orina, que si son contemplados en el numerador del indicador, constatándose 16 tubos primarios para el período.

Para el período Febrero 2019 la diferencia en lo cuantitativo evidenciada es de 2,27%, es mayor al 10% por lo que no cumple (según ORDINARIO IP N° 5 del 17 de mayo de 2019, sobre las nuevas "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento de la exigencia sobre realización de la evaluación periódica" el porcentaje constatado puede ser igual al del prestador o no diferir en no más de un 10%, al evaluar el universo de los datos).
El resultado obtenido se calcula con numerador y denominador distintos al calculado por el prestador, en el caso del numerador se evidencia motivos no descritos (2 motivo de rechazos calificados como R16). El prestador reporta numerador de 2 rechazos, existiendo en registros 8 rechazos, de los cuales 6 son constatados por la EA. Para el denominador se evidencia falta de datos ya que registro extraído desde Openlab, contempla sólo tubos primarios para sangre, no contempla por ejemplo: jeringas, contenedores de muestras microbiológicas, frascos de orina, que si son contemplados en el numerador del indicador, constatándose 154 tubos primarios para el período.

En base a la evaluación en terreno, se obtiene acta del prestador mediante la cual confirma las diferencias de los datos. También se consigna que se realiza visita técnica para revisar el LIS, concluyéndose que no se pudo obtener la causa que genera los errores y se encuentra en revisión.

- Al constatar en punto de verificación Laboratorio la veracidad de los datos de rechazos de muestras, se observaron diferencias entre los datos obtenidos en el punto de verificación y los datos de los informes del prestador, por lo que no es posible constatar consistencia de los datos con fuente primaria, para:
- registro del período Febrero 2019
- La inconsistencia evidenciada en el registro descrito anteriormente, se basa en la diferencia de criterios de rechazo

definidos en documento y lo registrado, como:R16: se evidencia como motivo de rechazo sin estar definido en el protocolo local.

- En cuanto a las diferencia del universo de rechazos evidenciados para el numerador (cantidad de rechazos), se debe a la errónea clasificación de procedencias, vale decir, cuantos rechazos pertenecen a punto de verificación evaluado: toma de muestras Unacess y los registros entregados por el prestador.
- En cuanto a las diferencias evidenciadas para el denominador se constata que al filtrar las muestras provenientes de toma de muestras Unacess, sólo se tiene acceso a los "tubos primarios" y no a la totalidad de "muestras recibidas por unidad asistencial", como se define en indicador.
- El prestador mide todos los tipos de muestras (envases, frascos, tubos, jeringas, etc) para el numerador y sólo tubos primarios para el denominador.

Por lo anteriormente descrito, no cumple con el elemento medible.

UPC Ad	
Nombre documento	INDICADOR DE RECHAZOS DE MUESTRAS
Responsable medición	Encargado de Calidad Laboratorio Clínico HRA
Fuente primaria	Registro de muestras rechazadas en planilla Excel RG-LAB-09
Fuente secundaria	Planilla Excel con datos para cálculo de muestras totales (extraído desde Openlab)
Periodo evaluado	01 de Junio de 2016 al 30 de Abril de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** el prestador no utiliza cálculo de tamaño muestral. Se utiliza el universo que corresponde al total de muestras rechazadas registradas. **Metodología de muestreo**: no aplica. El prestador evalúa el total de muestras rechazadas. El numerador se obtiene de planilla Excel de registros de rechazos REG-LAB-09. El denominador se obtiene de LIS Openlab, el cual es exportado en formato Excel. **Criterios de cumplimiento:** se basa en registro de rechazos en planilla Excel de acceso compartido, la cual contempla los siguientes campos a llenar: Fecha Paciente Unidad de origen Tubo rechazado Código de rechazo (que esté dentro de lo definido en documento) Quien notifica Quien recibe notificación Hora Observaciones
Metodología de constatación	**Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re-acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de Junio 2016 al 30 Abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: Junio 2018 y Febrero 2019. No aplica selección de muestra, se constata el universo de muestras registradas como rechazadas. **Registros revisados:** Informe de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras para exámenes de Laboratorio. Planilla Excel de Registro de muestras rechazadas: constatando los rechazos realizados y el registro de los siguientes atributos: Motivo de rechazo (descrito en documento) Fecha de rechazo Nombre paciente Observaciones (que coincidan con el motivo de rechazo) Tipo de muestra Filtrando la unidad asistencial correspondiente Planilla Excel con datos para cálculo de muestras totales **De la constatación**: Se constata la medición periódica del indicador para todo el período de retrospectividad, con la revisión de los informes de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras para exámenes de Laboratorio, los cuales describen los siguientes atributos: Definición del indicador. Unidad que emite el informe. Fecha de medición. Periodicidad. Profesional responsable de la medición. Cálculo muestral. Desarrollo del indicador. Resultados. Del universo de muestras rechazadas (planilla Excel de registro de muestras rechazadas, filtrando unidad de origen: UPC adulto), se constatan 5 fuentes primarias de cada período, seleccionadas sistemáticamente, cuyos resultados son:

Fecha	**Pacient**	**Código**	**CUMPLE**

rechazo	e	rechazo	
01-06-2018	GHA	R12	SI
07-06-2018	LPS	R13	SI
16-06-2018	DBA	**R16**	**NO**
20-06-2018	PDM	R3	SI
22-06-2018	S/I	R2	SI
01-02-2019	MMB	R6	SI
13-02-2019	RVR	R13	SI
19-02-2019	AA-	R13	SI
23-02-2019	IAG	R2	SI
26-02-2019	HMV	R3	SI

Los resultados de la constatación del universo de rechazos, desde planilla Excel de Registro de muestras rechazadas, unidad de origen UPC adulto, son:

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
UPC Ad 1						
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016	2	1160	0,17			
Junio 2016	5	1005	0,5%			
Julio 2016	3	960	0,31%			
Agosto 2016	2	962	0,21%			
Septiembre 2016	1	872	0,11%			
Octubre 2016	0	933	0%			
Noviembre 2016	6	879	0,68%			
Diciembre 2016	1	1125	0,09%			
Enero 2017	2	680	0,29%			
Febrero 2017	5	845	0,59%			
Marzo 2017	0	864	0%			
Abril 2017	2	1001	0,20			
Mayo 2017	20	691	2,89%			
Junio 2017	0	9	0%			
Julio 2017	58	292	19,86%			
Agosto 2017	32	869	3,68%			
Septiembre 2017	91	1001	9,09%			
Octubre 2017	52	2527	2,06%			
Noviembre 2017	31	574	5,40%			
Diciembre 2017	83	601	13,81%			
Enero 2018	37	1885	1,96%			
Febrero 2018	26	3024	0,86%			
Marzo 2018	59	3138	1,8%			
Abril 2018	56	1856	3,02%			
Mayo 2018	83	1693	4,90%			
Junio 2018	**41**	**2227**	**1,84%**	NC	NC	NC
Julio 2018	113	2722	4,15%			
Agosto 2018	112	2386	4,69%			
Septiembre 2018	33	2658	1,2%			
Octubre 2018	69	3594	1,90			
Noviembre 2018	99	2877	3%			
Diciembre 18	**71**	**2406**	**2,95%**	NC	NC	NC
Enero 2019	66	2106	3,13%			
Febrero 2019	52	2086	2,49%			
Marzo 2019	75	919	8,16%			
Abril 2019	30	1251	2,40%			
UPC Ad 2						
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016, sector 1	4	1149	0,34%			
Mayo 2016, sector 2	3	857	0,35%			
Junio 2016, sector 1	18	1179	1,53%			
Junio 2016, sector 2	1	659	0,15%			
Julio 2016, sector 1	20	1181	1,69%			
Julio 2016, sector 2	3	960	0,31%			
Agosto 2016, sector 1	6	1292	0,46%			
Agosto 2016, sector 2	4	727	0,55%			

Septiembre 2016, sector 1	9	1154	0,78%			
Septiembre 2016, sector 2	3	681	0,44%			
Octubre 2016, sector 1	10	1247	0,80%			
Octubre 2016, sector 2	0	724	0%			
Noviembre 2016, sector 1	18	1289	1,40%			
Noviembre 2016, sector 2	0	692	0%			
Diciembre 2016, sector 1	5	1686	0,29%			
Diciembre 2016, sector 2	2	950	0,21%			
Enero 2017, sector 1	9	786	1,14%			
Enero 2017, sector 2	3	563	0,53%			
Febrero 2017, sector 1	26	1086	2,39%			
Febrero 2017, sector 2	0	659	0%			
Marzo 2017, sector 1	34	1454	2,34%			
Marzo 2017, sector 2	13	747	1,74%			
Abril 2017, sector 1	20	1899	1,05%			
Abril 2017, sector 2	18	7259	0,25%			
Mayo 2017	18	505	3,45%			
Mayo 2017, sector 2	13	276	4,71%			
Junio 2017	41	100	41%			
Julio 2017	58	292	19.86%			
Agosto 2017	32	869	3,68%			
Septiembre 2017	91	1101	9,09%			
Octubre 2017	52	2527	2,06%			
Noviembre 2017	31	574	5,40%			
Diciembre 2017	83	601	13.81%			
Enero 2018	37	1885	1.96%			
Febrero 2018	26	3024	0,86%			
Marzo 2018	59	3138	1,88%			
Abril2018	56	1856	3,02%			
Mayo 2018	83	1693	4,90%			
Junio 2018	**41**	**2227**	**1,84%**	**44**	**2224**	**1.98%**
Julio 2018	113	2722	4,15%			
Agosto 2018	112	2386	4,69%			
Septiembre 2018	33	2658	1,24%			
Octubre 2018	69	3594	1,92%			
Noviembre 2018	99	2877	3,0%			
Diciembre 2018	71	2406	2,95%			
Enero 2019	66	2106	3,13%			
Febrero 2019	**52**	**2086**	**2,49%**	**27**	**2084**	**1.29%**
Marzo 2019	75	919	8,16%			
Abril 2019	50	1236	4,05%			
UPC Ad 3						
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Jun-16	7	492	1,42%			
Jul-16	2	562	0,365			
Ago-16	0	792	0%			
Sep-16	1	705	0,14%			
Oct-16	6	744	0,81%			
Nov-16	1	786	0,13%			
Dic-16	2	1073	0,18%			
Ene-17	2	680	0,3%			
Feb-17	9	696	1,3%			
Mar-17	15	539	2,8%			
Abr-17	12	742	1,6%			
May-18	4	671	0,6%			
Jun-17	2	367	0,5%			
Jul-17	0	547	0%			
Ago-17	2	698	0,3%			
Sep-17	1	374	0,3%			
Oct-17	9	623	1,4%			
Nov-17	7	119	5,9%			
Dic-17	5	95	5,3%			
Ene-18	1	51	2%			
Feb-18	15	744	2%			
Mar-18	15	1156	1,3%			
Abr-18	11	740	1,5%			

May-18	25	584	4,3%			
Jun-18	**10**	**612**	**1,6%**			
Jul-18	14	706	2%			
Ago-18	57	907	6,2%			
Sep-18	2	632	0,3%			
Oct-18	24	937	2,6%			
Nov-18	30	1080	3%			
Dic-18	**22**	**1045**	**2%**			
Ene-19	10	882	1,1%			
Feb-19	15	1327	1,1%			
Mar-19	8	1475	0,5%			
Abr-19	16	1379	1,2%			
May-19	3	414	0,7%			

Descripción de los hallazgos:
Al realizar la constatación de lo informado por el prestador, se evidencia:

- En la evaluación cuantitativa para el período junio 2018 la diferencia cuantitativa encontrada es de 0,14%, no es mayor a 10% por lo que cumple (según ORDINARIO IP N° 5 del 17 de mayo de 2019, sobre las nuevas "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento de la exigencia sobre realización de la evaluación periódica" el porcentaje constatado puede ser igual al del prestador o no diferir en no más de un 10%, al evaluar el universo de los datos).
- En cuanto a lo cualitativo el resultado obtenido se calcula con numerador y denominador distintos al calculado por el prestador, en el caso del numerador se evidencia motivos no descritos (9 motivos calificados como R16), motivos erróneos (1 motivo calificado como R4 siendo esta causa solicitud de examen no valorizado, especificando en observaciones que se trata de una muestra con sobre nivel de llenado) y conteo de rechazos erróneo. El prestador reporta numerador de 41 rechazos, existiendo en los registros 54 rechazos, de los cuales 44 son constatados por la EA según protocolo local. Para el denominador se evidencia falta de datos ya que registro extraído desde Openlab, contempla sólo tubos primarios para sangre, no contempla por ejemplo: jeringas, contenedores de muestras microbiológicas, frascos de orina, que si son contemplados en el numerador del indicador, constatándose 2224 tubos primarios para el período.

- Para el período febrero 2019 la diferencia cuantitativa evidenciada es de 1,2% "lo que corresponde al 51%", es mayor al 10% por lo que no cumple. El resultado obtenido se calcula con numerador y denominador distintos al calculado por el prestador, en el caso del numerador se evidencia motivos no descritos (1 motivo calificado como R16), 1 registro sin fecha y conteo de rechazos erróneo.

- El prestador reporta numerador de 52 rechazos, existiendo en registros 29 rechazos, de los cuales 27 son constatados por la EA según protocolo local. Para el denominador se evidencia falta de datos ya que registro extraído desde Openlab, contempla sólo tubos primarios para sangre, no contempla por ejemplo: jeringas, contenedores de muestras microbiológicas, frascos de orina, que si son contemplados en el numerador del indicador, constatándose 2084 tubos primarios para el período.

- En base a la evaluación en terreno, se obtiene acta del prestador en la cual se manifiesta la diferencia significativa de los datos. También se consigna que se realiza visita técnica para revisar el LIS, concluyéndose que no se pudo obtener la causa que genera los errores y se encuentra en revisión.

- Al constatar en punto de verificación Laboratorio la veracidad de los datos de rechazos de muestras, se observaron diferencias entre los datos obtenidos en el punto de verificación y los datos de los informes del prestador, por lo que no es posible constatar consistencia de los datos con fuente primaria, para:
  registro del período junio 2018

- Las inconsistencias evidenciadas en el registro descrito anteriormente, se basa en la diferencia de criterios de rechazo definidos en documento y lo registrado, como:
  R16: se evidencia como motivo de rechazo sin estar definido ni descrito en protocolo local.

- En cuanto a las diferencias del universo de rechazos evidenciados para el numerador (cantidad de rechazos), se debe a la errónea clasificación de procedencias, vale decir, cuantos rechazos pertenecen a punto de verificación evaluado: UPC adulto y los registros entregados por el prestador. El prestador ha dejado plasmado a través de mails "se tienen a la vista 26 mails", la dificultad para clasificar el origen de las muestras rechazadas, dado que el sistema informático entrega múltiples alternativas para la clasificación de unidades como: UPC, médicos quirúrgicos, pabellón, Vacunatorio.
- En cuanto a las diferencias evidenciadas para el denominador se constata que al filtrar las muestras provenientes de UPC adulto, sólo se tiene acceso a los "tubos primarios" y no a la totalidad de "muestras recibidas por unidad asistencial", como se define en indicador.
- El prestador mide todos los tipos de muestras (envases, frascos, tubos, jeringas, etc) para el numerador y sólo tubos primarios para el denominador.

Por lo anteriormente descrito, no cumple con el elemento medible.

UPC Ped	
Nombre documento	INDICADOR DE RECHAZOS DE MUESTRAS
Responsable medición	Encargado de Calidad Laboratorio Clínico HRA
Fuente primaria	Registro de muestras rechazadas en planilla Excel RG-LAB-09
Fuente secundaria	Planilla Excel con datos para cálculo de muestras totales (extraído desde Openlab)
Periodo evaluado	01 de Junio de 2016 al 30 de Abril de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** el prestador no utiliza cálculo de tamaño muestral. Se utiliza el universo que corresponde al total de muestras rechazadas

registradas.
Metodología de muestreo: no aplica. El prestador evalúa el total de muestras rechazadas. El numerador se obtiene de planilla Excel de registros de rechazos REG-LAB-09. El denominador se obtiene de LIS Openlab, el cual es exportado en formato Excel.
Criterios de cumplimiento: se basa en registro de rechazos en planilla Excel de acceso compartido, la cual contempla los siguientes campos a completar:
Fecha
Paciente
Unidad de origen
Tubo rechazado
Código de rechazo (que esté dentro de lo definido en documento)
Quien notifica
Quien recibe notificación
Hora
Observaciones

Metodología de constatación

Período retrospectivo a evaluar: dado que corresponde a un proceso de re-acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de Junio 2016 al 30 Abril de 2019.
Selección de la muestra: la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: Junio 2018 y Febrero 2019. No aplica selección de muestra, se constata el universo de muestras registradas como rechazadas.
Registros revisados:
Informe de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras para exámenes de Laboratorio.
Planilla Excel de Registro de muestras rechazadas: constatando los rechazos realizados y el registro de los siguientes atributos:
Motivo de rechazo (descrito en documento)
Fecha de rechazo
Nombre paciente
Observaciones (que coincidan con el motivo de rechazo)
Tipo de muestra
Filtrando la unidad asistencial correspondiente
Planilla Excel con datos para cálculo de muestras totales
De la constatación:
Se constata la medición periódica del indicador para todo el período de retrospectividad, con la revisión de los informes de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras para exámenes de Laboratorio, los cuales describen los siguientes atributos:
Definición del indicador.
Unidad que emite el informe.
Fecha de medición.
Periodicidad.
Profesional responsable de la medición.
Cálculo muestral.
Desarrollo del indicador.
Resultados.
Del universo de muestras rechazadas (planilla Excel de registro de muestras rechazadas, filtrando unidad de origen: UPC pediátrica), se constatan 5 fuentes primarias para el primer período (universo Junio2018), y 3 fuentes primarias para el segundo período (universo febrero 2019), cuyos resultados son:

Fecha rechazo	Paciente	Código rechazo	CUMPLE
04-06-2018	ES-	R2	SI
12-06-2018	KGD	R3	SI
21-06-2018	JCG	R3	SI
26-06-2018	DC-	R1	SI
28-06-2018	AZV	R1	SI
11/02/2019	ARM	R1	SI
23/02/2019	CP-	R3	SI
24/02/2019	DCT	R3	SI

Los resultados de la constatación del universo de rechazos, desde planilla Excel de Registro de muestras rechazadas, unidad de origen UPC pediátrica, son:

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento

Junio 2016	1	402	0,25%			
Julio 2016	3	463	0,65%			
Agosto 2016	5	566	0,88%			
Septiembre 2016	1	629	0,16%			
Octubre 2016	2	588	0,34%			
Noviembre 2016	0	293	0,00%			
Diciembre 2016	0	244	0,00%			
Enero 2017	1	117	0,90%			
Febrero 2017	3	202	1,49%			
Marzo 2017	3	232	1,29%			
Abril 2017	8	389	2,06%			
Mayo 2017	3	205	1,46%			
Junio 2017	5	157	3,18%			
Julio 2017	7	264	2,65%			
Agosto 2017	1	180	0,56%			
Septiembre 2017	2	259	0,77%			
Octubre 2017	4	297	1,35%			
Noviembre 2017	0	28	0,00%			
Diciembre 2017	0	9	0,00%			
Enero 2018	S/E	S/E	S/E			
Febrero 2018	S/E	S/E	S/E			
Marzo 2018	S/E	S/E	S/E			
Abril 2018	S/E	S/E	S/E			
Mayo 2018	S/E	S/E	S/E			
Junio 2018	S/E	S/E	S/E	**5**	Sin datos	No aplica
Julio 2018	S/E	S/E	S/E			
Agosto 2018	S/E	S/E	S/E			
Septiembre 2018	S/E	S/E	S/E			
Octubre 2018	S/E	S/E	S/E			
Noviembre 2018	S/E	S/E	S/E			
Diciembre 2018	S/E	S/E	S/E			
Enero 2019	S/E	S/E	S/E			
Febrero 2019	S/E	S/E	S/E	**3**	Sin datos	No aplica
Marzo 2019	S/E	S/E	S/E			
Abril 2019	S/E	S/E	S/E			

Descripción de los hallazgos:
No es posible constatar los resultados de la evaluación periódica reportados por el prestador para período enero 2018 a Abril 2019. El informe de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras para exámenes de Laboratorio no contempla el punto de verificación UPC pediátrica.

Al realizar la constatación de lo informado por el prestador, se evidencia:
Para el período **junio 2018** no es posible realizar la medición del indicador por la EA, debido a que la base de datos entregada por el prestador no contempla datos del punto de verificación UPC pediátrica para el denominador (total de muestras provenientes de dicho punto de verificación). En el caso del numerador, la planilla Excel de registro de muestras rechazadas, evidencia 5 registros, los cuales son constatado por la EA.
Para el período **febrero 2019** no es posible realizar la medición del indicador por la EA, debido a que la base de datos entregada por el prestador no contempla datos del punto de verificación UPC pediátrica para el denominador (total de muestras provenientes de dicho punto de verificación). En el caso del numerador, la planilla Excel de registro de muestras rechazadas, evidencia 3 registros, los cuales son constatados por la EA.

En base a la evaluación en terreno, se obtiene acta del prestador en la cual se manifiesta la diferencia significativa de los datos. También se consigna que se realiza visita técnica para revisar el LIS, concluyéndose que no se pudo obtener la causa que genera los errores y se encuentra en revisión.
No es posible constatar en la base de datos entregada por el prestador el punto de verificación UCI pediátrica, por lo que no es posible filtrar la cantidad total de muestras provenientes de dicho servicio.

Por lo anteriormente descrito, no cumple con el elemento medible**.**

UPC Neo	
Nombre documento	INDICADOR DE RECHAZOS DE MUESTRAS
Responsable medición	Encargado de Calidad Laboratorio Clínico HRA
Fuente primaria	Registro de muestras rechazadas en planilla Excel RG-LAB-09
Fuente secundaria	Planilla Excel con datos para cálculo de muestras totales (extraído desde Openlab)
Periodo evaluado	01 de Junio de 2016 al 30 de Abril de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** el prestador no utiliza cálculo de tamaño muestral. Se utiliza el universo que corresponde al total de muestras rechazadas registradas. **Metodología de muestreo**: no aplica. El prestador evalúa el total de muestras

rechazadas. El numerador se obtiene de planilla Excel de registros de rechazos REG-LAB-09. El denominador se obtiene de LIS Openlab, el cual es exportado en formato Excel.
Criterios de cumplimiento: se basa en registro de rechazos en planilla Excel de acceso compartido, la cual contempla los siguientes campos a completar:
Fecha
Paciente
Unidad de origen
Tubo rechazado
Código de rechazo (que esté dentro de lo definido en documento)
Quien notifica
Quien recibe notificación
Hora
Observaciones

Metodología de constatación

Período retrospectivo a evaluar: dado que corresponde a un proceso de re-acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de Junio 2016 al 30 Abril de 2019.
Selección de la muestra: la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: Junio 2018 y Febrero 2019. No aplica selección de muestra, se constata el universo de muestras registradas como rechazadas.
Registros revisados:
Informe de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras para exámenes de Laboratorio.
Planilla Excel de Registro de muestras rechazadas: constatando los rechazos realizados y el registro de los siguiente atributos:
Motivo de rechazo (descrito en documento)
Fecha de rechazo
Nombre paciente
Observaciones (que coincidan con el motivo de rechazo)
Tipo de muestra
Filtrando la unidad asistencial correspondiente
Planilla Excel con datos para cálculo de muestras totales
De la constatación:
Se constata la medición periódica del indicador para todo el período de retrospectividad, con la revisión de los informes de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras para exámenes de Laboratorio, los cuales describen los siguientes atributos:
Definición del indicador.
Unidad que emite el informe.
Fecha de medición.
Periodicidad.
Profesional responsable de la medición.
Cálculo muestral.
Desarrollo del indicador.
Resultados.
Del universo de muestras rechazadas (planilla Excel de registro de muestras rechazadas, filtrando unidad de origen: UPC NEO), se constata 1 fuente primaria (universo) para período Junio 2018, y 5 fuentes primarias para período Febrero 2019, revisadas en su totalidad, cuyos resultados son:

Fecha rechazo	**Paciente**	**Código rechazo**	**CUMPLE**
02-06-2018	NMN	R3	SI
01-02-2019	NRP	R1	SI
04-02-2019	NCF	**R16**	**NO**
17-02-2019	MMI	R3	SI
21-02-2019	NRO	R3	SI
27-02-2019	NCI	R3	SI

Los resultados de la constatación del universo de rechazos, desde planilla Excel de registro de muestras rechazadas, unidad de origen UPC NEO, son:

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	3	376	0,80%			
Julio 2016	8	310	2,58%			
Agosto 2016	2	226	0,88%			
Septiembre 2016	1	375	0,27%			
Octubre 2016	0	283	0,00%			
Noviembre 2016	2	92	2,17%			

Diciembre 2016	2	303	0,66%			
Enero 2017	2	255	0,78%			
Febrero 2017	5	275	1,82%			
Marzo 2017	4	372	1,08%			
Abril 2017	3	300	1%			
Mayo 2017	5	322	1,55%			
Junio 2017	7	206	3,39%			
Julio 2017	1	438	0,23%			
Agosto 2017	3	467	0,64%			
Septiembre 2017	9	255	3,53%			
Octubre 2017	0	388	0%			
Noviembre 2017	1	65	1,54			
Diciembre 2017	1	47	2,12%			
Enero 2018	S/E	S/E	S/E			
Febrero 2018	S/E	S/E	S/E			
Marzo 2018	S/E	S/E	S/E			
Abril 2018	S/E	S/E	S/E			
Mayo 2018	S/E	S/E	S/E			
Junio 2018	S/E	S/E	S/E	**1**	Sin datos	No aplica
Julio 2018	S/E	S/E	S/E			
Agosto 2018	S/E	S/E	S/E			
Septiembre 2018	S/E	S/E	S/E			
Octubre 2018	S/E	S/E	S/E			
Noviembre 2018	S/E	S/E	S/E			
Diciembre 2018	S/E	S/E	S/E			
Enero 2019	S/E	S/E	S/E			
Febrero 2019	S/E	S/E	S/E	**8**	Sin datos	No aplica
Marzo 2019	S/E	S/E	S/E			
Abril 2019	2	164	1,22%			

Descripción de los hallazgos:
No es posible constatar los resultados de la evaluación periódica reportados por el prestador para período enero 2018 a Marzo 2019. El informe de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras para exámenes de Laboratorio no contempla el punto de verificación UPC NEO.
Al realizar la constatación de lo informado por el prestador, se evidencia:
Para el período **junio 2018** no es posible realizar la medición del indicador por la EA, debido a que la base de datos entregada por el prestador no contempla datos del punto de verificación UPC NEO para el denominador (total de muestras provenientes de dicho punto de verificación). En el caso del numerador, la planilla Excel de registro de muestras rechazadas, evidencia 1 registro, el cual es constatado por la EA.
Para período **febrero 2019** no es posible realizar la medición del indicador por la EA, debido a que la base de datos entregada por el prestador no contempla datos del punto de verificación UPC NEO para el denominador (total de muestras provenientes de dicho punto de verificación). En el caso del numerador, la planilla Excel de registro de muestras rechazadas, evidencia 9 registros, de los cuales 8 registros de rechazo son constatados por la EA.
En base a la evaluación en terreno, se obtiene acta del prestador en la cual se manifiesta la diferencia significativa de los datos. También se consigna que se realiza visita técnica para revisar el LIS, concluyéndose que no se pudo obtener la causa que genera los errores y se encuentra en revisión.
Al constatar en punto de verificación Laboratorio la veracidad de los datos de rechazos de muestras, se observaron diferencias entre los datos obtenidos en el punto de verificación y los datos de los informes del prestador, por lo que no es posible constatar consistencia de los datos del numerador con fuente primaria, para:
registro del período Febrero 2019
Las inconsistencias evidenciadas en el registro descrito anteriormente, se basa en la diferencia de criterios de rechazo definidos en documento y lo registrado, como:
R16: se evidencia como motivo de rechazo sin estar definido.

Por lo anteriormente descrito, no cumple con el elemento medible.

MEDICINA	
Nombre documento	INDICADOR DE RECHAZOS DE MUESTRAS
Responsable medición	Encargado de Calidad Laboratorio Clínico HRA
Fuente primaria	Registro de muestras rechazadas en planilla Excel RG-LAB-09
Fuente secundaria	Planilla Excel con datos para cálculo de muestras totales (extraído desde Openlab)
Periodo evaluado	01 de Junio de 2016 al 30 de Abril de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** el prestador no utiliza cálculo de tamaño muestral. Se utiliza el universo que corresponde al total de muestras rechazadas registradas. **Metodología de muestreo**: no aplica. El prestador evalúa el total de muestras rechazadas. El numerador se obtiene de planilla Excel de registros de rechazos REG-LAB-09. El denominador se obtiene de LIS Openlab, el cual es exportado en formato Excel.

	Criterios de cumplimiento: se basa en registro de rechazos en planilla Excel de acceso compartido, la cual contempla los siguientes campos a completar: Fecha Paciente Unidad de origen Tubo rechazado Código de rechazo (que esté dentro de lo definido en documento) Quien notifica Quien recibe notificación Hora Observaciones
Metodología de constatación	**Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re-acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de Junio 2016 al 30 Abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: Junio 2018 y Febrero 2019. No aplica selección de muestra, se constata el universo de muestras registradas como rechazadas. **Registros revisados:** Informe de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras para exámenes de Laboratorio. Planilla Excel de Registro de muestras rechazadas: constatando los rechazos realizados y el registro de los siguientes atributos: Motivo de rechazo (descrito en documento) Fecha de rechazo Nombre paciente Observaciones (que coincidan con el motivo de rechazo) Tipo de muestra Filtrando la unidad asistencial correspondiente Planilla Excel con datos para cálculo de muestras totales **De la constatación**: Se constata la medición periódica del indicador para todo el período de retrospectividad, con la revisión de los informes de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras para exámenes de Laboratorio, los cuales describen los siguientes atributos: Definición del indicador. Unidad que emite el informe. Fecha de medición. Periodicidad. Profesional responsable de la medición. Cálculo muestral. Desarrollo del indicador. Resultados. Del universo de muestras rechazadas (planilla Excel de registro de muestras rechazadas, filtrando unidad de origen: Medicina), se constatan 5 fuentes primarias de cada período, seleccionadas sistemáticamente, cuyos resultados son: **Fecha rechazo** / **Paciente** / **Código rechazo** / **CUMPLE** 02-06-2018 / LMR / R2 / SI 09-06-2018 / PÑB / R3 / SI 18-06-2018 / ATT / R3 / SI 25-06-2018 / CR- / **R4** / **NO** 26-06-2018 / RV- / R1 / SI 01-02-2019 / JTJ / R3 / SI 06-02-2019 / PS- / R2 / SI 12-02-2019 / APP / R7 / SI 15-02-2019 / MRP / R2 / SI 21-02-2019 / PPE / R3 / SI Los resultados de la constatación del universo de rechazos, desde planilla Excel de Registro de muestras rechazadas, unidad de origen Medicina, son:

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
MQ 1						
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016	20	1160	1,72%			
Junio 2016	12	1459	0,82%			
Julio 2016	10	1184	0,84%			
Agosto 2016	6	1292	0,46%			

Septiembre 2016	2	1543	0,12%			
Octubre 2016	6	1349	0,44%			
Noviembre 2016	45	1001	4,49%			
Diciembre 2016	12	1754	0,68%			
Enero 2017	9	1066	0,84%			
Febrero 2017	5	1257	0,30%			
Marzo 2017	17	1390	1,22%			
Abril 2017	7	836	0,83%			
Mayo 2017	15	2202	0,68%			
Junio 2017	13	1193	1,08%			
Julio 2017	26	2944	0,88%			
Agosto 2017	17	1642	1,03%			
Septiembre 2017	21	1510	1,39%			
Octubre 2017	26	2149	1,20%			
Noviembre 2017	22	548	4,01%			
Diciembre 2017	19	290	6,55%			
Enero 2018	22	1131	1,95%			
Febrero 2018	12	1125	1,07%			
Marzo 2018	46	1276	3,61%			
Abril 2018	45	1274	3,53%			
Mayo 2018	92	1391	6,61%			
Junio 2018	**81**	**1353**	**5,99%**	**48**	**1253**	**3.83%**
Julio 2018	75	1580	4,74%			
Agosto 2018	63	1424	4,42%			
Septiembre 2018	13	1289	1,00%			
Octubre 2018	66	1521	4,33%			
Noviembre 2018	42	1305	3,00%			
Diciembre 2018	83	1409	5,89%			
Enero 2019	75	1427	5,26%			
Febrero 2019	**83**	**1329**	**6,25%**	**121**	**1331**	**9.09%**
Marzo 2019	40	1304	3,07%			
Abril 2019	71	1366	5,20%			

MQ 2

Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016	2	716	0,2%			
Junio 2016	7	848	0,8%			
Julio 2016	2	693	0,28%			
Agosto 2016	9	846	1,06%			
Septiembre 2016	3	1004	0,29%			
Octubre 2016	4	1006	0,39%			
Noviembre 2016	7	770	0,9%			
Diciembre 2016	5	847	0,05%			
Enero 2017	2	636	0,3%			
Febrero 2017	6	759	0,7%			
Marzo 2017	13	662	1,9%			
Abril 2017	20	949	2,1%			
Mayo 2017	11	1019	1,07%			
Junio 2017	13	355	3,6%			
Julio 2017	26	988	2,6%			
Agosto 2017	12	1237	0,97%			
Septiembre 2017	17	611	2,7%			
Octubre 2017	17	1003	1,6%			
Noviembre 2017	9	278	3,2%			
Diciembre 2017	12	152	7,8%			
Enero 2018	6	304	1,97%			
Febrero 2018	5	369	1,36%			
Marzo 2018	10	384	2,6%			
Abril 2018	6	422	1,42%			
Mayo 2018	**16**	**237**	**6,75%**			
Junio 2018	10	347	2,88%			
Julio 2018	11	204	5,39%			
Agosto 2018	36	508	7,09%			
Septiembre 2018	6	407	1,47%			
Octubre 2018	13	457	2,8%			
Noviembre 2018	16	415	4%			
Diciembre 2018	**11**	**488**	**2,25%**			

Enero 2019	24	541	4,44%			
Febrero 2019	5	552	0,91%			
Marzo 2019	8	606	1,32%			
Abril 2019	12	496	2,42%			
MQ 3						
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016	3	195	1,53%			
Junio 2016	4	360	1,11%			
Julio 2016	10	982	1,01%			
Agosto 2016	5	390	1,28%			
Septiembre 2016	1	608	0,16%			
Octubre 2016	4	468	0,85%			
Noviembre 2016	3	455	0,66%			
Diciembre 2016	0	497	0,0%			
Enero 2017	6	349	1,71%			
Febrero 2017	0	678	0,0%			
Marzo 2017	9	374	2,41%			
Abril 2017	9	612	1,47%			
Mayo 2017	6	433	1,39%			
Junio 2017	4	93	4,30%			
Julio 2017	7	650	1,08%			
Agosto 2017	3	636	0,47%			
Septiembre 2017	10	404	2,48%			
Octubre 2017	9	447	2,01%			
Noviembre 2017	10	180	5,56%			
Diciembre 2017	6	260	2,30%			
Enero 2018	11	864	1,27%			
Febrero 2018	7	1081	0,65%			
Marzo 2018	19	993	1,91%			
Abril 2018	31	1086	2,85%			
Mayo 2018	**84**	**1098**	**7,65%**			
Junio 2018	29	1226	2,36%			
Julio 2018	34	1337	2,54%			
Agosto 2018	36	1559	2,31%			
Septiembre 2018	12	1283	0,93%			
Octubre 2018	34	1555	2,18%			
Noviembre 2018	48	1149	3%			
Diciembre 2018	36	1147	3,14%			
Enero 2019	54	1500	3,60%			
Febrero 2019	**12**	**2350**	**0,89%**			
Marzo 2019	25	1657	1,51%			
Abril 2019	25	1613	1,55%			
MQ 4						
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Sin reporte durante todo el período (inicio de funcionamiento febrero 2019)						
MQ 5						
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016	13	944	2,63%			
Junio 2016 Hombres	7	606	1,16%			
Junio 2016 Mujeres	3	439	0,68%			
Julio 2016 Hombres	5	489	1,02%			
Julio 2016 Mujeres	5	493	1,01%			
Agosto 2016 Hombres	1	370	0,27%			
Agosto 2016 Mujeres	8	271	2,95%			
Septiembre 2016 Hombres	3	227	1,32%			
Septiembre 2016 Mujeres	1	364	0,27%			
Octubre 2016 Hombres	1	402	0,25%			
Octubre 2016 Mujeres	5	389	1,29%			
Noviembre 2016 Hombres	5	471	1,06%			
Noviembre 2016 Mujeres	7	540	1,30%			
Diciembre 2016 Hombres	1	635	0,16%			

Diciembre 2016 Mujeres	7	697	1,0%			
Enero 2017 Hombres	1	449	0,22%			
Enero 2017 Mujeres	5	403	1,24%			
Febrero 2017 Hombres	3	539	0,56%			
Febrero 2017 Mujeres	2	528	0,38%			
Marzo 2017 Hombres	12	751	1,60%			
Marzo 2017 Mujeres	5	708	0,71%			
Abril 2017 Hombres	5	841	0,59%			
Abril 2017 Mujeres	8	662	1,21%			
Mayo 2017 Hombres	13	878	1,48%			
Mayo 2017 Mujeres	9	745	1,21%			
Junio 2017 Hombres	7	410	1,70%			
Junio 2017 Mujeres	5	353	1,41%			
Julio 2017 Hombres	8	1518	0,53%			
Julio 2017 Mujeres	7	923	0,76%			
Agosto 2017 Hombres	9	1488	0,6%			
Agosto 2017 Mujeres	6	746	0,8%			
Septiembre 2017 Hombres	7	758	0,92%			
Septiembre 2017 Mujeres	5	355	1,41%			
Octubre 2017 Hombres	20	915	2,19%			
Octubre 2017 Mujeres	16	745	2,15%			
Noviembre 2017 Hombres	4	210	1,90%			
Noviembre 2017 Mujeres	2	211	0,95%			
Diciembre 2017 Hombres	4	144	2,77%			
Diciembre 2017 Mujeres	2	116	1,72%			
Enero 2018	11	864	1,27%			
Febrero 2018	7	1081	0,65%			
Marzo 2018	19	993	1,91%			
Abril2018	23	112	20,53%			
Mayo 2018	**84**	**1098**	**7,6%**			
Junio 208	29	1226	2,36%			
Julio 2018	34	1337	2,54%			
Agosto 2018	36	1559	2,31%			
Septiembre 2018	12	1283	0,9%			
Octubre 2018	34	1555	2,1%			
Noviembre 2018	48	1449	3%			
Diciembre 2018	36	1147	3,14%			
Enero 2019	54	1500	3,60%			
Febrero 2019	**12**	**1350**	**0,89%**			
Marzo 2019	25	1657	1,51%			
Abril 2019	25	1613	1,55%			

MQ 6

Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Febrero 2018	Sin reporte	Sin reporte				
Marzo 2018	Sin reporte	Sin reporte				
Abril2018	Sin reporte	Sin reporte				
Mayo 2018	41	445	9,21%			
Junio 208	32	529	6,05%			
Julio 2018	23	685	3,35%			
Agosto 2018	20	523	3,82%			
Septiembre 2018	1	478	0,20%			
Octubre 2018	10	546	1,83%			
Noviembre 2018	6	190	3%			
Diciembre 2018	3	17	17,65%			
Enero 2019	2	27	7,41%			
Febrero 2019	Sin reporte	Sin reporte				
Marzo 2019	Sin reporte	Sin reporte				
Abril2019	Sin reporte	Sin reporte				

Descripción de los hallazgos:
Para período desde Junio 2016 a Diciembre 2017 el prestador entrega reporte de punto de verificación medicina diferenciados en "medicina mujeres" y "medicina hombres". Desde Enero 2018 a Abril 2019 el reporte y medición es para el rubro "medicina".

Al realizar la constatación de lo informado por el prestador, se evidencia:
En la evaluación cuantitativa para el período **junio 2018** la diferencia cuantitativa encontrada es de 2,16% lo que corresponde a un 36%, mayor al 10% por lo que no cumple (según ORDINARIO IP N° 5 del 17 de mayo de 2019, sobre las nuevas "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento de la exigencia sobre realización de la evaluación periódica" el porcentaje constatado puede ser igual al del prestador o no diferir en no más de un 10%, al evaluar el universo de

los datos).
En cuanto a lo cualitativo el resultado obtenido se calcula con numerador y denominador distintos al calculado por el prestador, en el caso del numerador se evidencia motivos no descritos (8 motivos calificados como R16), motivos erróneos (2 motivos calificados como R4 siendo esta causa solicitud de examen no valorizado, especificando en observaciones que se trata de una muestra con sobre nivel de llenado, 1 registro calificado como R13 siendo este motivo: tubo enviado para determinación no solicitada y registrado en observaciones como muestra mal tomada), 1 registro sin dato de motivo, 1 registro sin nombre de paciente y conteo de rechazos erróneo. El prestador reporta numerador de 81 rechazos, existiendo en registros 61 rechazos, de los cuales 48 son constatados por la EA. Para el denominador se evidencia **falta de datos** ya que registro extraído desde Openlab, contempla sólo tubos primarios para sangre, no contempla por ejemplo: jeringas, contenedores de muestras microbiológicas, frascos de orina, que si son contemplados en el numerador indicador, constatándose 1253 tubos primarios para el período.

Para el período **febrero 2019** la diferencia cuantitativa evidenciada es de 2,84% lo que corresponde a un 45%, mayor al 10% por lo que cumple. El resultado obtenido se calcula con numerador y denominador distintos al calculado por el prestador, en el caso del numerador se evidencia motivos no descritos (18 motivos calificados como R16 y 3 motivos calificados como R15), 2 registros sin fecha, 2 registros sin motivos de rechazo y conteo de rechazos erróneo. El prestador reporta numerador de 83 rechazos, existiendo en registros 146 rechazos, de los cuales 121 son constatados por la EA. Para el denominador se evidencia **falta de datos** ya que registro extraído desde Openlab, contempla sólo tubos primarios para sangre, no contempla por ejemplo: jeringas, contenedores de muestras microbiológicas, frascos de orina, que si son contemplados en el numerador del indicador, constatándose 1331 tubos primarios para el período.

En base a la evaluación en terreno, se obtiene acta del prestador en la cual se manifiesta la diferencia significativa de los datos. También se consigna que se realiza visita técnica para revisar el LIS, concluyéndose que no se pudo obtener la causa que genera los errores y se encuentra en revisión.

Al constatar en punto de verificación Laboratorio la veracidad de los datos de rechazos de muestras, se observaron diferencias entre los datos obtenidos en el punto de verificación y los datos de los informes del prestador, por lo que **no es posible constatar consistencia de los datos con fuente primaria, para:**
registro del período Junio 2018
Las inconsistencias evidenciadas en el registro descrito anteriormente, se basa en la diferencia de criterios de rechazo definidos en documento y lo registrado, como:
R4: se evidencia como motivo de rechazo "Solicitud de examen no valorizado" en documento, en registro especifica en observaciones que se trata de "tubo con sobre nivel" (R1).
R16: se evidencia como motivo de rechazo sin estar definido en el protocolo local.

En cuanto a las diferencias del universo de rechazos evidenciados para el numerador (cantidad de rechazos), se debe a la errónea clasificación de procedencias, vale decir, cuantos rechazos pertenecen a punto de verificación evaluado: Medicina y los registros entregados por el prestador. El sistema informático no entrega información estadística para el MQ 4 y MQ 6. El referente del prestador lo ha reportado en reiteradas oportunidades a la subdirección médica, encargados de calidad y encargados de los sistemas informáticos.
En cuanto a las diferencias evidenciadas para el denominador se constata que, al filtrar las muestras provenientes de Medicina, sólo se tiene acceso a los "tubos primarios" y no a la totalidad de "muestras recibidas por unidad asistencial", como se define en indicador.
El prestador mide todos los tipos de muestras (envases, frascos, tubos, jeringas, etc) para el numerador y sólo tubos primarios para el denominador.

Por lo anteriormente descrito, no cumple con el elemento medible.

Pediatría	
Nombre documento	INDICADOR DE RECHAZOS DE MUESTRAS
Responsable medición	Encargado de Calidad Laboratorio Clínico HRA
Fuente primaria	Registro de muestras rechazadas en planilla Excel RG-LAB-09
Fuente secundaria	Planilla Excel con datos para cálculo de muestras totales (extraído desde Openlab)
Periodo evaluado	01 de Junio de 2016 al 30 de Abril de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** el prestador no utiliza cálculo de tamaño muestral. Se utiliza el universo que corresponde al total de muestras rechazadas registradas. **Metodología de muestreo**: no aplica. El prestador evalúa el total de muestras rechazadas. El numerador se obtiene de planilla Excel de registros de rechazos REG-LAB-09. El denominador se obtiene de LIS Openlab, el cual es exportado en formato Excel. **Criterios de cumplimiento:** se basa en registro de rechazos en planilla Excel de acceso compartido, la cual contempla los siguientes campos a completar: Fecha Paciente Unidad de origen Tubo rechazado Código de rechazo (que esté dentro de lo definido en documento) Quien notifica Quien recibe notificación Hora Observaciones
Metodología de constatación	**Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re-

acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de Junio 2016 al 30 Abril de 2019.
Selección de la muestra: la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: Junio 2018 y Febrero 2019. No aplica selección de muestra, se constata el universo de muestras registradas como rechazadas.
Registros revisados:
Informe de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras para exámenes de Laboratorio.
Planilla Excel de Registro de muestras rechazadas: constatando los rechazos realizados y el registro de los siguientes atributos:
Motivo de rechazo (descrito en documento)
Fecha de rechazo
Nombre paciente
Observaciones (que coincidan con el motivo de rechazo)
Tipo de muestra
Filtrando la unidad asistencial correspondiente
Planilla Excel con datos para cálculo de muestras totales
De la constatación:
Se constata la medición periódica del indicador para todo el período de retrospectividad, con la revisión de los informes de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras para exámenes de Laboratorio, los cuales describen los siguientes atributos:
Definición del indicador.
Unidad que emite el informe.
Fecha de medición.
Periodicidad.
Profesional responsable de la medición.
Cálculo muestral.
Desarrollo del indicador.
Resultados.
Del universo de muestras rechazadas (planilla Excel de registro de muestras rechazadas, filtrando unidad de origen: Pediatría), se constatan 5 fuentes primarias de cada período, seleccionadas sistemáticamente, cuyos resultados son:

Fecha rechazo	**Paciente**	**Código rechazo**	**CUMPLE**
04-06-2018	LPG	R12	SI
08-06-2018	AM-	R3	SI
14-06-2018	AM-	R13	SI
21-06-2018	S/I	R3	SI
29-06-2018	GSR	**R16**	**NO**
01-02-2019	VPC	R13	SI
04-02-2019	JM-	R6	SI
11-02-2019	FTM	R3	SI
S/D	MV-	**R13**	**NO**
15-02-2019	TBV	R3	SI

Los resultados de la constatación del universo de rechazos, desde planilla Excel de Registro de muestras rechazadas, unidad de origen Pediatría, son:

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	6	463	1,30%			
Julio 2016	6	515	1,17%			
Agosto 2016	3	482	0,62%			
Septiembre 2016	1	422	0,24%			
Octubre 2016	6	334	1,80%			
Noviembre 2016	2	420	0,48%			
Diciembre 2016	1	503	0,19%			
Enero 2017	3	332	0,90%			
Febrero 2017	8	305	2,62%			
Marzo 2017	6	306	1,96%			
Abril 2017	15	559	2,68%			
Mayo 2017	6	403	1,49%			
Junio 2017	3	135	2,22%			
Julio 2017	3	249	1,20%			
Agosto 2017	4	631	0,63%			
Septiembre 2017	6	352	1,70%			
Octubre 2017	5	257	1,95%			

Noviembre 2017	5	64	7,81%			
Diciembre 2017	5	54	9,25%			
Enero 2018	6	326	1,84%			
Febrero 2018	2	396	0,51%			
Marzo 2018	5	256	1,95%			
Abril 2018	15	376	3,99%			
Mayo 2018	31	372	8,33%			
Junio 2018	**19**	**470**	**4,04%**	**19**	**427**	**4,45%**
Julio 2018	22	473	4,65%			
Agosto 2018	17	443	3,84%			
Septiembre 2018	6	326	1,84%			
Octubre 2018	13	276	4,71%			
Noviembre 2018	19	564	3%			
Diciembre 2018	8	323	2,48			
Enero 2019	30	382	7,85%			
Febrero 2019	**11**	**465**	**2,37%**	**13**	**466**	**2,79%**
Marzo 2019	13	292	4,45%			
Abril 2019	21	227	9,25%			

Descripción de los hallazgos:
Al realizar la constatación de lo informado por el prestador, se evidencia:
En la evaluación cuantitativa para el período junio 2018 la diferencia encontrada es de 0,41%, no es mayor al 10% por lo que cumple (según ORDINARIO IP N° 5 del 17 de mayo de 2019, sobre las nuevas "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento de la exigencia sobre realización de la evaluación periódica" el porcentaje constatado puede ser igual al del prestador o no diferir en no más de un 10%, al evaluar el universo de los datos).
En cuanto a lo cualitativo el resultado obtenido se calcula con numerador y denominador distintos al calculado por el prestador, en el caso del numerador se evidencia motivos no descritos (3 motivos calificados como R16) y conteo de rechazos erróneo. El prestador reporta numerador de 19 rechazos, existiendo en los registros 22 rechazos, de los cuales 19 son constatados por la EA. Para el denominador se evidencia falta de datos ya que registro extraído desde Openlab, contempla sólo tubos primarios para sangre, no contempla por ejemplo: jeringas, contenedores de muestras microbiológicas, frascos de orina, que si son contemplados en el numerador del indicador, constatando 427 tubos primarios para el período.

Para el período febrero 2019 la diferencia evidenciada es de 0,42%, no es mayor a 10% por lo que cumple. El resultado obtenido se calcula con numerador y denominador distinto al calculado por el prestador, en el caso del numerador se evidencia motivos no descritos (1 motivo calificado como R16 y 1 motivo calificado como R15), 1 registro sin fecha, 1 registro sin nombre del paciente, 1 motivo calificado como R1, que corresponde a volumen insuficiente o en exceso, detallando en observaciones que se trata de una muestra "con orden validada", y conteo de rechazos erróneo. El prestador reporta numerador de 11 rechazos, existiendo en registros 18 rechazos, de los cuales 13 son constatados por la EA. Para el denominador se evidencia falta de datos ya que registro extraído desde Openlab, contempla sólo tubos primarios para sangre, no contempla por ejemplo: jeringas, contenedores de muestras microbiológicas, frascos de orina, que si son contemplados en el numerador del indicador, constatando 466 tubos primarios para el período.

En base a la evaluación en terreno, se obtiene acta del prestador en la cual se manifiesta la diferencia significativa de los datos. También se consigna que se realiza visita técnica para revisar el LIS, concluyéndose que no se pudo obtener la causa que genera los errores y se encuentra en revisión.

Al constatar en punto de verificación Laboratorio la veracidad de los datos de rechazos de muestras, se observaron diferencias entre los datos obtenidos en el punto de verificación y los datos de los informes del prestador, por lo que no es posible constatar consistencia de los datos con fuente primaria, para:
registro del período junio 2018
registro del período febrero 2019

Las inconsistencias evidenciadas en el registro descrito anteriormente, se basa en la diferencia de criterios de rechazo definidos en documento y lo registrado, como:
R15: se evidencia como motivo de rechazo sin estar definido en protocolo local.
R16: se evidencia como motivo de rechazo sin estar definido en el protocolo local.
Sin dato de fecha de rechazo.

En cuanto a las diferencia del universo de rechazos evidenciados para el numerador (cantidad de rechazos), se debe a la errónea clasificación de procedencias, vale decir, cuantos rechazos pertenecen a punto de verificación evaluado: Pediatría y los registros entregados por el prestador.
En cuanto a las diferencias evidenciadas para el denominador se constata que al filtrar las muestras provenientes de Pediatría, sólo se tiene acceso a los "tubos primarios" y no a la totalidad de "muestras recibidas por unidad asistencial", como se define en indicador.
El prestador mide todos los tipos de muestras (envases, frascos, tubos, jeringas, etc) para el numerador y sólo tubos primarios para el denominador.

Por lo anteriormente descrito, no cumple con el elemento medible.

Urgencia	
Nombre documento	INDICADOR DE RECHAZOS DE MUESTRAS
Responsable medición	Encargado de Calidad Laboratorio Clínico HRA

<table>
<tr><td>Fuente primaria</td><td>Registro de muestras rechazadas en planilla Excel RG-LAB-09</td></tr>
<tr><td>Fuente secundaria</td><td>Planilla Excel con datos para cálculo de muestras totales (extraído desde Openlab)</td></tr>
<tr><td>Periodo evaluado</td><td>01 de Junio de 2016 al 30 de Abril de 2019</td></tr>
<tr><td>Metodología de medición del prestador</td><td>Metodología del cálculo de la muestra: el prestador no utiliza cálculo de tamaño muestral. Se utiliza el universo que corresponde al total de muestras rechazadas registradas.
Metodología de muestreo: no aplica. El prestador evalúa el total de muestras rechazadas. El numerador se obtiene de planilla Excel de registros de rechazos REG-LAB-09. El denominador se obtiene de LIS Openlab, el cual es exportado en formato Excel.
Criterios de cumplimiento: se basa en registro de rechazos en planilla Excel de acceso compartido, la cual contempla los siguientes campos a completar:
Fecha
Paciente
Unidad de origen
Tubo rechazado
Código de rechazo (que esté dentro de lo definido en documento)
Quien notifica
Quien recibe notificación
Hora
Observaciones</td></tr>
<tr><td>Metodología de constatación</td><td>Período retrospectivo a evaluar: dado que corresponde a un proceso de re-acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de Junio 2016 al 30 Abril de 2019.
Selección de la muestra: la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: Junio 2018 y Febrero 2019. No aplica selección de muestra, se constata el universo de muestras registradas como rechazadas.
Registros revisados:
Informe de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras para exámenes de Laboratorio.
Planilla Excel de Registro de muestras rechazadas: constatando los rechazos realizados y el registro de los siguiente atributos:
Motivo de rechazo (descrito en documento)
Fecha de rechazo
Nombre paciente
Observaciones (que coincidan con el motivo de rechazo)
Tipo de muestra
Filtrando la unidad asistencial correspondiente
Planilla Excel con datos para cálculo de muestras totales
De la constatación:
Se constata la medición periódica del indicador para todo el período de retrospectividad, con la revisión de los informes de Evaluación de Indicadores relacionados con la toma de muestras para exámenes de Laboratorio, los cuales describen los siguientes atributos:
Definición del indicador.
Unidad que emite el informe.
Fecha de medición.
Periodicidad.
Profesional responsable de la medición.
Cálculo muestral.
Desarrollo del indicador.
Resultados.
Del universo de muestras rechazadas (planilla Excel de registro de muestras rechazadas, filtrando unidad de origen: Urgencia), se constatan 5 fuentes primarias de cada período, seleccionadas sistemáticamente, cuyos resultados son:

<table>
<tr><th>Fecha rechazo</th><th>Paciente</th><th>Código rechazo</th><th>CUMPLE</th></tr>
<tr><td>01-06-2018</td><td>IAP</td><td>R6</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>07-06-2018</td><td>PGC</td><td>R16</td><td>NO</td></tr>
<tr><td>14-06-2018</td><td>CA-</td><td>R2</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>20-06-2018</td><td>GEF</td><td>R3</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>25-06-2018</td><td>GVV</td><td>R3</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>01-02-2019</td><td>GHM</td><td>R16</td><td>NO</td></tr>
<tr><td>06-02-2019</td><td>TNJ</td><td>R1</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>12-02-2019</td><td>IMS</td><td>R12</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>18-02-2019</td><td>JTY</td><td>R13</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>22-02-2019</td><td>NGC</td><td>R2</td><td>SI</td></tr>
</table>

Los resultados de la constatación del universo de rechazos, desde planilla Excel de</td></tr>
</table>

	Registro de muestras rechazadas, unidad de origen urgencia, son:					
Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	46	3539	1,30%			
Julio 2016	57	4055	1,41%			
Agosto 2016	59	4367	1,35%			
Septiembre 2016	3	4354	0,07%			
Octubre 2016	64	4617	1,39%			
Noviembre 2016	60	4734	1,27%			
Diciembre 2016	46	5444	0,84%			
Enero 2017	57	2487	2,29%			
Febrero 2017	56	2980	1,88%			
Marzo 2017	120	3203	3,75%			
Abril 2017	104	4521	2,30%			
Mayo 2017	112	3271	3,42%			
Junio 2017	80	2438	3,28%			
Julio 2017	103	3848	2,68%			
Agosto 2017	62	4119	1,51%			
Septiembre 2017	112	2507	4,46%			
Octubre 2017	103	4105	2,51%			
Noviembre 2017	70	1012	6,92%			
Diciembre 2017	73	607	12,03%			
Enero 2018	77	2439	3,16%			
Febrero 2018	111	4975	2,23%			
Marzo 2018	136	5329	2,55%			
Abril 2018	162	4636	3,49%			
Mayo 2018	214	4687	4,57%			
Junio 2018	**282**	**5540**	**5,09%**	**263**	**5534**	**4,75%**
Julio 2018	314	6271	5,00%			
Agosto 2018	310	6580	4,71%			
Septiembre 2018	76	6627	1,14%			
Octubre 2018	244	6834	3,57%			
Noviembre 2018	223	7076	3%			
Diciembre 2018	337	7091	4,75%			
Enero 2019	324	7488	4,33%			
Febrero 2019	**257**	**7470**	**3,44%**	**358**	**7415**	**4,82%**
Marzo 2019	297	7893	3,76%			
Abril 2019	381	7285	5,23%			

Descripción de los hallazgos:
Al realizar la constatación de lo informado por el prestador, se evidencia:
En la evaluación cuantitativa para el período **junio 2018** la diferencia encontrada es de 0,34%, no es mayor a 10% por lo que cumple (según ORDINARIO IP N° 5 del 17 de mayo de 2019, sobre las nuevas "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento de la exigencia sobre realización de la evaluación periódica" el porcentaje constatado puede ser igual al del prestador o no diferir en no más de un 10%, al evaluar el universo de los datos).
En cuanto a lo cualitativo el resultado obtenido se calcula con numerador y denominador distintos al calculado por el prestador, en el caso del numerador se evidencia motivos no descritos (54 motivos calificados como R16), motivos erróneos (1 motivo calificado como R12, que se califica como muestras solicitadas y no tomadas, especificando en observaciones que se trata de una muestra sin formulario para Hepatitis A), 7 motivos calificados como R4 siendo este motivo solicitud de examen no valorizado, y especificando en observaciones que se trata de muestras con un sobre nivel o bajo nivel, 1 registros sin motivo de rechazo, 1 registro sin nombre de paciente, y conteo de rechazo erróneo. El prestador reporta un numerador de 282 rechazos, existiendo en los registros 327 rechazos, de los cuales 263 son constatados por la EA según lo descrito en el protocolo local. Para el denominador se evidencia **falta de datos** ya que registro extraído desde Openlab, contempla sólo tubos primarios para sangre, no contempla por ejemplo: jeringas, contenedores de muestras microbiológicas, frascos de orina, que si son contemplados en el numerador del indicador, constatándose 5534 tubos primarios para el período.

Para el período **febrero 2019** la diferencia evidenciada es de 1,38%, mayor a un 10% por lo que no cumple.

El resultado obtenido se calcula con numerador y denominador distintos al calculado por el prestador, en el caso del numerador se evidencia motivos no descritos (37 motivos calificados como R16 y 19 motivos calificados como R15), 2 motivos calificados erróneamente (1 calificado como R2 y otra calificada como 5, siendo los motivos de rechazo: muestra hemolizada y muestra tomada en contenedor equivocado respectivamente, y especificando en observaciones para ambas que se trata de una muestra tomada fuera de horario), 1 registro sin fecha, 1 registro sin motivo de rechazo, y conteo de rechazos erróneo. El prestador reporta numerador de 257 rechazos, existiendo en los registros 418 rechazos, de los cuales 358 son constatados por la EA según protocolo local. Para el denominador se evidencia **falta de datos** ya que registro extraído desde Openlab, contempla sólo tubos primarios para sangre, no contempla por ejemplo: jeringas, contenedores de muestras microbiológicas, frascos de orina, que si son contemplados en el numerador del indicador, constatándose 7415 tubos primarios para el período.

En base a la evaluación en terreno, se obtiene acta del prestador en la cual se manifiesta la diferencia significativa de los datos. También se consigna que se realiza visita técnica para revisar el LIS, concluyéndose que no se pudo obtener la causa que genera los errores y se encuentra en revisión.

Al constatar en punto de verificación Laboratorio la veracidad de los datos de rechazos de muestras, se observaron diferencias entre los datos obtenidos en el punto de verificación y los datos de los informes del prestador, por lo que no es posible constatar consistencia de los datos con fuente primaria, para:
registro del período junio 2018
registro del período febrero 2019

Las inconsistencias evidenciadas en los registros descritos anteriormente, se basan en la diferencia de criterios de rechazo definidos en documento y lo registrado en ambos periodos, como:
R15: se evidencia como motivo de rechazo sin estar definido en protocolo local.
R16: se evidencia como motivo de rechazo sin estar definido en protocolo local.

En cuanto a las diferencia del universo de rechazos evidenciados para el numerador (cantidad de rechazos), se debe a la errónea clasificación de procedencias, vale decir, cuantos rechazos pertenecen a punto de verificación evaluado: urgencia y los registros entregados por el prestador.
En cuanto a las diferencias evidenciadas para el denominador se constata que al filtrar las muestras provenientes de urgencia, sólo se tiene acceso a los "tubos primarios" y no a la totalidad de "muestras recibidas por unidad asistencial", como se define en indicador.
El prestador mide todos los tipos de muestras (envases, frascos, tubos, jeringas, etc) para el numerador y sólo tubos primarios para el denominador.

Por lo anteriormente descrito, no cumple con el elemento medible.

APL 1.2– Cuarto elemento medible: Se constata que el Laboratorio dispone de formularios para entrega de información a los pacientes ambulatorios en relación con:**(SI/NO)**

Laboratorio Clínico					
1. Formulario instrucciones de preparación del paciente	NO	2. Formulario toma y traslado de muestras	NO	3. Formulario plazos de entrega de los exámenes	NO

Observaciones:

El laboratorio cuenta con 17 instructivos de preparación para el paciente:

Nº	**CODIGO**	**NOMBRE**
1	IT-LAB-17	Recolección de Orina de 24 horas
2	IT-LAB-28	Instrucciones para Toma de Muestra de Orina de Segundo Chorro
3	IT-LAB-29	Instrucciones para Toma de Muestra de Orina 24 horas
4	IT-LAB-30	Instrucciones para pacientes Expectoración o desgarro
5	IT-LAB-31	Instrucciones para Toma de Muestra de Niveles Plasmáticos de Drogas Anticonvulsivantes
6	IT-LAB-32	Instrucciones para toma de muestra de Test de Sudan
7	IT-LAB-33	Instrucciones para pacientes Test de Graham
8	IT-LAB-34	Instrucciones para Estudio de Sangre oculta en deposición
9	IT-LAB-35	Instrucciones para pacientes Parasitológico seriado
10	IT-LAB-36	Instrucciones para pacientes Orina para estudio de Tuberculosis
11	IT-LAB-37	Instrucciones para pacientes Espermiograma
12	IT-LAB-38	Instrucciones para pacientes Urocultivo
13	IT-LAB-39	Instrucciones para pacientes Toma de muestra Actividad de Renina Plasmática
14	IT-LAB-40	Instrucciones para pacientes Toma de muestra Hormona de Crecimiento
15	IT-LAB-41	Instrucciones para pacientes Toma de muestra niveles de vitaminas
16	IT-LAB-245	Instrucciones para pacientes para Cortisol
17	IT-LAB-246	Instrucciones para pacientes con Carga de glucosa

De las 382 prestaciones declaradas por el prestador, 73 de ellas requieren instrucciones de preparación del paciente, de las 17 instrucciones descritas anteriormente, comprenden 23 de las prestaciones que lo requieren, al aplicar situación N°4 , del compendio de circulares versión N°4, noviembre 2017, que instruyen a las entidades acreditadoras sobre la interpretación de las normas del sistema de acreditación para prestadores institucionales de salud, se constata presencia de sólo un 31.5% de las instrucciones de preparación, debido a que no existe instrucción para la condición "ayuno".
No es posible constatar los formularios para entrega de información a los pacientes ambulatorios en al menos un 69% de cumplimiento, respecto de toma y traslado de muestras, y plazos de entrega formularios.

Por lo anteriormente descrito no cumple con el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APL 1.2 / FUNDAMENTOS

EM	Laboratorio	Toma Muestra	UPC Ad.	UPC Ped.	UPC Neo	Medicina	Pediatría	Urgencia
1° EM	0	0	1	1	1	1	1	1
2° EM		1	1	1	1	1	1	1
3° EM		0	0	0	0	0	0	0

4° EM	0							
Umbral de la característica: ≥ 75%		Puntaje total: 13/23		Porcentaje obtenido: 57%				**Cumple: NO**

CARACTERÍSTICA APL 1.3 / HALLAZGOS

APL 1.3 – Primer elemento medible: Se describen en documento(s) los procedimientos respecto de.

Microbiología				
Nombre del documento (1): ESTUDIO MICROBIOLÓGICO DE MUESTRAS DE ORINA				
Código: IT-LABM-14	Versión: 01	Fecha: Octubre 2018	Fecha vigencia: Septiembre 2023	N° páginas: 7
Elaborado por: Paula Martínez Borbarán, Tecnólogo Médico		Aprobado por: Maykol Araya, Tecnólogo Médico, Director Técnico		
El documento incluye al menos: (SI/NO)				
1. Técnicas de ejecución de los exámenes	SI	2. Tiempos de respuesta de exámenes	NO	
3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda	NO			

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento que contempla:
En página 3, ítem 4, se describen los **responsables**:
Técnico Paramédico de siembra: encargado del registro y de la siembra de la muestra.
Tecnólogo médico: responsable de realizar, validar e informar el examen.

En página 3, ítem 5, se describen lo materiales y equipos a utilizar, entre ellos:
Estufa de cultivo a 35o C +/- 2o C 2
Sistema automatizado Vitek
Densichek
Asa calibrada de 0.001 ó 0.01 mL
Tarjetas sistema Vitek
Batería bioquímica para identificación de *Enteroccocus spp.*
Batería bioquímica para identificación de Enterobacterias.

En página 3, ítem 6, se describe la **técnica de ejecución de examen de las muestras de orina:**
Realizar siembra microbiológica.
Incubar placas en estufa a 37°C +/-2.
Realizar la primera lectura a las 24 hrs de incubación.
Contar el número de colonias que hay en la placa. Multiplicar por factor de acuerdo con el asa utilizada (según Anexo 1: Factor de dilución según asa microbiológica).
Interpretar el recuento de colonias (según Anexo 2: Guía de interpretación e informe de recuentos).
Si son bacilos Gram negativos realizar el estudio a través del sistema Vitek utilizado las tarjetas GNI y AST N-250.
Si son cocáceas Gram positivas tipo *Enterococcus* se realizará batería bioquímica (NaCl 6.5%, Telurito y Bilis-esculina) y antibiograma manual método Kirby-bauer. Los sensidiscos que se utilicen serán de acuerdo con CLSI actual. Este procedimiento es de lunes a jueves, los viernes, sábados, domingos y festivos se realiza estudio automatizado con la tarjeta AST P-618.
Si son cocáceas Gram positivas tipo *Staphylococcus* y existe sospecha de *Staphylococcus saprophyticus* realizar prueba de susceptibilidad a la Novobiocina y antibiograma manual, de lo contrario realizar estudio automatizado con tarjetas GPI y AST-P618.
Si son levaduras traspasar colonia en Agar Cromocandida, no realizando estudio de susceptibilidad antifúngica.

En página 5, ítem 5, indica que para el informe de resultados se debe interpretar:
Urocultivo negativo: se informa "negativo a las 48 horas de incubación".
Urocultivo positivo: se informa "hubo desarrollo de (microorganismo estudiado) más el recuento de colonias.
Urocultivo polimicrobiano: se informa "cultivo polimicrobiano, se solicita nueva muestra". Se debe notificar a la unidad clínica de procedencia de la muestra para que sea contactado el paciente.

En anexo 1 (página 6) se detalla el factor de dilución según asa microbiológica, y en anexo 2 (página 7) la Guía de interpretación e informe de recuentos.

Observaciones:
Se tiene a la vista versión anterior Nº 00 con fecha de emisión Octubre 2014, elaborado por Paola Carrasco, Tecnólogo Médico y aprobado por Natalia Valenzuela, Médico, dando cumplimiento a la retrospectividad para el prestador.

Para el área de Microbiología, se tienen a la vista documentos que describen las **técnicas de ejecución de los exámenes** realizados. Se detallan a continuación técnicas de la sección Microbiología realizadas por el laboratorio clínico del prestador Hospital Regional Antofagasta, y que se clasifican dentro del área de Bacteriología de la Norma Técnica Básica (NTB) de Autorización Sanitaria para Establecimientos de Salud de Atención Cerrada del año 2008 (Aprobada por decreto N°58, anexo N°2 Laboratorios clínicos, página 71):

Prestaciones Microbiología	
1	Antibiograma aerobio por Difusión
2	Antibiograma por Dilución (CIM)
3	Baciloscopía
4	Coprocultivo

5	Coprocultivo para Campylobacter, Yersinia, Vibrio.
6	Cultivo de secreciones, piel y / o heridas
7	Cultivo para Anaerobios
8	Cultivo para Hongos
9	Cultivo para levaduras
10	Cultivo para Mycoplasma y Ureaplasma
11	Cultivo para Neisseria gonorrhoeae
12	Cultivos de líquidos de cavidades estériles
13	Examen directo al fresco con o sin tinción (incluye Trichomonas)
14	Hemocultivo aerobio
15	Hemocultivo anaerobio
16	IFD para *Chlamydia*
17	MHA-TP
18	PCRs diagnósticos
19	RPR (Rapid Plasma Reagin)
21	Sedimento Urinario
21	Tinción de Gram
22	Urocultivo, recuento de colonias
23	VDRL

Los documentos constatados describen todas las técnicas detalladas y su formato contiene elementos tales como: objetivos, responsables, descripción de la tarea entre otros.

1	IT-LABM-05	INSTRUCTIVO CLOSTRIDIUM DIFFICILE
2	IT-LABM-08	CONTROL DE CALIDAD SISTEMAS AUTOMATIZADOS VITEK
3	IT-LABM-10	ESTUDIO MICROBIOLOGICO DE LÍQUIDO ESTÉRIL
4	IT-LABM-11	INMUNOFLUORECENCIA INDIRECTA IGG PARA TRYPANOZOMA CRUZI.
5	IT-LABM-12	DIAGNOSTICO BACTERIOLOGICO DE MYCOPLASMA HOMINIS Y UREAPLASMA UREALYTICUM
6	IT-LABM-14	ESTUDIO MICROBIOLÓGICO DE MUESTRAS DE ORINA
7	IT-LABM-15	TINCIÓN DE TINTA CHINA PARA C. NEOFORMANS
8	IT-LABM-17	COPROCULTIVO
9	IT-LABM-18	TINCIÓN DE HUCKER
10	IT-LABM-19	SIEMBRA DE MUESTRAS BACTERIOLÓGICAS
11	IT-LABM-22	PROCESAMIENTO DE MUESTRAS PARA ESTUDIOS DE TUBERCULOSIS
12	IT-LABM-23	HEMOCULTIVOS EN EQUIPO AUTOMATIZADO BACT-ALERT 3D
13	IT-LABM-24	TEST DE GRAHAM
14	IT-LABM-25	INMUNOCROMATOGRAFIA DE VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL
15	IT-LABM-27	INMUNOCROMATOGARIA IA E IB
16	IT-LABM-28	IFI TOXOPLASMOSIS
17	IT-LABM-29	IFD VIRUS RESPIRATORIOS
18	IT-LABM-30	DETERMINACION VDRL MUESTRAS SUERO Y VDRL
19	IT-LABM-32	PNEUMOCYSTIS JIROVECCI MEDIANTE IFD DOCX
20	IT-LABM-34	EXAMEN PARASITOLOGICO SERIADO DE DEPOSICIONES
21	IT-LABM-35	PRUEBA RPR MACRO-VUE
22	IT-LABM-37	TEST DE CAMP
23	IT-LABM-38	INMUNOCROMATOGRAFIA NOROVIRUS
24	IT-LABM-43	ACAROTEST
25	IT-LABM-44	ANTIGENOS FEBRILES
26	IT-LABM-46	CONTROL DE CALIDAD DE SENSIDISCOS
27	IT-LABM-47	BINAXNOW MALARIA
28	IT-LABM-49	ROTAVIRUS ADENOVIRUS EN DEPOSICION
29	IT-LABM-51	REALIZACION DEL TUBO GERMINAL PARA EL DIAGNOSTICO DE CANDIDA ALBICANS EN MUESTRAS NO INVASIVAS
30	IT-LABM-52	IDENTIFICACION HONGOS FILAMENTOSOS DERMATOFITOS Y LEVADURAS
31	IT-LABM-53	ESTUDIO MICROBIOLÓGICO DE FLUJO VAGINAL
32	IT-LABM-54	IDENTIFICACION HELMINTOS MACROSCOPICOS
33	IT-LABM-55	IDENTIFICACION HELMINTOS 2

34	IT-LABM-56	IDENTIFICACION PROTOZOOS
35	IT-LABM-58	CONTROL BACTERIOLÓGICO DE HEMOCOMPONENTES
36	IT-LABM-59	INSTRUCTIVO DIAGNÓSTICO DE NEISSERIA GONORRHOEAE
37	IT-LABM-60	PRUEBA MHA-TP
38	IT-LABM-61	MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN CEPAS ATCC
39	IT-LABM-62	RAPIDEC CARBA NP
40	IT-LABM-63	TINCIÓN DE ZIEHL NEELSEN
41	IT-LABM-71	USO Y MANTENIMIENTO VITEK MS
42	IT-LABM-72	CONTROL DE CALIDAD INTERNO PARASITOLOGÍA
43	IT-LABM-73	INMUNOCROMATOGRAFIA HELICOBACTER PYLORI
44	IT-LABM-80	TINCIÓN DE BACILOSCOPIAS CON FLUORESCENCIA
45	IT-LABM-82	EXTRACCIÓN MANUAL DE ÁCIDOS NUCLEICOS MEDIANTE KIT HIGH PURE PCR TEMPLATE PREPARATION
46	IT-LABM-83	TRABAJO EN EL LABORATORIO BIOLOGÍA MOLECULAR
47	IT-LABM-84	OPERACIÓN Y MANTENCIÓN EQUIPO CFX-96
48	IT-LABM-85	EXTRACCIÓN DE ÁCIDOS NUCLEICOS MAGNA PURE 96.DOC
49	IT-LABM-86	OPERACIÓN Y MANTENCIÓN EQUIPO FILM ARRAY
50	IT-LABM-89	LINEAMIENTOS PROGRAMÁTICOS Y TÉCNICOS XPERT MTB RIF
51	IT-LABM-90	CONTROL DE CALIDAD MEDIOS DE CULTIVO DE MICOBACTERIAS
52	IT-LABM-94	DETECCIÓN DE VIRUS MEDIANTE PANEL PCR VIRAL
53	IT-LABM-95	PREPARACIÓN DE INÓCULO MC FARLAND
54	IT-LABM-96	INTERPRETACIÓN Y CONTROL CALIDAD MÉTODO ÉPSILON TEST
55	IT-LABM-97	INSTRUCTIVO INMUNOCROMATOGRAFÍA PARA TREPONEMA PALLIDUM
56	IT-LABM-101	ESTUDIO MICROBIOLÓGICO DE MUESTRAS RESPIRATORIAS
57	IT-LABM-102	PRUEBAS BIOQUÍMICAS
58	IT-LABM-103	BUSQUEDA Y VIGILANCIA DE ENTEROCOCCUS SPP. RESISTENTE A VANCOMICINA
59	IT-LABM-105	SIEMBRA DE MUESTRAS BACTERIOLÓGICAS PARA ESTUDIO DE ANAEROBIOS
60	IT-LAB-125	TINCION AURAMINA RODAMINA
61	IT-LAB-238	CULTIVO LÍQUIDO PARA MICOBACTERIAS BBL MGIT
62	PO-LABM-03	CCI MEDIOS COMERCIALES
63	PO-LABM-04	PROTOCOLO INTERPRETACIÓN DE HALOS DE INHIBICIÓN DE SENSIDISCOS
64	PO-LABM-05	INTERPRETACIÓN DEL ANTIBIOGRAMA
65	PO-LABM-06	PROTOCOLO IDENTIFICACIÓN DE BACTERIAS ANAEROBIAS

Estos documentos comprenden sus respectivas versiones según corresponda, dando cumplimiento a la retrospectividad para el prestador.

Nombre del documento (2): CONTROL DE CALIDAD SISTEMA AUTOMATIZADOS VITEK2				
Código: IT-LAM-08	Versión: 01	Fecha: Abril 2019	Fecha vigencia: Marzo 2024	N° páginas: 17
Elaborado por: Dr. Freddy Roach, Microbiológo		Aprobado por: TM. Maykol Araya, Director Técnico Laboratorio Clínico		

El documento incluye al menos: (SI/NO)			
1. Técnicas de ejecución de los exámenes	NO	2. Tiempos de respuesta de exámenes	NO
3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda	NO		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento elaborado por la unidad, el cual contempla:

En página 2, ítem 1 se describe como **responsable**: tecnólogo Médico designado por supervisor de área.

En página 4, ítem 6, se describe de la siguiente forma el **control de calidad** interno para equipo automatizado Vitek:
Aspectos generales: El control de calidad utiliza cepas ATCC el cual se calanderiza según:
Control Principal con una frecuencia Semestral
Control Secundario con una frecuencia anual
Control Adicional, con una frecuencia anual.
Preparación de un examen CC:
Ingresar al menú principal de los sistemas automatizados Vitek.
Dar clic a la sección de administración de casete.
Clic en el recuadro CC.
Pulse Barra espaciadora o haga clic en la casilla de verificación QC (CC)
Pulse Tab para desplazarse al siguiente campo.
Escanee o introduzca la tarjeta que se va a analizar como CC en el campo Card (Tarjeta).

Introduzca el Reference ID (ID de referencia) escribiendo cualquier parte de la referencia ATCC®.
Si está activado McFarland, introduzca el valor McFarland asociado con el examen actual.
Haga clic en OK (Aceptar) o utilice Tab para poner el foco en el botón OK (Aceptar).
Pulse Enter (Intro) para configurar el siguiente examen.

En página 5, ítem 7, describe la revisión de resultados:

Control de calidad para la Identificación bacteriana: Una vez obtenido los resultados, se debe revisar uno a uno el nivel de concordancia de las pruebas bioquímicas.
CC para realizar test de susceptibilidad: En el caso de estudio de susceptibilidad todos los resultados deben resultar al 100%.
Acciones correctivas (página 6, ítem: En todas las No conformidades debe investigarse la causa, entre las más comunes tenemos:
Error de cepa utilizada
Error inóculo: exceso o déficit, Densichek descalibrado, soluciones contaminadas, etc.
Tarjetas VEK caducas.
Contaminación de la cepa ATCC
Cepa ATCC no fresca
Pérdida de las propiedades de la cepa ATCC
No conformidad debido a problemas con la cepa ATCC: Si se sospecha de una no conformidad debida a la cepa ATCC debe repetirse el test, siempre con cepa pura y fresca. En caso de persistir la(s) no conformidades, realizar el control de calidad a la cepa ATCC SEMISTOCK. De encontrarse problemas con esta, partir con nuevo ciclo de trabajo desde la Cepa ATCC STOCK. Si persiste el error, debe contactar al servicio técnico.

Observaciones:
Se tiene a la vista versión anterior Nº 00 con fecha de emisión Diciembre 2016, elaborado por Ximena Rojo, Tecnólogo Médico, y aprobado por Freddy Roach, Médico, que corresponde a la fecha de partida de esta metodología y que da cumplimiento a la retrospectividad para este prestador.
El uso de calibradores en el área de microbiología no aplica.

Nombre del documento (3): INSTRUCTIVO TIEMPO DE RESPUESTA DE RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO				
Código: IT-LAB-08	Versión: 01	Fecha: Julio 2017	Fecha vigencia: Junio 2022	N° páginas: 19
Elaborado por: Karen Araya Tecnólogo Médico, Encargado de Calidad		Aprobado por: Dr. Freddy Roach, Microbiólogo		

El documento incluye al menos: (SI/NO)			
1. Técnicas de ejecución de los exámenes	NO	2. Tiempos de respuesta de exámenes	SI
3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda	NO		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento elaborado por la unidad.
En página 3, ítem 4, se definen los responsables:
Tecnólogo Médico: responder los exámenes dentro del tiempo estipulado.
Técnico paramédico: realizar la preanalítica de la muestra en el menor tiempo posible considerando la urgencia del examen solicitado.
Administrativa: responsable del digitado de muestras para ingreso.

En página 3, ítem 6, se describe de la siguiente forma los tiempos de respuesta de exámenes:
Estándares a cumplir:
Solicitudes clasificadas como STAT (urgentes): solicitudes de exámenes de urgencia médica que pueden ser respondidos en un plazo máximo de 1 hora. Comprende a las muestras recepcionadas de las unidades de: Emergencia, Recepción Maternidad, Preparto y Pabellón. También aquellas que vengan rotuladas como tal.
Solicitudes clasificadas como ASAP (inmediatas): determinaciones solicitadas de pacientes hospitalizados de cualquier unidad. El tiempo de respuesta es de 3 horas.
Solicitudes de rutina: serán respondidas en un plazo máximo de 8 horas desde la recepción en el laboratorio.
Limitaciones:
Caída del sistema informático.
No disponibilidad de exámenes a causa de reactivos.

El listado de exámenes disponibles para respuesta STAT y ASAP del área de Microbiología es:

Microbiología		
Tinción de Gram de líquido cefalorraquídeo	Test rápido Influenza***	Test rápido VRS***
Test rápido VIH****	Tinción tinta china	Toxina *Clostridium difficile*
Tinción de Gram hemocultivos positivos*****	Tinción de Gram líquidos estériles*****	

(***) Disponible solo para pacientes que serán hospitalizados debido a IRA grave
(****) Disponible solo para pacientes embarazadas en trabajo de parto
(*****) Serán considerados solo como ASAP

Para las prestaciones que se realizan en el área de Microbiología y que se encuentra definidos en la NTB 2008 área Bacteriología, el tiempo de respuesta para solicitudes de rutina es:

	Prestación	Tiempo de respuesta
1	Antibiograma aerobio por Difusión	3 días

2	Antibiograma por Dilución (CIM)	3 días
3	Baciloscopía	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas en día hábil se informan las 17:00 horas del día hábil siguiente
4	Coprocultivo	4 días
5	Coprocultivo para Campylobacter, Yersinia, Vibrio.	4 días
6	Cultivo de secreciones, piel y / o heridas	48 horas
7	Cultivo para Anaerobios	5 días
8	Cultivo para Hongos	21 días
9	Cultivo para levaduras	5 días
10	Cultivo para Mycoplasma y Ureaplasma	3 días
11	Cultivo para Neisseria gonorrhoeae	3 días
12	Cultivos de líquidos de cavidades estériles	48 días
13	Examen directo al fresco con o sin tinción (incluye *Trichomonas*)	Muestras recepcionadas hasta las 14:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
14	Hemocultivo aerobio	5 días
15	Hemocultivo anaerobio	**No definido**
16	IFD para *Chlamydia*	Muestras recepcionadas hasta las 10:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
17	MHA-TP	Muestras recepcionadas hasta las 10:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
18	PCRs diagnósticos	**No definido**
19	RPR	Muestras recepcionadas hasta las 10:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
20	Sedimento Urinario	Muestras recepcionadas hasta las 12:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
21	Tinción de Gram	Muestras recepcionadas hasta las 14:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
22	Urocultivo, recuento de colonias	48 a 72 horas
23	VDRL	Muestras recepcionadas hasta las 10:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas

Observaciones:

Los documentos tenidos a la vista del área de "Microbiología", respecto a técnicas de ejecución de exámenes, contemplan las 23 prestaciones definidas en la NTB 2008, cumpliendo con el 100%. Se tienen a la vista versiones anteriores que dan cumplimiento a la retrospectividad para este prestador.
El prestador no define los requisitos de calidad para el área de microbiología, siendo esto exigencia del 1º elemento medible de esta característica.
Para las prestaciones que se realizan en la sección de Microbiología y que se encuentran definidos en la NTB 2008, área Bacteriología, el tiempo de respuesta definido está contemplado en 21 de las 23 prestaciones.
Para el área de Microbiología no existe un Protocolo de control de calidad interno establecido para las técnicas realizadas, entiéndese por protocolo a la definición que se encuentra en el glosario del Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, esto es, "documento oficial del prestador, emanado de la jefatura que corresponda, que contiene la descripción de un conjunto ordenado y secuencial de procedimientos o actividades estandarizadas necesarias para realizar con éxito actividades sanitarias específicas". No obstante, el prestador establece en algunos documentos anexos en donde se deben efectuar registros de control de calidad para algunas de las técnicas descritas.

Por lo anteriormente descrito no cumple con el elemento medible.

Hematología

Nombre del documento (1): DETERMINACIÓN DE HEMOGRAMA Y VHS				
Código: IT-LAB-59	Versión: 01	Fecha: Febrero 2019	Fecha vigencia: Enero 2024	N° páginas: 5
Elaborado por: Paulo Pizarro, Tecnólogo Médico		Aprobado por: Maykol Araya Tecnólogo Médico, Director Técnico		

El documento incluye al menos: (SI/NO)

1. Técnicas de ejecución de los exámenes	SI	2. Tiempos de respuesta de exámenes	NO
3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda	NO		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento elaborado por la unidad el cual contempla:
En página 2, ítem 4, se definen al tecnólogo médico como responsable.
En página 3, ítem 6, se describe la técnica de ejecución de hemograma y VHS:
Realización del recuento celular: se realiza en equipos automatizados. Una vez hecho el análisis, se revisa el resultado obtenido para determinar si el informe debe ser revisado microscópicamente (según tabla 1). Si el informe no amerita mayor análisis, se valida el resultado para su liberación.

Tabla 1. Criterios para revisión microscópica del Hemograma		
Blancos		
Leucocitos	<4.000/ul o >30.000/ul	
Neutrófilos	<1.000/ul o >20.000/ul	
Linfocitos	>5.000/ul adulto	>7.000/ul niños < 12 años

Monocitos	>1.500/ul adulto	>3.000/ul niños < 12 años
Eosinófilos	>2.000/ul	
Basofilos	>500/ul	
Rojos		
Hemoglobina	<7 g/dl o 18.5 g/dl	Evaluar morfología
VCM	<75 fl o >105 fl	
CHCM	<30 g/dl	Verificar hipocromía y tiempo pasado desde la toma de muestra.
CHCM	>36.5 g/dl	Verificar lipemia, hemólisis, hiperleucocitosis, aglutinación GR, relación sangre/anticoagulante, presencia de esferocitos.
RDW-CV	>22%	Revisar presencia de anisocitosis
Plaquetas		
Plaquetas	<75.000 o >1.000.000	Estimar recuento plaquetario en fonio
VPM	<5 fl o 12.5 fl	Revisar tamaño y morfología plaquetaria.

También debe realizarse observación microscópica cuando el equipo entrega las siguientes alarmas: Granulocitos inmaduros, presencia de blastos, presencia de linfocitos atípicos/blastos, plaquetas agregadas.
Realización de la revisión microscópica del hemograma. La revisión microscópica debe realizarse siempre y cuando se cumpla alguno de los parámetros establecidos en la tabla. Finalizado el análisis, ingrese los resultados a sistema para su validación y liberación.
Informe de resultados: Los resultados a entregar en el hemograma se describen a continuación:
Recuento celular: glóbulos rojos, leucocitos y plaquetas.
Constantes eritrocitarias: hematocrito, hemoglobina, VCM, CHCM, HCM.
Fórmula diferencial leucocitaria: en valores absolutos y porcentuales.
Características de la serie roja, blanca y plaquetas.
Velocidad de eritrosedimentación (VHS).

Observaciones:
Se tiene a la vista versión anterior Nº 00 con fecha de emisión Noviembre 2015, elaborado por Brissa Morata, Tecnólogo Médico y aprobado por Natalia Valenzuela, Médico, dando cumplimiento a la retrospectividad para el prestador.
Para el área de Hematología, se detallan a continuación técnicas de la sección Hematología realizadas por el laboratorio clínico del prestador Hospital Regional Antofagasta, y que se clasifican dentro del área de Hematología de la Norma Técnica Básica (NTB) de Autorización Sanitaria para Establecimientos de Salud de Atención Cerrada del año 2008 (página 68):

Prestaciones Hematología	
1	Antitrombina III
2	Factor VIII
3	Ferritina
4	Fibrinógeno
5	Fibrinógeno, productos de degradación del
6	Fierro sérico
7	Fierro, capacidad de fijación del (incluye fierro sérico)
8	Fierro, cinética del (cada determinación)
9	Hematocrito
10	Hemoglobina en sangre total
11	Hemograma
12	Proteína C
13	Proteína S
14	Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, relación internacional normalizada)
15	Recuento de basófilos (absoluto)
16	Recuento de eosinófilos (absoluto)
17	Recuento de eritrocitos (absoluto)
18	Recuento de leucocitos (absoluto)
19	Recuento de linfocitos (absoluto)
20	Recuento de plaquetas (absoluto)
21	Recuento de reticulocitos (absoluto o porcentual)
22	Recuento diferencial o fórmula leucocitaria
23	Resistencia globular osmótica
24	Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares)
25	Velocidad de eritrosedimentación
26	Von Willebrand, AG. de (factor VII AG.)

Los documentos constatados describen todas las técnicas detalladas y su formato contiene elementos tales como: objetivos, responsables, descripción de la tarea, entre otros:

1	IT-LABH-04	MICROHEMATOCRITO
4	IT-LAB-59	HEMOGRAMA Y VHS
5	IT-LABH-02	DETERMINACIÓN DE ANTICOAGULANTE LÚPICO
6	IT-LABH-05	TIEMPO DE SANGRIA DE IVY
2	IT-LABH-06	LECTURA FROTIS SANGUINEO
7	IT-LABH-07	ESTUDIO DE EOSINÓFIOS NASALES Y BRONQUIALES
3	IT-LABH-08	RECUENTO CELULAR Y DIFERENCIAL EN LÍQUIDOS BIOLÓGICOS
8	IT-LABH-09	FRAGILIDAD OSMOTICA
9	IT-LABH-10	RECUENTO DE RETICULOCITOS
10	IT-LABH-12	TINCIÓN DE MAY GRUNWALD-GIEMSA
11	IT-LABH-13	MANEJO ANALIZADOR HEMATOLÓGICO SYSMEX XN 1000
12	IT-LABH-14	INSTRUCTIVO EQUIPO VISION-C
13	IT-LABH-15	MANTENCION Y USO EQUIPO SYSMEX CS 2500

Estos documentos comprenden sus respectivas versiones según corresponda, dando cumplimiento a la retrospectividad para el prestador.

Nombre del documento (2): PROCEDIMIENTO CONTROL DE CALIDAD PARA LAS MEDICIONES CUANTITATIVAS				
Código: PO-LAB-13	Versión: 01	Fecha: Enero 2018	Fecha vigencia: Diciembre 2022	N° páginas: 25
Elaborado por: Elizabeth Galarce, Tecnólogo Médico			Aprobado por: Maykol Araya, Tecnólogo Médico, Director Técnico	

El documento incluye al menos: (SI/NO)

1. Técnicas de ejecución de los exámenes	NO	2. Tiempos de respuesta de exámenes	NO
3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda			SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento elaborado por la unidad el cual contempla:
En página 2, ítem 3, se definen los responsables:
Tecnólogo Médico de sección: efectuar control de calidad interno según frecuencia establecida.
Encargado de sección: realizar los cálculos del error total y verificar mensualmente la media acumulada y coeficiente variación para cada analito.
Encargado de calidad analítica: verificar los controles ingresados y calcular el error total en todos los analitos semestralmente.
Encargado de calidad laboratorio clínico: entregar material de control externo, revisar periódicamente los resultados obtenidos y entregar registro de no conformidades en caso de encontrarse un resultado insatisfactorio.

Entre página 9 y 16, ítem 7, se define el protocolo de control de calidad interno y requisitos de calidad:
Definición de requisitos de calidad: corresponden a variabilidad biológica y CLIA '88
Selección de material control: el material control debe mantener su lote por lo menos 6 meses e idealmente 1 año.
Concentración de los analitos en el material control: para la mayoría de los analitos se utilizará un mínimo de 2 concentraciones.
Determinación del desempeño del método a través de la estimación de la imprecisión: se obtiene midiendo el material control durante un tiempo. Si es posible se deben realizar 40 mediciones para luego hacer ajuste de los valores de la media y desviaciones estándar.
Determinación del sesgo: se estimará el sesgo a través de la intercomparación de métodos. Para aquellos métodos que poseen control de calidad externo se estimará a través de la comparación con el grupo par.
Periodicidad del control de calidad interno:

Contadores hematológicos	2 veces al día turno (cada 12 horas), 3 niveles cada medición. 1 vez al día rutina de lunes a viernes, 3 niveles cada medición y cada vez que se cambie o reemplace un reactivo. 1 vez al día control de fluidos biológicos, 2 niveles
Coagulómetro	2 veces al día turno (cada 12 horas) 2 niveles. 1 vez al día rutina de lunes a viernes, 2 niveles de controles y cada vez que se cambie o reemplace un reactivo. 1 vez al día turno controlar reactivo Dímero D 2 niveles.
En todos los casos, aquellos analitos de baja demanda se controlan solamente cuando se realice la técnica y para todos los niveles de control. Idealmente los controles deben analizarse inmediatamente después de las mantenciones diarias, calibraciones o al cambiar de operador (turno).	

Análisis de los resultados del control de calidad interno: Una vez analizado el material control, inspeccione los resultados para cada analito. Si ninguna regla seleccionada es violada, incluyendo las reglas de uso obligatorio 10x y 7T, entonces acepte la corrida. Si alguna de las reglas establecidas para el analito es violada, la corrida debe ser interpretada como fuera de control. Esto significa que no puede informar ningún resultado de los pacientes y debe buscar la causa que origina la violación de la regla.
Resolución de problemas: identificar si el error se trata de un error aleatorio o sistemático, verificar si el tipo de error se produce en uno o varios analitos, relacionar las posibles causas a cambios recientes que presente el equipo, verificar la solución aplicada y documentar dicha acción.

Observaciones:
Se tiene a la vista versión anterior Nº 00 con fecha de emisión Enero 2015, elaborado y aprobado por Natalia Valenzuela, Médico, dando cumplimiento a la retrospectividad para el prestador.
Documento no describe el uso de calibradores. No especifica que calibrador se debe utilizar dependiendo del analito y cual es la periodicidad con la que se debe utilizar.

Nombre del documento (3): INSTRUCTIVO TIEMPO DE RESPUESTA DE RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO				
Código: IT-LAB-08	Versión: 01	Fecha: Julio 2017	Fecha vigencia: Junio 2022	N° páginas: 19
Elaborado por: Karen Araya Tecnólogo Médico, Encargado de Calidad		Aprobado por: Dr. Freddy Roach, Microbiólogo		

El documento incluye al menos: (SI/NO)

1. Técnicas de ejecución de los exámenes	NO	2. Tiempos de respuesta de exámenes	SI
3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda	NO		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento elaborado por la unidad.
En página 3, ítem 4, se definen los responsables:
Tecnólogo Médico: responder los exámenes dentro del tiempo estipulado.
Técnico paramédico: realizar la preanalítica de la muestra en el menor tiempo posible considerando la urgencia del examen solicitado.
Administrativa: responsable del digitado de muestras para ingreso.
Se describen los tiempos de respuesta de exámenes:
Estándares a cumplir:
Solicitudes clasificadas como STAT (urgentes): solicitudes de exámenes de urgencia médica que pueden ser respondidos en un plazo máximo de 1 hora. Comprende a las muestras recepcionadas de las unidades de: Emergencia, Recepción Maternidad, Preparto y Pabellón. También aquellas que vengan rotuladas como tal.
Solicitudes clasificadas como ASAP (inmediatas): determinaciones solicitadas de pacientes hospitalizados de cualquier unidad. El tiempo de respuesta es de 3 horas.
Solicitudes de rutina: serán respondidas en un plazo máximo de 8 horas desde la recepción en el laboratorio.
Limitaciones:
Caída del sistema informático.
No disponibilidad de exámenes a causa de reactivos.

El listado de exámenes disponibles para respuesta STAT y ASAP del área de Hematología es:

Hematología		
Hemograma	Hematocrito	Hemoglobina
Recuento de leucocitos	Recuento plaquetario	Tiempo de Protrombina
TTPK	Dímero D	Fibrinógeno**
Recuento líquidos estériles	Sedimento urinario	

(**) Solo pacientes con necesidad de uso de crioprecipitado. Solo solicitudes generadas por médico

Para las prestaciones que se realizan en el área de Hematología y que se encuentra definidos en la NTB 2008 área Hematología, el tiempo de respuesta para solicitudes de rutina es:

	Prestaciones	Tiempo de respuesta
1	Antitrombina III	No definido
2	Factor VIII	No definido
3	Ferritina	No definido
4	Fibrinógeno	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
5	Fibrinógeno, productos de degradación del	No definido
6	Fierro sérico	No definido
7	Fierro, capacidad de fijación del (incluye fierro sérico)	No definido
8	Fierro, cinética del (cada determinación)	No definido
9	Hematocrito	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 13:00 horas
10	Hemoglobina en sangre total	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 13:00 horas
11	Hemograma	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas resultados se encuentran disponibles al día hábil siguiente
12	Proteína C	No definido
13	Proteína S	No definido
14	Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, relación internacional normalizada)	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 14:00 horas
15	Recuento de basófilos (absoluto)	No definido
16	Recuento de eosinófilos (absoluto)	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas resultados se encuentran disponibles al día hábil siguiente
17	Recuento de eritrocitos (absoluto)	No definido
18	Recuento de leucocitos (absoluto)	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 14:00 horas

19	Recuento de linfocitos (absoluto)	No definido
20	Recuento de plaquetas (absoluto)	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 14:00 horas
21	Recuento de reticulocitos (absoluto o porcentual)	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 14:00 horas
22	Recuento diferencial o fórmula leucocitaria	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas resultados se encuentran disponibles al día hábil siguiente
23	Resistencia globular osmótica	Muestras recepcionadas hasta las 09:30 horas resultados se encuentran disponibles los días viernes a contar de las 17:00 horas
24	Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares)	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 14:00 horas
25	Velocidad de eritrosedimentación	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
26	Von Willebrand, AG. de (factor VII AG.)	No definido

Observaciones:

Los documentos tenidos a la vista del área de Hematología, respecto a técnicas de ejecución de exámenes, contemplan las 26 prestaciones definidas en la NTB 2008, cumpliendo con el 100%. Se tienen a la vista versiones anteriores que dan cumplimiento a la retrospectividad para este prestador.

De las 26 técnicas descritas, en 11 de ellas están definidos los requisitos de calidad exigibles en el primer elemento medible de esta característica.

Documento no describe el uso de calibradores para el área de Hematología, considerando cuales son los analitos, en que casos se calibra y cual es la periodicidad.

Para las prestaciones que se realizan en la sección de Hematología y que se encuentran definidos en la NTB 2008, área Hematología, el tiempo de respuesta definido está contemplado en 13 de las 26 prestaciones.

Por lo anteriormente descrito no cumple con el elemento medible.

Bioquímica

Nombre del documento (1): ANÁLISIS DEL SEDIMENTO URINARIO				
Código: IT-LABB-07	Versión: 01	Fecha: Septiembre 2018	Fecha vigencia: Agosto 2023	N° páginas: 12
Elaborado por: Manuel Valenzuela, Tecnólogo Médico		Aprobado por: Maykol Araya, Tecnólogo Médico, Director Técnico		
El documento incluye al menos: (SI/NO)				
1. Técnicas de ejecución de los exámenes	SI	2. Tiempos de respuesta de exámenes	NO	
3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda			SI	

Nombre del documento (1): ANÁLISIS DEL SEDIMENTO URINARIO				
Código: IT-LABB-07	Versión: 01	Fecha: Septiembre 2018	Fecha vigencia: Agosto 2023	N° páginas: 12
Elaborado por: Manuel Valenzuela, Tecnólogo Médico		Aprobado por: Maykol Araya, Tecnólogo Médico, Director Técnico		
El documento incluye al menos: (SI/NO)				
1. Técnicas de ejecución de los exámenes	SI	2. Tiempos de respuesta de exámenes	NO	
3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda			SI	

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento elaborado por la unidad, el cual contempla:

En página 2, ítem 4, se definen lo **responsables:**

Técnico paramédico en laboratorio clínico: encargado de centrifugar las muestras procesadas en el equipo AU-4050, disponer de estas en una gradilla de forma ordenada y por orden correlativo.

Tecnólogo Médico: responsable de realizar lectura de sedimento, validar e informar el examen.

En Página 2, ítem 5, se describen los materiales y equipos:

Tubos de centrífuga 12 ml.
Centrífuga
Pipetas Pasteur plásticas
Portaobjetos
Cubreobjetos 22x22 mm.
Microscopio contraste de fase.

En página 3, ítem 6, se describe la **técnica de ejecución de examen sedimento urinario:**

Centrifugar tubos a 2000 rpm por 5 minutos.
Luego de la centrifugación, eliminar el sobrenadante por inversión del tubo.
Ubicar en gradilla los tubos centrifugados en orden correlativo.
Homogeneizar sedimento residual, debe hacerse suavemente, evitando agitaciones fuertes. Se puede hacer uso de una pipeta, o con suaves golpes con los dedos en la parte inferior del tubo cónico.
Depositar 20 ul en un portaobjeto y colocar el cubreobjetos de 22x22mm evitando la formación de burbujas.
Realizar la lectura en microscopio con contraste de fases.
Examinar la preparación a 10X y hacer un barrido general. Cambiar al objetivo 40X y se cuentan leucocitos, eritrocitos, cristales y células epiteliales, como: elementos formes por campo.
Contar 10 campos de 10X y 40X para que sea representativo de todo el sedimento.
Si el sedimento no es leído en forma inmediata después de ser cargado, los portaobjetos deben ser conservados en cámara húmeda.
Para el informe de resultados se debe expresar los recuentos como células por campo. Deben ser al menos la media de la observación de 10 campos. En leucocitos y eritrocitos, se puede informar por rango:

LEU 0/ERI 0	No se observan
LEU 1/ERI 1	0 – 1 por campo
LEU 2/ERI 2	1 – 3 por campo
LEU 3/ERI 3	3 – 6 por campo
LEU 5/ERI 5	5 – 10 por campo
PIO 10/ERI 10	10 – 20 por campo
PIO 30/ERI 30	20 – 40 por campo
PIO 50/ERI 50	50 – 100 por campo
PIO 100/ERI 100	Mas de 100 por campo

Células epiteliales y bacterias son frecuentemente informados en términos semicuantitativos utilizando los siguientes términos:

CE 0/BAC 0	No se observan
CE 1/BAC 1	Muy escasa cantidad
CE 2/BAC 2	Escasa cantidad
CE 3/BAC 3	Regular cantidad
CE 4/BAC 4	Abundante cantidad
CE 5/BAC 5	Muy abundante cantidad

Cristales, y otras estructuras son informados en los siguientes términos: escasa cantidad, regular cantidad, abundante cantidad.

Observaciones:
Se tiene a la vista versión anterior Nº 00 con fecha de emisión Septiembre 2015, elaborado por Karen Araya, Tecnólogo Médico y aprobado por Natalia Valenzuela, Médico, dando cumplimiento a la retrospectividad para el prestador.

Para el área de Bioquímica, se detallan a continuación técnicas de la sección Bioquímica realizadas por el laboratorio clínico del prestador Hospital Regional Antofagasta, y que se clasifican dentro del área de Química clínica de la Norma Técnica Básica (NTB) de Autorización Sanitaria para Establecimientos de Salud de Atención Cerrada del año 2008 (página 70):

Prestaciones Bioquímica	
1	Ácido úrico
2	Alanino aminotransferasa, ALT/GPT
3	Albúmina
4	Amilasa
5	Aspartato aminotransferasa, AST/GOT
6	Bilirrubina total
7	Bilirrubina total y conjugada
8	Calcio
9	Cloro
10	Cloro en orina
11	Colesterol HDL
12	Colesterol total
13	Creatinina
14	Creatinina en orina
15	Creatinquinasa miocárdica, CK-MB
16	Creatinquinasa total, CK
17	Cuerpos cetónicos en orina
18	Deshidrogenasa láctica total, LDH
19	Fosfatasas alcalinas totales
20	Fósforo
21	Gamma glutamiltranspeptidasa, GGT
22	Gases y equilibrio ácido base
23	Glucosa
24	Glucosa en orina
25	Hemoglobina glicada A1c (correspondiente a sección hematología según NTB 2008)
26	Lipasa
27	Orina completa
28	Orina, físico químico
29	Potasio
30	Proteínas totales

31	Proteínas totales en orina
32	Screening urinario
33	Sedimento urinario
34	Sodio
35	Triglicéridos
36	Urea
37	Urea en orina

Los documentos constatados describen todas las técnicas detalladas y su formato contiene elementos tales como: objetivos, responsables, descripción de la tarea entre otros:

1	IT-LABB-03	ANALISIS FISICOQUIMICO DE ORINA
2	IT-LABB-06	TEST DE WATSON SCHWARTZ
3	IT-LABB-07	ANALISIS DEL SEDIMENTO DE ORINA
4	IT-LABB-08	TEST DE BERRY
5	IT-LABB-10	CÁLCULOS
6	IT-LABB-14	LÍQUIDO AMNIÓTICO
7	IT-LABB-16	SCREENING METABOLICO
8	IT-LABB-17	SUDAN III
9	IT-LABB-19	SEPARACION ESPERMATICA
10	IT-LABB-20	BIONEXIA FOBPLUS
11	IT-LABT-03	PRUEBA RAPIDA PARA LA DETECCION DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA
12	IT-LAB-61	ALBUMINA
13	IT-LAB-62	FOSFATASA ALCALINA
14	IT-LAB-63	ALANINO AMINOTRANSFERASA (ALT)
15	IT-LAB-64	AMILASA
16	IT-LAB-65	ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST)
17	IT-LAB-66	BILIRRUBINA TOTAL
18	IT-LAB-67	BILIRRUBINA DIRECTA
19	IT-LAB-68	CALCIO
20	IT-LAB-69	COLESTEROL
21	IT-LAB-70	CREATINQUINASA TOTAL
22	IT-LAB-71	CREATINQUINASA MB
23	IT-LAB-72	CREATININA
24	IT-LAB-73	PROTEINA C REACTIVA
25	IT-LAB-74	GGT
26	IT-LAB-75	GLUCOSA EN SANGRE
27	IT-LAB-76	HDL COLESTEROL
28	IT-LAB-77	HIERRO SERICO
29	IT-LAB-78	LACTATO
30	IT-LAB-79	LACTATO DESHIDROGENASA
31	IT-LAB-80	LIPASA
32	IT-LAB-81	MAGNESIO
33	IT-LAB-82	FOSFORO
34	IT-LAB-83	PROTEINA TOTALES
35	IT-LAB-84	TRIGLICERIDOS
36	IT-LAB-85	ACIDO URICO
37	IT-LAB-86	UIBC
38	IT-LAB-87	UREA
39	IT-LAB-93	ELECTROLITOS PLASMATICOS
40	IT-LAB-105	TRANSFERRINA
41	IT-LAB-106	AMONIO
42	IT-LAB-107	HEMOGLOBINA A1C
43	IT-LAB-108	TSH
44	IT-LAB-109	T4 LIBRE
45	IT-LAB-110	T4

46	IT-LAB-111	T3
47	IT-LAB-112	PROLACTINA
48	IT-LAB-113	FSH
49	IT-LAB-114	LH
50	IT-LAB-115	ESTRADIOL
51	IT-LAB-116	ALBUMINA
52	IT-LAB-117	PROTEINA URINARIA TOTAL
53	IT-LAB-118	VANCOMICINA
54	IT-LAB-119	ACIDO VALPROICO
55	IT-LAB-120	FENITOINA
56	IT-LAB-121	FENOBARBITAL
57	IT-LAB-122	CARBAMAZEPINA
58	IT-LAB-138	ANTI-TPO
59	IT-LAB-139	ANTI TIROGLOBULINA
60	IT-LAB-140	ANTI-CCP
61	IT-LAB-141	COMPLEMENTO C3
62	IT-LAB-142	COMPLEMENTO C4
63	IT-LAB-144	FERRITINA
64	IT-LAB-145	GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA
65	IT-LAB-146	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO LIBRE
66	IT-LAB-147	ANTIGENO DE SUPERFICIE VIRUS DE LA HEPATITIS B
67	IT-LAB-148	INMUNOGLOBULINA A
68	IT-LAB-149	INMUNOGLOBULINA E
69	IT-LAB-150	INMUNOGLOBULINA M
70	IT-LAB-151	INMUNOGLOBULINA G
71	IT-LAB-152	INSULINA
72	IT-LAB-153	PREALBUMINA
73	IT-LAB-154	PROGESTERONA II
74	IT-LAB-155	HORMONA PARATIROIDEA
75	IT-LAB-156	FACTOR REUMATOIDEO
76	IT-LAB-157	TESTOSTERONA
77	IT-LAB-158	TIROGLOBULINA
78	IT-LAB-159	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO
79	IT-LAB-178	SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA
80	IT-LAB-180	TROPONIN I STAT
81	IT-LAB-215	VIDAS BRAHMS PCT
82	IT-LAB-216	VALIDACION DE RESULTADOS
83	IT-LAB-218	PH
84	IT-LAB-219	PCO2 Y VALORES CALCULADOS PARA HCO3, EXESO DE BASES E INTERVALO ANIONICO
85	IT-LAB-220	PO2 Y SATURACION DE OXIGENO CALCULADA
86	IT-LAB-221	CALCIO IONICO
87	IT-LAB-222	LACTATO
88	IT-LABT-07	COBAS B221
89	IT-LABB-25	INSTRUCTIVO ANALIZADOR ESPERMÁTICO
90	IT-LABB-24	INSTRUCTIVO EQUIPO DE ORINA ARKRAY AUTION HIBRID AU-4050
91	IT-LAB-189	INSTRUCTIVO MANTENCION Y USO COBAS 6000
92	IT-LAB-38	USO Y MANTENCION ANALIZADOR COBAS C 311
93	IT-LAB-207	USO Y MANTENCIÓN EQUIPO VIDAS

Estos documentos comprenden sus respectivas versiones según corresponda, dando cumplimiento a la retrospectividad requerida para este proceso.

El documento incluye al menos: (SI/NO)			
1. Técnicas de ejecución de los exámenes	NO	2. Tiempos de respuesta de exámenes	NO
3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda	SI		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento elaborado por la unidad, el cual contempla:

En página 2, ítem3, se definen los responsables:
Tecnólogo Médico de sección: efectuar control de calidad interno según frecuencia establecida.
Encargado de sección: realizar los cálculos del error total y verificar mensualmente la media acumulada y coeficiente variación para cada analito.
Encargado de calidad analítica: verificar los controles ingresados y calcular el error total en todos los analitos semestralmente.
Encargado de calidad laboratorio clínico: entregar material de control externo, revisar periódicamente los resultados obtenidos y entregar registro de no conformidades en caso de encontrarse un resultado insatisfactorio.

Entre página 9 y 16, ítem 7, se describe el **protocolo de control de calidad interno y requisitos de calidad:**
Definición de requisitos de calidad: corresponden a variabilidad biológica y CLIA '88
Selección de material control: el material control debe mantener su lote por lo menos 6 meses e idealmente 1 año.
Concentración de los analitos en el material control: para la mayoría de los analitos se utilizará un mínimo de 2 concentraciones.
Determinación del desempeño del método a través de la estimación de la imprecisión: se obtiene midiendo el material control durante un tiempo. Si es posible se deben realizar 40 mediciones para luego hacer ajuste de los valores de la media y desviaciones estándar.
Determinación del sesgo: se estimará el sesgo a través de la Inter comparación de métodos. Para aquellos métodos que poseen control de calidad externo se estimará a través de la comparación con el grupo par.
Periodicidad del control de calidad interno:

Equipo de gases	2 veces al día (cada 12 horas), 3 niveles cada medición y cada vez que se cambie o reemplace un reactivo.
Química clínica-501 (Turno)	2 veces al día (cada 12 horas) y cada vez que se cambie o reemplace un reactivo.
Química clínica-6000	1 vez al día de lunes a viernes y cada vez que se cambie o reemplace un reactivo.
Química clínica-311	Se controlará cada vez que se realice la técnica.
Equipos de inmunoquímica	1 vez al día y cada vez que se cambie o se reemplace un reactivo. Para todos los analitos se utilizarán dos niveles de controles.
Equipos de Uroanálisis	1 vez al día rutina de lunes a viernes con 4 niveles de controles y 1 vez al día urgencia con 4 niveles de controles
Equipos Vidas	Se controlará cada 15 o 28 días dependiendo de la técnica utilizada.
En todos los casos, aquellos analitos de baja demanda se controlan solamente cuando se realice la técnica y para todos los niveles de control. Idealmente los controles deben analizarse inmediatamente después de las mantenciones diarias, calibraciones o al cambiar de operador (turno).	

Análisis de los resultados del control de calidad interno: Una vez analizado el material control, inspeccione los resultados para cada analito. Si ninguna regla seleccionada es violada, incluyendo las reglas de uso obligatorio 10x y 7T, entonces acepte la corrida. Si alguna de las reglas establecidas para el analito es violada, la corrida debe ser interpretada como fuera de control. Esto significa que no puede informar ningún resultado de los pacientes y debe buscar la causa que origina la violación de la regla.
Resolución de problemas: identificar si el error se trata de un error aleatorio o sistemático, verificar si el tipo de error se produce en uno o varios analitos, relacionar las posibles causas a cambios recientes que presente el equipo, verificar la solución aplicada y documentar dicha acción.

Observaciones:
Se tiene a la vista versión anterior Nº 00 con fecha de emisión Enero 2015, elaborado y aprobado por Natalia Valenzuela, Médico, dando cumplimiento a la retrospectividad para el prestador.
Documento no describe el uso de calibradores**.** No especifica que calibrador se debe utilizar y cual es la periodicidad con la que se debe utilizar.

Nombre del documento (3): INSTRUCTIVO TIEMPO DE RESPUESTA DE RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO				
Código: IT-LAB-08	Versión: 01	Fecha: Julio 2017	Fecha vigencia: Junio 2022	Nº páginas: 19
Elaborado por: Karen Araya, Tecnólogo Médico, Encargado de Calidad		Aprobado por: Dr. Freddy Roach, Microbiólogo		

El documento incluye al menos: (SI/NO)			
1. Técnicas de ejecución de los exámenes	NO	2. Tiempos de respuesta de exámenes	SI
3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda	NO		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento elaborado por la unidad el cual contempla:
En página 3, ítem 4, se definen los responsables:
Tecnólogo Médico: responder los exámenes dentro del tiempo estipulado.
Técnico paramédico: realizar la preanalítica de la muestra en el menor tiempo posible considerando la urgencia del examen solicitado.
Administrativa: responsable del digitado de muestras para ingreso.

En página 3, ítem 6, se describen los tiempos de respuesta de los exámenes:
Solicitudes clasificadas como STAT (urgentes): solicitudes de exámenes de urgencia médica que pueden ser respondidos en un plazo máximo de 1 hora. Comprende a las muestras recepcionadas de las unidades de: Emergencia, Recepción Maternidad, Preparto y Pabellón. También aquellas que vengan rotuladas como tal.
Solicitudes clasificadas como ASAP (inmediatas): determinaciones solicitadas de pacientes hospitalizados de cualquier unidad. El

tiempo de respuesta es de 3 horas.
Solicitudes de rutina: serán respondidas en un plazo máximo de 8 horas desde la recepción en el laboratorio.

Limitaciones:
Caída del sistema informático.
No disponibilidad de exámenes a causa de reactivos.

El listado de exámenes disponibles para respuesta STAT y ASAP del área de Bioquímica es:

Tiempo de respuesta STAT 1 hora desde que se recibe la muestra en el laboratorio. Aplica a Unidad de Emergencia, Pabellón, Preparto, Recepción Maternidad y exámenes de pacientes hospitalizados solicitados como urgentes		Tiempo de respuesta ASAP 3 horas desde que se recibe la muestra en el laboratorio. Aplica a todas las unidades de pacientes hospitalizados y muestras ambulatorias solicitadas urgentes
Bioquímica		
Albúmina	Amilasa	Amonio
Bilirrubina total y conjugada	Calcio	Calcio iónico
Creatinina	CK y CK-MB	Cetonemia
Ácido úrico	Electrolitos	GGT
Glucosa	Gases sanguíneos	Lactato
Lipasa	Magnesio*	Fosfatasas alcalinas
AST/GOT	ALT/GPT	Proteína C Reactiva
Screening drogas de abuso	Urea	BHCG cualitativa
Estudio de líquidos estériles	Procalcitonina	Troponina
Proteinuria cualitativa	Glucosuria y cetonuria cualitativa	LDH
Fósforo	Cuerpos cetónicos	

(*) Determinación disponible solo para pacientes embarazadas fuera de horario hábil.

Para las prestaciones que se realizan en el área de Bioquímica y que se encuentra definidos en la NTB 2008 área Química clínica, el tiempo de respuesta para solicitudes de rutina es:

N	Prestaciones	Tiempo de respuesta
1	Ácido úrico	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
2	Alanino aminotransferasa, ALT/GPT	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
3	Albúmina	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
4	Amilasa	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
5	Aspartato aminotransferasa, AST/GOT	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
6	Bilirrubina total	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
7	Bilirrubina total y conjugada	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
8	Calcio	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
9	Cloro	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
10	Cloro en orina	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
11	Colesterol HDL	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
12	Colesterol total	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
13	Creatinina	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
14	Creatinina en orina	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
15	Creatinquinasa miocárdica, CK-MB	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
16	Creatinquinasa total, CK	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
17	Cuerpos cetónicos en orina	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
18	Deshidrogenasa láctica total, LDH	No definido
19	Fosfatasas alcalinas totales	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas

20	Fósforo	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
21	Gamma glutamiltranspeptidasa, GGT	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
22	Gases y equilibrio ácido base	Definido como STAT y ASAP
23	Glucosa	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
24	Glucosa en orina	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
25	Hemoglobina glicada A1c(correspondiente a área de Hematología según NTB 2008)	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
26	Lipasa	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
27	Orina completa	Muestras recepcionadas hasta las 12:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
28	Orina, físico químico	Muestras recepcionadas hasta las 12:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
29	Potasio	Muestras recepcionadas hasta las 12:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
30	Proteínas totales	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
31	Proteínas totales en orina	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
32	Screening urinario	No definido
33	Sedimento urinario	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
34	Sodio	Muestras recepcionadas hasta las 12:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
35	Triglicéridos	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
36	Urea	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas
37	Urea en orina	Muestras recepcionadas hasta las 11:00 horas se informan a contar de las 17:00 horas

Observaciones:
Los documentos tenidos a la vista del área de Bioquímica, respecto a técnicas de ejecución de exámenes, contemplan las 37 prestaciones definidas en la NTB 2008, cumpliendo con el 100%. Se tienen a la vista versiones anteriores que dan cumplimiento a la retrospectividad para este prestador.
De las 37 técnicas descritas, en 25 de ellas están definidos los requisitos de calidad exigibles en el primer elemento medible de esta característica.
Documento no describe el uso de calibradores para el área de bioquímica, considerando cuales son los analitos, en que casos se calibra y cual es la periodicidad.
Para las prestaciones que se realizan en la sección de Bioquímica y que se encuentran definidos en la NTB 2008, área Química clínica, el tiempo de respuesta definido no está contemplado en 2 de las 37 prestaciones.

Por lo anteriormente descrito no cumple con el elemento medible.

APL 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con: tiempo de respuesta de exámenes urgentes o provenientes de unidades críticas.

Microbiología	
Nombre del indicador	Indicador cumplimento de plazo de entrega de exámenes solicitados como ASAP
Fórmula matemática	Nº de exámenes solicitados como ASAP informados dentro del plazo de entrega / Nº total de exámenes ASAP solicitados en el periodo de tiempo evaluado x 100
Umbral de cumplimiento: >=80%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Hematología	
Nombre del indicador	Indicador cumplimento de plazo de entrega de exámenes solicitados como STAT
Fórmula matemática	Nº de exámenes solicitados como STAT informados dentro del plazo de entrega / Nº total de exámenes STAT solicitados en el periodo de tiempo evaluado x 100
Umbral de cumplimiento: >=80%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Bioquímica	
Nombre del indicador	Indicador cumplimento de plazo de entrega de exámenes solicitados como STAT
Fórmula matemática	Nº de exámenes solicitados como STAT informados dentro del plazo de entrega / Nº total de exámenes STAT solicitados en el periodo de tiempo evaluado x 100
Umbral de cumplimiento: >=80%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

APL 1.3– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Microbiología	
Nombre documento	INFORME DE RESULTADOS INDICADORES Y ANALISIS
Responsable medición	Encargado del Laboratorio de Microbiología
Fuente primaria	Solicitud de examen y LIS Openlab
Fuente secundaria	Planilla Excel
Periodo evaluado	01 de Junio de 2016 al 30 de Abril de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** el prestador calcula la muestra a través de la calculadora de tamaño muestral de la superintendencia para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. **Metodología de muestreo:** el prestador randomiza 2 días por cada semana del mes de lunes a viernes, en las cuales se supervisarán 10 solicitudes ingresadas a laboratorio, dando una total de 100 solicitudes evaluadas. Estas solicitudes corresponderán a las 10 primeras solicitudes del día. **Criterios de cumplimiento:** se debe consignar tiempo de respuesta de exámenes de urgencia médica (STAT) que pueden ser respondidos en un plazo máximo de 1 hora. Para el tiempo de respuesta se coteja hora de recepción de la muestra en la solicitud de examen proveniente de las unidades correspondientes versus hora de validación del LIS por el Tecnólogo Médico.
Metodología de constatación	**Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re-acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de Junio 2016 al 30 Abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: Junio 2018 y Febrero 2019. **Registros revisados:** Informe de resultados de indicador. Registro en formato Excel de solicitudes evaluadas en los meses de Junio 2018 y Febrero 2019, el cual contempla los siguientes atributos: Número de petición Hora de recepción Hora de validación Tiempo de respuesta **De la constatación:** Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de archivo Excel y solicitud original de las prestaciones, que contemplan los atributos medidos: Número de petición Examen (que sea de aquellos definidos como tiempo de respuesta STAT) Hora de recepción (que se encuentre registrada en solicitud original) Hora de validación (que sea la misma en el registro y la obtenida desde sistema Openlab) Tiempo de respuesta (que sea menor a 1 hora) Se seleccionan 5 fuentes primarias de forma sistemática para ambos períodos, cuyos resultados son:

Fecha solicitud	N° de petición	Examen	Hora de recepción	Hora de validación	Tiempo de respuesta	CUMPLE
04-06-2018	180662158	SI	SI	SI	SI	SI
22-06-2018	180663492	SI	SI	SI	SI	SI
25-06-2018	180670422	SI	SI	SI	SI	SI
28-06-2018	180670900	SI	SI	SI	SI	SI
29-06-2018	180670248	SI	SI	SI	SI	SI
05-02-2019	190166186	SI	SI	SI	SI	SI
19-02-2019	190164791	SI	SI	SI	SI	SI
20-02-2019	190162315	SI	SI	SI	SI	SI
25-02-2019	190166802	SI	SI	SI	SI	SI
27-02-2019	190167220	**NO**	SI	SI	SI	**NO**

SI: lo reportado por el prestador concuerda con lo constatado por la EA
NO: lo reportado por el prestador no concuerda con lo constatado por la EA

Los resultados de la constatación que contiene el total de solicitudes seleccionadas y evaluadas por el prestador son los siguientes:

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Abril-Junio 2016	S/E	S/E	S/E			
Julio-Septiembre 2016	S/E	S/E	S/E			
Octubre-Diciembre 2016	S/E	S/E	S/E			
Enero-Marzo 2017	69	248	27,8%			
Abril-Junio 2017	180	343	52,5%			
Julio-Septiembre 2017	S/E	S/E	S/E			
Octubre-Diciembre 2017	S/E	S/E	S/E			
Enero 2018	S/E	S/E	S/E			
Febrero 2018	15	53	28,3%			
Marzo 2018	49	132	37,1%			
Abril 2018	32	84	38,1%			

Mayo 2018	60	123	48,8%			
Junio 2018	**120**	**177**	**67,8%**	**120**	**177**	**67,80%**
Julio 2018	94	141	66,7%			
Agosto 2018	107	163	65,6%			
Septiembre 2018	79	120	65,8%			
Octubre 2018	77	124	62,1%			
Noviembre 2018	103	160	64,4%			
Diciembre 2018	80	127	62,99%			
Enero 2019	124	170	72,94%			
Febrero 2019	**124**	**159**	**77,98%**	**124**	**159**	**77,98%**
Marzo 2019	85	122	69,67%			
Abril 2019	150	192	78,12%			

Descripción de los hallazgos:

Los reportes entregados por el prestador entregan evaluación del indicador de manera trimestral hasta diciembre 2017, a partir de Enero 2018 cambio a formato mensual. Esto por actualización a la nueva versión del documento.

Los datos de los reportes no son concordantes con la metodología de muestreo del prestador expresada en el indicador de esta característica y para el área de Microbiología. No obstante, se evidencia la medición del indicador.

No hay constancia en la evaluación periódica del indicador, ya que existen periodos en los cuales el prestador no cuenta con informes de tiempo de respuesta de exámenes urgentes de Microbiología debido a problemas internos de la unidad, esto declarado en acta del prestador.

Se constata que para las siguientes fuentes primarias la información no es concordante con lo registrado en planilla Excel o solicitud original de los exámenes:

N° de petición 190167220: No corresponde a uno de los exámenes con tiempo de respuesta urgente para el punto de verificación Microbiología (examen Adenovirus/Rotavirus).

Por lo descrito anteriormente no cumple con el elemento medible.

Hematología

Nombre documento	INFORME DE RESULTADOS INDICADORES Y ANALISIS
Responsable medición	Encargado del Laboratorio de Microbiología
Fuente primaria	Solicitud de examen y LIS Openlab
Fuente secundaria	Planilla Excel con registros para cálculo del indicador
Periodo evaluado	01 de Junio de 2016 al 30 de Abril de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** el prestador calcula la muestra a través de la calculadora de tamaño muestral de la superintendencia para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. **Metodología de muestreo:** el prestador randomiza 2 días por cada semana del mes de lunes a viernes, en las cuales se supervisarán 10 solicitudes ingresadas a laboratorio, dando una total de 100 solicitudes evaluadas. Estas solicitudes corresponderán a las 10 primeras solicitudes del día. **Criterios de cumplimiento:** se debe consignar tiempo de respuesta de exámenes de urgencia médica (STAT) que pueden ser respondidos en un plazo máximo de 1 hora. Para el tiempo de respuesta se coteja hora de recepción de la muestra en la solicitud de examen proveniente de las unidades correspondientes versus hora de validación del LIS por el Tecnólogo Médico.
Metodología de constatación	**Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re-acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de Junio 2016 al 30 Abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: Junio 2018 y Febrero 2019. **Registros revisados:** Informe de resultados de indicador. Registro en formato Excel de solicitudes evaluadas en los meses de Junio 2018 y Febrero 2019, el cual contempla los siguientes atributos: Número de petición Hora de recepción Hora de validación Tiempo de respuesta **De la constatación:** Se constata la medición periódica del indicador para todo el período de retrospectividad, con la revisión de archivo Excel y solicitud original de las prestaciones, que contemplan los atributos medidos: Número de petición (que corresponda al punto de verificación evaluado) Hora de recepción (que se encuentre registrada en solicitud original) Hora de validación (que sea la misma en el registro y la obtenida desde sistema Openlab) Tiempo de respuesta (que sea menor a 1 hora) Se seleccionan 5 fuentes primarias de forma sistemática para ambos períodos, cuyos resultados son:

Fecha solicitud	N° de petición	Áreas de las prestaciones	Hora de recepción	Hora de validación	Tiempo de respuesta	CUMPLE

01-06-2018	180519810	Bioquímica	SI	SI	SI	NO
05-06-2018	180602218	Hematología	SI	SI	SI	SI
19-06-2018	180611652	Bioquímica y hematología	SI	SI	SI	SI
25-06-2018	180615520	Bioquímica y hematología	SI	SI	SI	SI
28-06-2018	180618265	Bioquímica	NO	SI	SI	NO
04-02-2019	190201445	Hematología	SI	SI	SI	SI
07-02-2019	190204577	Bioquímica y hematología	SI	SI	SI	SI
11-02-2019	190207125	Bioquímica y hematología	NO	NO	SI	NO
20-02-2019	190215137	Bioquímica y hematología	SI	SI	SI	SI
25-02-2019	190218690	Hematología	SI	SI	SI	SI

Los resultados de la constatación desde planilla Excel, que contiene el total de solicitudes seleccionadas y evaluadas por el prestador, son los siguientes:

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Abril-Junio 2016	1946	2202	88,4%			
Julio-Septiembre 2016	1968	2352	83,7%			
Octubre-Diciembre 2016	2207	2466	89,5%			
Enero-Marzo 2017	2058	2219	92,7%			
Abril-Junio 2017	1616	1907	84,7%			
Julio-Septiembre 2017	1826	1985	92,0%			
Octubre 2017	88	100	88%			
Noviembre 2017	84	100	84%			
Diciembre 2017	90	100	90%			
Enero 2018	33	70	47,1%			
Febrero 2018	78	100	78%			
Marzo 2018	98	100	98%			
Abril 2018	100	100	100%			
Mayo 2018	100	100	100%			
Junio 2018	**99**	**100**	**99%**	**97**	**100**	**97,0%**
Julio 2018	100	100	100%			
Agosto 2018	94	100	94%			
Septiembre 2018	98	100	98%			
Octubre 2018	97	100	97%			
Noviembre 2018	99	100	99%			
Diciembre 2018	99	100	99%			
Enero 2019	100	100	100%			
Febrero 2019	**99**	**100**	**99%**	**98**	**100**	**98,0%**
Marzo 2019	100	100	100%			
Abril 2019	100	100	100%			

Descripción de los hallazgos:
Los reportes entregados por el prestador entregan evaluación del indicador de manera trimestral hasta diciembre 2017, a partir de Enero 2018 cambio a formato mensual. Esto por actualización a la nueva versión del documento.
Los datos de los reportes no son concordantes con la metodología de muestreo del prestador expresada en el indicador de esta característica y para el área de Hematología, esto último hasta Septiembre 2017. Luego en los informes posteriores si hay concordancia. Se evidencia la medición del indicador.
Los resultados reportados por el prestador y los constatados por la entidad, se diferencian en un 2% y 1% respectivamente para los períodos evaluados, siendo esta diferencia menor al 10% (según ORDINARIO IP N° 5 del 17 de mayo de 2019, sobre las nuevas

"Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento de la exigencia sobre realización de la evaluación periódica" el porcentaje constatado puede ser igual al del prestador o no diferir en no más de un 10%, al evaluar el universo de los datos).
Se constata que para las siguientes fuentes primarias la información no es concordante con lo registrado en planilla Excel o solicitud original de los exámenes:
N° de petición: 180519810: No concuerda con área evaluada, es de bioquímica.
N° de petición: 180618265: No concuerda con área evaluada, es de bioquímica, y no registra hora de recepción.
N° de petición: 190207125: No registra hora de recepción y hora de validación no es concordante.

Se evidencia que el prestador no separa el indicador por punto de verificación solicitado en el EM (bioquímica y hematología), ya que los exámenes pertenecen a área de bioquímica y hematología en el mismo registro.

Por lo anteriormente descrito, no cumple con el elemento medible.

Bioquímica

Nombre documento	INFORME DE RESULTADOS INDICADORES Y ANALISIS
Responsable medición	Encargado del Laboratorio de Microbiología
Fuente primaria	Solicitud de examen y LIS
Fuente secundaria	No aplica
Periodo evaluado	01 de Junio de 2016 al 30 de Abril de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** el prestador calcula la muestra a través de la calculadora de tamaño muestral de la superintendencia para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. **Metodología de muestreo:** el prestador randomiza 2 días por cada semana del mes de lunes a viernes, en las cuales se supervisarán 10 solicitudes ingresadas a laboratorio, dando una total de 100 solicitudes evaluadas. Estas solicitudes corresponderán a las 10 primeras solicitudes del día. **Criterios de cumplimiento:** se debe consignar tiempo de respuesta de exámenes de urgencia médica (STAT) que pueden ser respondidos en un plazo máximo de 1 hora. Para el tiempo de respuesta se coteja hora de recepción de la muestra en la solicitud de examen proveniente de las unidades correspondientes versus hora de validación del LIS por el Tecnólogo Médico.
Metodología de constatación	**Período retrospectivo a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re-acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de Junio 2016 al 30 Abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: Junio 2018 y Febrero 2019. **Registros revisados:** Informe de resultados de indicador. Registro en formato Excel de solicitudes evaluadas en los meses de Junio 2018 y Febrero 2019, el cual contempla los siguientes atributos: Número de petición Hora de recepción Hora de validación Tiempo de respuesta **De la constatación:** Se constata la medición periódica del indicador para todo el período de retrospectividad, con la revisión de archivo Excel y solicitud original de las prestaciones, que contemplan los atributos medidos: Número de petición (que corresponda al punto de verificación evaluado) Hora de recepción (que se encuentre resguarda en solicitud original) Hora de validación (que sea la misma en el registro y la obtenida desde sistema Openlab) Tiempo de respuesta (ques sea menor a 1 hora) Se seleccionan 5 fuentes primarias de forma sistemática para ambos períodos, cuyos resultados son:

Fecha solicitud	N° de petición	Áreas de las prestaciones	Hora de recepción	Hora de validación	Tiempo de respuesta	CUMPLE
01-06-2018	180519810	Bioquímica	SI	SI	SI	SI
05-06-2018	180602218	Hematología	SI	SI	SI	NO
19-06-2018	180611652	Bioquímica y hematología	SI	SI	SI	SI
25-06-2018	180615520	Bioquímica y hematología	SI	SI	SI	SI
28-06-2018	180618265	Bioquímica	NO	SI	SI	NO
04-02-2019	190201445	Hematología	SI	SI	SI	NO
07-02-2019	190204577	Bioquímica y hematología	SI	SI	SI	SI

11-02-2019	190207125	Bioquímica y hematología	NO	NO	SI	NO
20-02-2019	190215137	Bioquímica y hematología	SI	SI	SI	SI
25-02-2019	190218690	Hematología	SI	SI	SI	NO

Los resultados de la constatación desde planilla Excel, que contiene el total de solicitudes seleccionadas y evaluadas por el prestador, son los siguientes:

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Abril-Junio 2016	1946	2202	88,4%			
Julio-Septiembre 2016	1968	2352	83,7%			
Octubre-Diciembre 2016	2207	2466	89,5%			
Enero-Marzo 2017	2058	2219	92,7%			
Abril-Junio 2017	1616	1907	84,7%			
Julio-Septiembre 2017	1826	1985	92,0%			
Octubre 2017	88	100	88%			
Noviembre 2017	84	100	84%			
Diciembre 2017	90	100	90%			
Enero 2018	33	70	47,1%			
Febrero 2018	78	100	78%			
Marzo 2018	98	100	98%			
Abril 2018	100	100	100%			
Mayo 2018	100	100	100%			
Junio 2018	**99**	**100**	**99%**	**97**	**100**	**97,0%**
Julio 2018	100	100	100%			
Agosto 2018	94	100	94%			
Septiembre 2018	98	100	98%			
Octubre 2018	97	100	97%			
Noviembre 2018	99	100	99%			
Diciembre 2018	99	100	99%			
Enero 2019	100	100	100%			
Febrero 2019	**99**	**100**	**99%**	**96**	**100**	**96,0%**
Marzo 2019	100	100	100%			
Abril 2019	100	100	100%			

Descripción de los hallazgos:

Los reportes entregados por el prestador entregan evaluación del indicador de manera trimestral hasta diciembre 2017, a partir de Enero 2018 cambio a formato mensual. Esto por actualización a la nueva versión del documento.

Los datos de los reportes no son concordantes con la metodología de muestreo del prestador expresada en el indicador de esta característica y para el área de Hematología, esto último hasta Septiembre 2017. Luego en los informes posteriores si hay concordancia. No obstante, se evidencia la medición del indicador.

Los resultados reportados por el prestador y los constatados por la entidad, se diferencian en un 2% y 3% respectivamente para los períodos evaluados, siendo esta diferencia menor al 10% (según ORDINARIO IP N° 5 del 17 de mayo de 2019, sobre las nuevas "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento de la exigencia sobre realización de la evaluación periódica" el porcentaje constatado puede ser igual al del prestador o no diferir en no más de un 10%, al evaluar el universo de los datos).

Se constata que para las siguientes fuentes primarias la información no es concordante con lo registrado en planilla Excel o solicitud original de los exámenes:

N° de petición: 180602218: No concuerda con área evaluada, es de hematología.
N° de petición: 180618265: No registra hora de recepción.
N° de petición: 190201445: No concuerda con área evaluada, es de hematología.
N° de petición: 190207125: No registra hora de recepción y hora de validación no es concordante.
N° de petición: 190218690: No concuerda con área evaluada, es de hematología.

Se evidencia que el prestador no "separa" el indicador por punto de verificación solicitado en el EM (bioquímica y hematología), ya que los exámenes pertenecen a área de bioquímica y hematología en el mismo registro.

Por lo anteriormente descrito, no cumple con el elemento medible.

APL 1.3– Cuarto elemento medible: Se constata ejecución de controles de calidad internos en las diferentes áreas del Laboratorio Clínico en forma periódica de acuerdo a procedimiento local.

Describir constatación de la ejecución de controles internos
Metodología de constatación:
Microbiología
Período retrospectivo a evaluar: dado que corresponde a un proceso de re-acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de Junio 2016 al 30 Abril de 2019. **Para la selección del periodo a evaluar:** Director Técnico selecciona un mes por año usando Randomizer, el cual arrojó lo

siguiente: Junio 2018 y Febrero 2019.
Selección de la muestra del período a evaluar: para la selección de las técnicas a constatar se seleccionan aquellas definidas en los documentos del prestador en los cuales se ejecuta control de calidad. Estos documentos son:
PO-LABM-03 Control de Calidad Interno de medios de cultivos comerciales.
IT-LABM-08 Control de Calidad Sistemas Automatizados Vitek.
IT-LABM-46 Control de Calidad de sensidiscos.
IT-LABM-96 Interpretación y control calidad método Épsilon Test.
Registros revisados: la constatación se realiza con los siguientes registros aportados por el prestador Planillas en formato Excel que contienen los registros de control de calidad interno de los analitos solicitados.
De la constatación: se evalúa aplicación de control de calidad interno de los meses definidos para cada técnica seleccionada y considerando la periodicidad y niveles de control definidos por el prestador.
Resultados de la constatación:
Respecto al control de calidad de medios de cultivos comerciales (PO-LABM-03 Control de Calidad Interno de medios de cultivos comerciales), el laboratorio definió 2 categorías: medios de cultivos exentos de control de calidad y no exentos de control de calidad.
Para aquellos medios de cultivos exentos de control de calidad, su validación se realiza en base al aporte por parte del proveedor, de las especificaciones de calidad correspondientes. Estas no se encontraban en el punto de verificación al momento de la evaluación.
Para aquellos medios de cultivos no exentos de control de calidad, se requiere que el laboratorio controle su esterilidad o su adecuado funcionamiento y deben utilizarse cepas bacterianas de referencia (ATCC). Estas cepas no fueron adquiridas previamente para su uso en el control de calidad según sus procedimientos. Se están comenzando a utilizar desde el año 2019 y en relación a este punto, prestador entrega un informe que indica que los registros de controles microbiológicos del año 2016 y 2017 no están disponibles, ya que estaban en formato papel y debido al cambio de Hospital se extraviaron. A la vez, no hay registros de controles microbiológicos del año 2018, ya que las cepas ATCC utilizadas para control de calidad dejaron de ser viables debido a cortes de luz y no se realizó adquisición sino hasta el año 2019.
Respecto al control de calidad de sistemas automatizados Vitek (IT-LABM-08 Control de Calidad Sistemas Automatizados Vitek), se tienen a la vista los siguientes registros en Excel, formato papel, entregados por el laboratorio y evaluados contrastando con fuente primaria (informe emitido por equipo Vitek 2 Compact) en base al procedimiento definido por el prestador:

Año 2017, control primer semestre

Cepa	ATCC	Equipo	Realizado (SI/NO)	Fecha
Streptococcus equi	43079	Vitek 2 Compact	SI	Enero 2017
Klebsiella oxytoca	700324	Vitek 2 Compact	SI (sin fuente primaria)	Enero 2017
Staphylococus aureus	1026	Vitek 2 Compact	NO	Sin fecha
Staphylococus aureus	29213	Vitek 2 Compact	SI (sin fuente primaria)	Enero 2017
Escherichia coli	25922	Vitek 2 Compact	SI (sin fuente primaria)	Enero 2017
Klebsiella pneumoniae	700603	Vitek 2 Compact	NO (sin cepa)	Enero 2017
Pseudomonas aeruginosa	27853	Vitek 2 Compact	NO (sin cepa)	Enero 2017
Trichosporum mucoides	204094	Vitek 2 Compact	NO	Sin fecha
Enterococcus faecalis	29212	Vitek 2 Compact	SI (no está definido como control semestral en el documento y sin fuente primaria)	Enero 2017

Año 2017, control segundo semestre

Cepa	ATCC	Equipo	Realizado (SI/NO)	Fecha
Streptococcus equi	43079	Vitek 2 Compact	SI	Octubre 2017
Klebsiella oxytoca	700324	Vitek 2 Compact	SI	Octubre 2017
Staphylococus aureus	1026	Vitek 2 Compact	NO	Sin fecha
Staphylococus aureus	29213	Vitek 2 Compact	SI	Octubre 2017
Escherichia coli	25922	Vitek 2 Compact	SI	Octubre 2017
Klebsiella pneumoniae	700603	Vitek 2 Compact	NO (sin cepa)	Octubre 2017
Pseudomonas aeruginosa	27853	Vitek 2 Compact	NO (sin cepa)	Octubre 2017
Trichosporum mucoides	204094	Vitek 2 Compact	NO	Sin fecha
Enterococcus faecalis	29212	Vitek 2	SI (no está definido como	Octubre

		Compact	control semestral en el documento y sin fuente primaria)	2017

Año 2018, control primer semestre

Cepa	ATCC	Equipo	Realizado (SI/NO)	Fecha
Streptococcus equi	43079	Vitek 2 Compact	NO (sin cepa)	Sin fecha
Klebsiella oxytoca	700324	Vitek 2 Compact	NO (sin cepa)	Sin fecha
Staphylococus aureus	1026	Vitek 2 Compact	NO (sin cepa)	Sin fecha
Staphylococus aureus	29213	Vitek 2 Compact	NO (sin cepa)	Sin fecha
Escherichia coli	25922	Vitek 2 Compact	NO (sin cepa)	Sin fecha
Klebsiella pneumoniae	700603	Vitek 2 Compact	NO (sin cepa)	Sin fecha
Pseudomonas aeruginosa	27853	Vitek 2 Compact	NO (sin cepa)	Sin fecha
Trichosporum mucoides	204094	Vitek 2 Compact	NO (sin cepa)	Sin fecha

Año 2018, control segundo semestre

Cepa	ATCC	Equipo	Realizado (SI/NO)	Fecha
Streptococcus equi	43079	Vitek 2 Compact	NO (sin cepa)	Sin fecha
Klebsiella oxytoca	700324	Vitek 2 Compact	NO (sin cepa)	Sin fecha
Staphylococus aureus	1026	Vitek 2 Compact	NO (sin cepa)	Sin fecha
Staphylococus aureus	29213	Vitek 2 Compact	NO (sin cepa)	Sin fecha
Escherichia coli	25922	Vitek 2 Compact	NO (sin cepa)	Sin fecha
Klebsiella pneumoniae	700603	Vitek 2 Compact	NO (sin cepa)	Sin fecha
Pseudomonas aeruginosa	27853	Vitek 2 Compact	NO (sin cepa)	Sin fecha
Trichosporum mucoides	204094	Vitek 2 Compact	NO (sin cepa)	Sin fecha

Año 2019, control primer semestre

Cepa	ATCC	Equipo	Realizado (SI/NO)	Fecha
Streptococcus equi	43079	Vitek 2 Compact	SI	Mayo 2019
Klebsiella oxytoca	700324	Vitek 2 Compact	SI	Mayo 2019
Staphylococus aureus	1026	Vitek 2 Compact	SI	Mayo 2019
Staphylococus aureus	29213	Vitek 2 Compact	SI	Mayo 2019
Escherichia coli	25922	Vitek 2 Compact	SI	Mayo 2019
Klebsiella pneumoniae	700603	Vitek 2 Compact	SI	Mayo 2019
Pseudomonas aeruginosa	27853	Vitek 2 Compact	SI	Mayo 2019
Trichosporum mucoides	204094	Vitek 2 Compact	NO (sin cepa)	Mayo 2019

Respecto al control de calidad de sensidiscos (IT-LABM-46 Control de calidad de sensidiscos), no existen registros anteriores del año 2016 y 2017, ya que estaban en formato papel y debido al cambio de Hospital se extraviaron. A la vez, no hay registros de controles microbiológicos del año 2018, ya que las cepas ATCC utilizadas para control de calidad dejaron de ser viables debido a cortes de luz y no se realizó adquisición sino hasta el año 2019. Esto último respaldado por informe entregado por el prestador.

Respecto al control de calidad del método Épsilon Test (IT-LABM-96 Interpretación y control calidad método Épsilon Test), no existen registros anteriores del año 2016 y 2017, ya que estaban en formato papel y debido al cambio de Hospital se extraviaron. A la vez, no hay registros de controles microbiológicos del año 2018, ya que las cepas ATCC utilizadas para control de calidad dejaron de ser viables debido a cortes de luz y no se realizó adquisición sino hasta el año 2019. Durante el año 2019

no han tenido el insumo básico (tiras Épsilon test) para realizar control de calidad. Esto último respaldado por informe entregado por el prestador.

Observaciones
Para el Control de Calidad Sistemas Automatizados Vitek no cumple con la periodicidad definida, así como también para otras técnicas anteriormente descritas.

Por lo descrito anteriormente, no cumple el elemento medible.

Hematología

Período retrospectivo a evaluar: dado que corresponde a un proceso de re-acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de Junio 2016 al 30 Abril de 2019.
Para la selección del periodo a evaluar: director técnico selecciona un mes por año usando Randomizer, el cual arrojó lo siguiente: Junio 2018 y Febrero 2019.
Selección de la muestra del período a evaluar: para la selección de las técnicas a constatar, y a partir de la cartera de prestaciones informadas por el prestador para sección Hematología, las prestaciones se ordenan y clasifican según lo considerado en la NTB 2008, anexo N°2 laboratorios clínicos para el área de Hematología. Una vez clasificados se selecciona una muestra de 7 determinaciones mas relevantes del área.
Registros revisados: la constatación se realiza con los siguientes registros aportados por el prestado
Planillas en formato Excel que contienen los registros de control de calidad interno de los analitos solicitados.
De la constatación: se evalúa aplicación de control de calidad interno de los meses definidos para cada técnica seleccionada y cada nivel de control considerando la periodicidad definida por el prestador.
Resultados de la constatación:

Determinación evaluada	Analizador	Periodicidad y tipo de control	Se constata periodicidad definida por el prestador
Fibrinógeno	Equipo analizador de coagulación CS-2500	Diario, 1 vez al día de lunes a viernes, 2 niveles de control	Junio 2018: I 21/21 ; II 21/21 Febrero 2019: I 19/20 ; II 19/20
Hematocrito	Equipo contador hematológico XN-1000	Diario, 2 veces al día, 3 niveles de control	Junio 2018: I 59/60 ; II 59/60 ; III 59/60 Febrero 2019: I 55/56 ; II 55/56 ; III 55/56
Hemoglobina	Equipo contador hematológica XN-1000	Diario, 2 veces al día, 3 niveles de control	Junio 2018: I 57/60 ; II 57/60 ; III 57/60 Febrero 2019: I 56/56 ; II 56/56 ; III 56/56
Protrombina, tiempo de	Equipo analizador de coagulación CS-2500	Diario, 1 vez al día, 2 niveles de control	Junio 2018: I 60/60 ; II 60/60 Febrero 2019: I 56/56 ; II 56/56
Recuento de leucocitos	Equipo contador hematológica XN-1000	Diario, 2 veces al día, 3 niveles de control	Junio 2018: I 60/60 ; II 60/60 ; III 60/60 Febrero 2019: I 55/56 ; II 55/56 ; III 55/56
Recuento de plaquetas	Equipo contador hematológica XN-1000	Diario, 2 veces al día, 3 niveles de control	Junio 2018: I 59/60 ; II 59/60 ; III 59/60 Febrero 2019: I 55/56 ; II 55/56 ; III 55/56
Tromboplastina, tiempo parcial de	Equipo analizador de coagulación CS-2500	Diario, 1 vez al día, 2 niveles de control	Junio 2018: I 57/60 ; II 57/60 Febrero 2019: I 54/56 ; II 54/56

Observaciones
Se constata aplicación de control de calidad interno en forma periódica:
Total de controles constatados programados: 1944
Total de controles constatados que cumplen con periodicidad definidos por el prestador: 1902
% de cumplimiento: 98%.

Según lo anterior, y aplicando el umbral de cumplimiento recomendado por ISP en "Instructivo formato Informe de Acreditación para Laboratorios Clínicos", pagina 12, para la constatación del control de calidad interno, el porcentaje de cumplimiento obtenido en el área de Hematología es de 98%, el cual es mayor que el mínimo exigido de 80%.

Por lo anterior se da por cumplido el elemento medible.

Bioquímica

Período retrospectivo a evaluar: dado que corresponde a un proceso de re-acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de Junio 2016 al 30 Abril de 2019.
Para la selección del periodo a evaluar: director técnico selecciona un mes por año usando Randomizer, el cual arrojó lo siguiente: Junio 2018 y Febrero 2019.
Selección de la muestra del período a evaluar: para la selección de las técnicas a constatar, y a partir de la cartera de prestaciones informadas por el prestador para sección Bioquímica, las prestaciones se ordenan y clasifican según lo considerado en la NTB 2008, anexo N°2 laboratorios clínicos para el área de Química clínica. Una vez clasificados se numeran correlativamente y a través de randomizer, se selecciona una muestra aleatoria de 7 determinaciones.
Registros revisados: la constatación se realiza con los siguientes registros aportados por el prestador:
Planillas en formato Excel que contienen los registros de control de calidad interno de los analitos solicitados.
De la constatación: se evalúa aplicación de control de calidad interno de los meses definidos para cada técnica seleccionada y cada nivel de control considerando la incluyendo periodicidad definida por el prestador.
Resultados de la constatación:

Determinación evaluada	Analizador	Periodicidad y tipo de control	Se constata periodicidad definida por el prestador
Albúmina	Equipo analizador de química Cobas 6000	Diario, 1 vez al día de lunes a viernes, 2 niveles de control	Junio 2018: I 21/21 ; II 21/21 Febrero 2019: I 20/20 ; II 20/20
Alanino aminotransferasa,	Equipo analizador de	Diario, 1 vez al día de lunes a	Junio 2018: I 21/21 ; II 21/21

ALT/GPT	química Cobas 6000	viernes, 2 niveles de control	Febrero 2019: I 20/20 ; II 20/20
Colesterol HDL	Equipo analizador de química Cobas 6000	Diario, 1 vez al día de lunes a viernes, 2 niveles de control	Junio 2018: I 21/21 ; II 21/21 Febrero 2019: I 20/20 ; II 20/20
Creatinquinasa total, CK	Equipo analizador de química Cobas 6000	Diario, 1 vez al día de lunes a viernes, 2 niveles de control	Junio 2018: I 21/21 ; II 21/21 Febrero 2019: I 20/20 ; II 20/20
Fósforo	Equipo analizador de química Cobas 6000	Diario, 1 vez al día de lunes a viernes, 2 niveles de control	Junio 2018: I 21/21 ; II 21/21 Febrero 2019: I 20/20 ; II 20/20
Proteínas totales	Equipo analizador de química Cobas 6000	Diario, 1 vez al día de lunes a viernes, 2 niveles de control	Junio 2018: I 21/21 ; II 21/21 Febrero 2019: I 20/20 ; II 20/20
Proteínas totales en orina	Equipo analizador de química Cobas 6000	Diario, 1 vez al día de lunes a viernes, 2 niveles de control	Junio 2018: I 21/21 ; II 21/21 Febrero 2019: I 20/20 ; II 20/20

Observaciones
Para el analizador de química Cobas 6000, no se consigna en el protocolo de control de calidad interno, los niveles de control a procesar. No obstante, queda de manifiesto por los registros revisados del prestador, el uso de 2 niveles.
Se constata aplicación de control de calidad interno en forma periódica:
Total de controles constatados programados: 574
Total de controles constatados que cumplen con periodicidad definidos por el prestador: 574
% de cumplimiento: 100%.

Según lo anterior, y aplicando el umbral de cumplimiento recomendado por ISP en "Instructivo formato Informe de Acreditación para Laboratorios Clínicos", pagina 12, para la constatación del control de calidad interno, el porcentaje de cumplimiento obtenido en el área de Bioquímica es de 100%, el cual es mayor que el mínimo exigido de 80%.

Por lo anterior cumple el elemento medible.

Área	Tipo de control		Frecuencia programada	Frecuencia constatada
Microbiología	*Streptococcus equi* ATCC 43079		Semestral	1° semestre 2017: realizado 2° semestre 2017: realizado 1° semestre 2018: no realizado 2° semestre 2018: no realizado 1° semestre 2019: realizado
	Klebsiella oxytoca ATCC 700324		Semestral	1° semestre 2017: realizado 2° semestre 2017: realizado 1° semestre 2018: no realizado 2° semestre 2018: no realizado 1° semestre 2019: realizado
	Staphylococus aureus ATCC 1026		Semestral	1° semestre 2017: no realizado 2° semestre 2017: no realizado 1° semestre 2018: no realizado 2° semestre 2018: no realizado 1° semestre 2019: realizado
	Staphylococus aureus ATCC 29213		Semestral	1° semestre 2017: realizado 2° semestre 2017: realizado 1° semestre 2018: no realizado 2° semestre 2018: no realizado 1° semestre 2019: realizado
	Escherichia coli ATCC 25922		Semestral	1° semestre 2017: realizado 2° semestre 2017: realizado 1° semestre 2018: no realizado 2° semestre 2018: no realizado 1° semestre 2019: realizado
	Klebsiella pneumoniae ATCC 700603		Semestral	1° semestre 2017: realizado 2° semestre 2017: realizado 1° semestre 2018: no realizado 2° semestre 2018: no realizado 1° semestre 2019: realizado
	Pseudomonas aeruginosa ATCC 27853		Semestral	1° semestre 2017: realizado 2° semestre 2017: realizado 1° semestre 2018: no realizado 2° semestre 2018: no realizado 1° semestre 2019: realizado
	Trichosporum mucoides ATCC 204094		Semestral	1° semestre 2017: no realizado 2° semestre 2017: no realizado 1° semestre 2018: no realizado 2° semestre 2018: no realizado 1° semestre 2019: realizado
Hematología	Fibrinógeno, Equipo de coagulación CS-2500	2 niveles de control	Diario, 1 vez al día de lunes a viernes	Junio 2018: I 21/21; II 21/21 Febrero 2019: I 19/20; II 19/20
	Hematocrito, Contador hematológica XN-1000	3 niveles de control	Diario, 2 veces al día	Junio 2018: I 59/60; II 59/60; III 59/60 Febrero 2019: I 55/56; II 55/56; III

				55/56
	Hemoglobina, Contador hematólogico XN-1000	3 niveles de control	Diario, 2 veces al día	Junio 2018: I 57/60; II 57/60; III 57/60 Febrero 2019: I 56/56; II 56/56; III 56/56
	Protrombina, tiempo de. Equipo de coagulación CS-2500	2 niveles de control	Diario, 1 vez al día	Junio 2018: I 60/60; II 60/60 Febrero 2019: I 56/56; II 56/56
	Recuento de leucocitos, Contador hematólogico XN-1000	3 niveles de control	Diario, 2 veces al día	Junio 2018: I 60/60; II 60/60; III 60/60 Febrero 2019: I 55/56; II 55/56; III 55/56
	Recuento de plaquetas, Contador hematólogico XN-1000	3 niveles de control	Diario, 2 veces al día	Junio 2018: I 59/60; II 59/60; III 59/60 Febrero 2019: I 55/56; II 55/56; III 55/56
	Tromboplastina, tiempo parcial de, Equipo de coagulación CS-2500	2 niveles de control	Diario, 1 vez al día	Junio 2018: I 57/60; II 57/60 Febrero 2019: I 54/56; II 54/56
Bioquímica	Albúmina, Equipo de química Cobas 6000	2 niveles de control	Diario, 1 vez al día de lunes a viernes	Junio 2018: I 21/21; II 21/21 Febrero 2019: I 20/20; II 20/20
	Alanino aminotransferasa, ALT/GPT, Equipo de química Cobas 6000	2 niveles de control	Diario, 1 vez al día de lunes a viernes	Junio 2018: I 21/21; II 21/21 Febrero 2019: I 20/20; II 20/20
	Colesterol HDL, Equipo de química Cobas 6000	2 niveles de control	Diario, 1 vez al día de lunes a viernes	Junio 2018: I 21/21; II 21/21 Febrero 2019: I 20/20; II 20/20
	Creatinquinasa total, CK, Equipo de química Cobas 6000	2 niveles de control	Diario, 1 vez al día de lunes a viernes	Junio 2018: I 21/21; II 21/21 Febrero 2019: I 20/20; II 20/20
	Fósforo, Equipo de química Cobas 6000	2 niveles de control	Diario, 1 vez al día de lunes a viernes	Junio 2018: I 21/21; II 21/21 Febrero 2019: I 20/20; II 20/20
	Proteínas totales, Equipo de química Cobas 6000	2 niveles de control	Diario, 1 vez al día de lunes a viernes	Junio 2018: I 21/21; II 21/21 Febrero 2019: I 20/20; II 20/20
	Proteínas totales en orina, Equipo de química Cobas 6000	2 niveles de control	Diario, 1 vez al día de lunes a viernes	Junio 2018: I 21/21; II 21/21 Febrero 2019: I 20/20; II 20/20
Descripción de los hallazgos: Se da por cumplido el elemento medible				

CARACTERÍSTICA APL 1.3 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	1° elemento medible	2° elemento medible	3° elemento medible	4° elemento medible
Microbiología	0	1	0	0
Hematología	0	1	0	1
Bioquímica	0	1	0	1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 5/12	Porcentaje obtenido: 42%		**Cumple: NO**

CARACTERÍSTICA APL 1.4 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

APL 1.4 – Primer elemento medible: Existen registros de participación en Programa de Evaluación Externa de la Calidad en todas las áreas en que el Laboratorio realiza prestaciones.

Laboratorio Clínico

Breve descripción de la constatación de registros de participación en PEEC:
Período retrospectivo a evaluar: dado que corresponde a un proceso de re-acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de Junio 2016 al 30 Abril de 2019.
Programa de Evaluación externa de Calidad (PEEC): laboratorio adscrito al PEEC establecido por el Instituto de Salud Pública de Chile.
Registros de participación: Se tiene a la vista registros de participación PEEC en formato papel. Los documentos constatados son:
Ficha de adscripción para período 2016 con fecha de pre adscripción 12-12-2016 y fecha de validación 13-12-2016
Ficha de adscripción para período 2017 con fecha de pre-adscripción 04-01-2016 y fecha de validación 06-01-2016
Ficha de adscripción para período 2018 con fecha de pre-adscripción 20-11-2017 y fecha de validación 21-11-2017
Ficha de adscripción para período 2019 con fecha de pre-adscripción 03-01-2019 y fecha de validación 05-01-2019
Informes de evaluación de desempeño de todos los subprogramas en que el laboratorio participó, marcando "en negrita" el subprograma presentado por el prestador para la constatación de la EA en cada una de las áreas técnicas, y que a continuación se detallan:

Programa	Subprograma			
	2016	2017	2018	2019
Bacteriología	**Identificación Bacteriana y Susceptibilidad Antimicrobiana**	**Identificación Bacteriana y Susceptibilidad Antimicrobiana**	**Identificación Bacteriana y Susceptibilidad Antimicrobiana**	**Identificación Bacteriana y Susceptibilidad Antimicrobiana**

	Micobacterias Serología de Sífilis	Micobacterias Serología de Sífilis	Micobacterias Serología de Sífilis	Micobacterias Serología de Sífilis
Virología	**Serología de VIH** Virus Respiratorios	**Serología de VIH** Serología de VHB Serología de VHC Virus Respiratorios	**Serología de VIH** Serología de VHB Serología de VHC Virus Respiratorios	**Serología de VIH** Serología de VHB Serología de VHC Virus Respiratorios
Inmunología	**Inmunología básica (Factor reumatoídeo mas Proteína C Reactiva)** Autoinmunidad (AAN y a-DNA) Inmunoglobulina E Total Anticuerpos Anti-ENA Enfermedad Celiaca Inmunoglobulinas y Complemento	**Inmunología básica (Factor reumatoídeo mas Proteína C Reactiva)** Autoinmunidad (AAN y a-DNA) Inmunoglobulina E Total Inmunoglobulinas y Complemento Marcadores Tumorales	**Inmunología básica (Factor reumatoídeo mas Proteína C Reactiva)** Autoinmunidad (AAN y a-DNA) Inmunoglobulina E Total Inmunoglobulinas y Complemento Marcadores Tumorales	**Inmunología básica (Factor reumatoídeo mas Proteína C Reactiva)** Autoinmunidad (AAN y a-DNA) Inmunoglobulina E Total Inmunoglobulinas y Complemento Marcadores Tumorales
Hematología e Inmunohematología	Coagulación Morfología Sanguínea **Recuento de Reticulocitos** Perfil Hematológico Morfología Hematológica Digital	Coagulación Morfología Sanguínea **Recuento de Reticulocitos** Perfil Hematológico Morfología Hematológica Digital Hemoglobinometría	Coagulación Morfología Sanguínea **Recuento de Reticulocitos** Perfil Hematológico Morfología Hematológica Digital Hemoglobinometría	Coagulación Morfología Sanguínea **Recuento de Reticulocitos** Perfil Hematológico Hemoglobinometría
Parasitología	Coproparasitología *Pneumocystis jirovecii* **Toxoplasmosis** Chagas confirmación	Coproparasitología *Pneumocystis jirovecii* **Toxoplasmosis** Chagas confirmación	Coproparasitología *Pneumocystis jirovecii* **Toxoplasmosis** Chagas tamizaje Chagas confirmación	Coproparasitología *Pneumocystis jirovecii* **Toxoplasmosis** Chagas confirmación
Química clínica	Química Sanguínea Drogas de Abuso Química Orina Cualitativa Orina Cuantitativa **Hemoglobina glicada** Hormonas	Química Sanguínea Drogas de Abuso Química Orina Cualitativa Orina Cuantitativa **Hemoglobina glicada** Hormonas	Química Sanguínea Drogas de Abuso Química Orina Cualitativa Orina Cuantitativa **Hemoglobina glicada** Hormonas	Química Sanguínea Drogas de Abuso Química Orina Cualitativa Orina Cuantitativa **Hemoglobina glicada** Hormonas
Total subprogramas	26	28	29	27

Programa	Subprograma		Tipo de PEEC	Identificación del documento de participación
Bacteriología	2016	**Identificación Bacteriana y Susceptibilidad Antimicrobiana**	Cualitativo	Ficha de adscripción para período 2016
		Micobacterias	Cualitativo	
		Serología de Sífilis	Cualitativo	
	2017	**Identificación Bacteriana y Susceptibilidad Antimicrobiana**	Cualitativo	Ficha de adscripción para período 2017
		Micobacterias	Cualitativo	
		Serología de Sífilis	Cualitativo	
	2018	**Identificación Bacteriana y Susceptibilidad Antimicrobiana**	Cualitativo	Ficha de adscripción para período 2018
		Micobacterias	Cualitativo	
		Serología de Sífilis	Cualitativo	
	2019	**Identificación Bacteriana y Susceptibilidad Antimicrobiana**	Cualitativo	Ficha de adscripción para período 2019
		Micobacterias	Cualitativo	
		Serología de Sífilis	Cualitativo	
Virología	2016	**Serología de VIH**	Cualitativo	Ficha de adscripción para período 2016
		Virus Respiratorios	Cualitativo	
	2017	**Serología de VIH**	Cualitativo	Ficha de adscripción para período 2017
		Serología de VHB	Cualitativo	
		Serología de VHC	Cualitativo	
		Virus Respiratorios	Cualitativo	
	2018	**Serología de VIH**	Cualitativo	Ficha de adscripción para período 2018
		Serología de VHB	Cualitativo	
		Serología de VHC	Cualitativo	
		Virus Respiratorios	Cualitativo	

	2019	**Serología de VIH**	Cualitativo	Ficha de adscripción para período 2019
		Serología de VHB	Cualitativo	
		Serología de VHC	Cualitativo	
		Virus Respiratorios	Cualitativo	
Inmunología	2016	**Inmunología básica (Factor reumatoídeo mas Proteína C Reactiva)**	Cuantitativo para Proteína C Reactiva. Cualitativo para Factor Reumatoídeo	Ficha de adscripción para período 2016
		Autoinmunidad (AAN y a-DNA)	Cualitativo	
		Inmunoglobulina E Total	Cuantitativo	
		Anticuerpos Anti-ENA	Cualitativo	
		Enfermedad Celiaca	Cualitativo	
		Inmunoglobulinas y Complemento	Cuantitativo	
	2017	**Inmunología básica (Factor reumatoídeo mas Proteína C Reactiva)**	Cuantitativo para Proteína C Reactiva. Cualitativo para Factor Reumatoídeo	Ficha de adscripción para período 2017
		Autoinmunidad (AAN y a-DNA)	Cualitativo	
		Inmunoglobulina E Total	Cuantitativo	
		Inmunoglobulinas y Complemento	Cuantitativo	
		Marcadores Tumorales	Cuantitativo	
	2018	**Inmunología básica (Factor reumatoídeo mas Proteína C Reactiva)**	Cuantitativo para Proteína C Reactiva. Cualitativo para Factor Reumatoídeo	Ficha de adscripción para período 2018
		Autoinmunidad (AAN y a-DNA)	Cualitativo	
		Inmunoglobulina E Total	Cuantitativo	
		Inmunoglobulinas y Complemento	Cuantitativo	
		Marcadores Tumorales	Cuantitativo	
	2019	**Inmunología básica (Factor reumatoídeo mas Proteína C Reactiva)**	Cuantitativo para Proteína C Reactiva. Cualitativo para Factor Reumatoídeo	Ficha de adscripción para período 2019
		Autoinmunidad (AAN y a-DNA)	Cualitativo	
		Inmunoglobulina E Total	Cuantitativo	
		Inmunoglobulinas y Complemento	Cuantitativo	
		Marcadores Tumorales	Cuantitativo	
Hematología e Inmunohematología	2016	Coagulación	Cuantitativo	Ficha de adscripción para período 2016
		Morfología Sanguínea	Cualitativo	
		Recuento de Reticulocitos	Cuantitativo	
		Perfil Hematológico	Cuantitativo	
		Morfología Hematológica Digital	Cualitativo Cualitativo	
	2017	Coagulación	Cuantitativo	Ficha de adscripción para período 2017
		Morfología Sanguínea	Cualitativo	
		Recuento de Reticulocitos	Cuantitativo	
		Perfil Hematológico	Cuantitativo	
		Morfología Hematológica Digital	Cualitativo	
		Hemoglobinometría	Cuantitativo	
	2018	Coagulación	Cuantitativo	Ficha de adscripción para período 2018
		Morfología Sanguínea	Cualitativo	
		Recuento de Reticulocitos	Cuantitativo	
		Perfil Hematológico	Cuantitativo	
		Morfología Hematológica Digital	Cualitativo	
		Hemoglobinometría	Cuantitativo	
	2019	Coagulación	Cuantitativo	Ficha de adscripción para período 2019
		Morfología Sanguínea	Cualitativo	
		Recuento de Reticulocitos	Cuantitativo	
		Perfil Hematológico	Cuantitativo	
		Hemoglobinometría	Cuantitativo	
Parasitología	2016	Coproparasitología	Cualitativo	Ficha de adscripción para período 2016
		Pneumocystis jirovecii	Cualitativo	
		Toxoplasmosis	Cualitativo	
		Chagas confirmación	Cualitativo	
	2017	Coproparasitología	Cualitativo	Ficha de adscripción para período 2017
		Pneumocystis jirovecii	Cualitativo	
		Toxoplasmosis	Cualitativo	
		Chagas confirmación	Cualitativo	
	2018	Coproparasitología	Cualitativo	Ficha de adscripción para período 2018
		Pneumocystis jirovecii	Cualitativo	
		Toxoplasmosis	Cualitativo	
		Chagas tamizaje	Cualitativo	
		Chagas confirmación	Cualitativo	
	2019	Coproparasitología	Cualitativo	Ficha de adscripción

		Pneumocystis jirovecii	Cualitativo	para período 2019
		Toxoplasmosis	Cualitativo	
		Chagas confirmación	Cualitativo	
Química clínica	2016	Química Sanguínea	Cuantitativo	Ficha de adscripción para período 2016
		Drogas de Abuso	Cualitativo	
		Química Orina Cualitativa	Cualitativo	
		Orina Cuantitativa	Cuantitativo	
		Hemoglobina glicada	Cuantitativo	
		Hormonas	Cuantitativo	
	2017	Química Sanguínea	Cuantitativo	Ficha de adscripción para período 2017
		Drogas de Abuso	Cualitativo	
		Química Orina Cualitativa	Cualitativo	
		Orina Cuantitativa	Cuantitativo	
		Hemoglobina glicada	Cuantitativo	
		Hormonas	Cuantitativo	
	2018	Química Sanguínea	Cuantitativo	Ficha de adscripción para período 2018
		Drogas de Abuso	Cualitativo	
		Química Orina Cualitativa	Cualitativo	
		Orina Cuantitativa	Cuantitativo	
		Hemoglobina glicada	Cuantitativo	
		Hormonas	Cuantitativo	
	2019	Química Sanguínea	Cuantitativo	Ficha de adscripción para período 2019
		Drogas de Abuso	Cualitativo	
		Química Orina Cualitativa	Cualitativo	
		Orina Cuantitativa	Cuantitativo	
		Hemoglobina glicada	Cuantitativo	
		Hormonas	Cuantitativo	
La adscripción al programa, contempla todas áreas técnicas, de acuerdo a cartera de prestaciones **(SI/NO)**				SI

Descripción de los hallazgos: de la constatación:
Total de áreas en que existe participación: 6
Total de subprogramas adscritos y constatados en terreno: 110
Total de subprogramas presentados por el prestador para la constatación de la EA en cada una de las áreas técnicas: 24
Total de envíos por subprogramas realizados y constatados en el periodo retrospectivo:
Identificación Bacteriana y Susceptibilidad Antimicrobiana: 8 envíos de 8 participaciones programadas.
Serología de VIH: 8 envíos de 8 participaciones programadas.
Recuento de Reticulocitos: 8 envíos de 8 participaciones programadas.
Hemoglobina glicada: 8 envíos de 8 participaciones programadas.

Observaciones:
De acuerdo a lo anterior, es posible constatar en el periodo retrospectivo evaluado, participación de al menos un subprograma en todas las áreas técnicas que le aplican al laboratorio clínico del prestador Hospital Regional Antofagasta.

Por lo anteriormente descrito se da por cumplido el elemento medible.

APL 1.4 – Segundo elemento medible: Se documentan análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo.

Laboratorio Clínico

Programa	Subprograma	Analitos Insatisfactorios (SI/NO)	Envío	Fecha con resultado	Análisis (SI/NO)	Plan de Mejora (SI/NO)
Bacteriología	Identificación Bacteriana y Susceptibilidad Antimicrobiana	SI	Envío 2 de 2 de 2016	14-12-2016	SI	SI
Inmunología	Inmunología básica (Factor reumatoídeo mas Proteína C Reactiva)	SI	Envío 1 de 2 de 2017	29-05-2017	SI	SI

Descripción de los hallazgos:
Se constata que existen resultados insatisfactorios en el período evaluado para los programas y subprogramas mostrados por el prestador.
Se constata que no existen resultados insatisfactorios en el período evaluado para los siguientes subprogramas mostrados por el prestador:

Programa	Subprograma
Virología	Serología de VIH
Hematología e Inmunohematología	Recuento de Reticulocitos
Parasitología	Toxoplasmosis
Química clínica	Hemoglobina glicada

Se tiene a la vista documento de análisis "Planilla Seguimiento de resultados No satisfactorios PEEC", el cual incluye los siguientes

atributos:
Fecha de entrega del formulario
Código y nombre del programa
Sección del laboratorio
Encargado de sección
Resultado de laboratorio (¿cuál?, ¿qué paso?)
Fecha compromiso acciones correctivas
Detalle (en columnas) de las causales posibles de obtención de resultados insatisfactorios

Observaciones:
En el caso de resultado insatisfactorio del envío 2 de 2016 del subprograma de Identificación bacteriana y Susceptibilidad antimicrobiana del área de Bacteriología, se constata análisis y acción de mejora. El registro constatado indica que el resultado insatisfactorio se debió a una mala interpretación del resultado ya que la cepa en estudio presentó resistencia inducible a clindamicina, por lo que debió ser interpretada como resistente y se informó sensible, generando un error muy grave según el informe de participación. La acción de mejora indica que antes de hacer envío del resultado del PEEC, éste debe ser revisado por el Microbiólogo y por el Supervisor de la sección de Microbiología.
En caso de resultado insatisfactorio del envío 1 de 2017 del subprograma Inmunología básica (Factor reumatoideo mas Proteína C Reactiva), se constata análisis y acción de mejora. El registro constatado indica que el resultado insatisfactorio se debió a un uso incorrecto de unidad de medida (error de conversión) ya que para Proteína C reactiva, el resultado que se informó fue de 3,38 mg/l y se debió informar un resultado de 33,8 mg/l. La acción de mejora indica que el resultado debe ser revisado por otro tecnólogo médico y que hay que considerar las unidades de medición. Junto con ello dejar una copa del informe final.

Por lo anteriormente descrito cumple con el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APL 1.4 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Laboratorio Clínico	1° EM: 1	2°EM: 1
Umbral de la característica:100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA APL 1.5 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

APL 1.5 – Primer elemento medible: Se describen en un documento las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso del Laboratorio.

Laboratorio Clínico				
Nombre del documento: MANUAL DE BIOSEGURIDAD EN LABORATORIO CLÍNICO				
Código: MA-LAB-01	Versión: 02	Fecha: Mayo 2018	Fecha vigencia: Abril 2023	N° páginas: 37
Elaborado por: Frida Moller, Tecnólogo Médico Karen Araya, Tecnólogo Médico Encargado de calidad			Aprobado por: Maykol Araya Tecnólogo Médico, Director Técnico	
Condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso del laboratorio: **(SI/NO)**				
Etapa pre analítica		Etapa analítica		Etapa Post analítica
SI		**SI**		**SI**

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento elaborado por la unidad, el cual contempla:
En página 2, ítem 3, se definen los responsables:
Jefe de la Unidad: procurar existencia de elementos de protección, notificar ocurrencia de accidentes dentro de las instalaciones, entre otras.
Encargado de Bioseguridad: Actualizar documentación normativa, capacitar al personal en temas de Bioseguridad, entre otras.
Personal de laboratorio: cumplir con las medidas de Bioseguridad y avisar situaciones de riesgo.
Prevención de Riesgos y Gestión Ambiental: Colaborar en la clasificación de desechos para su eliminación.
Concesionaria: proporcionar material para la correcta eliminación de desechos.

Entre páginas 7 y 17, ítem 6, se describen las medidas de Bioseguridad:
Ingreso al laboratorio: la unidad debe contar con señalética de riesgo biológico y el acceso a las zonas de trabajo es solo de personal autorizado.
Generalidades: en las zonas de trabajo no se puede comer, beber, fumar, aplicar cosméticos ni manipular lentes de contacto. Tampoco se debe almacenar alimentos y mantener conductas acordes al lugar del trabajo, entre otras indicaciones
Ropa de trabajo: de uso exclusivo para el laboratorio. Además, no usar accesorios como corbatas, bufandas, pañuelos o pulseras.
Cabello: utilizar corto o amarrado.
Elementos de protección:
Uso de pecheras: requerido para manipular cualquier muestra. No se debe usar en áreas limpias.
Uso de guantes: deben utilizarse para manipular muestras biológicas. No deben utilizarse para manipular teléfonos, computadores y no se deben usar en áreas administrativas. Al finalizar el uso de guantes deben ser eliminados y se debe realizar lavado de manos.
Uso de antiparras o protector facial: se deben usar para pipetear, centrifugar, traspasar muestras de un contenedor a otro, lavar material, etc. No son reemplazados por el uso de lentes ópticos.
Uso de gabinete de bioseguridad: para siembra de muestras biológicas frente a agentes de riesgo (tuberculosis, virus respiratorios, etc.) y para realización de test rápidos.
Uso de mascarilla: para manipulación de muestras microbiológicas cuando no se dispone de gabinete de Bioseguridad. En secciones de TBC y Virus deben ser N95, con una duración máxima de 30 horas y almacenadas en bolsas de papel en la entrada de la sección.

Precauciones estándar para sangre y fluidos corporales:
Lavado de manos: realizar después de terminar el trabajo, cada cambio de guantes, antes de contacto con mucosas o piel con lesiones, antes y después de flebotomía.
Consideraciones para el proceso de flebotomía: siempre utilizar pechera y guantes. Para eliminar agujas usar dispositivo adecuado, no usar pinzas. Nunca recapsular.
Transporte de muestras al laboratorio: por el transporte a mano, las muestras se deben colocar en gradillas. Estás gradillas de ir en un contenedor secundario Y este en un contenedor terciario cerrado que tenga el símbolo de riesgo biológico. Para el correo neumático. Para el correo neumático las explicaciones serán las mismas que para el transporte a mano.
Recepción de muestras: uso de pechera plástica y guantes.
Áreas limpias dentro del laboratorio: se debe delimitar áreas limpias y sucias.
Aseo y limpieza de las áreas de trabajo: el laboratorio se debe mantener limpio y ordenado.
Descontaminación de mesones: se deben descontaminar con cloro al 0,05%.
Limpieza de muros y pisos: se deben descontaminar con cloro al 0,5%.
Limpieza de equipos: desinfección de centrífugas, baños termorregulados y gabinetes de bioseguridad debe hacerse con alcohol al 70%, nunca usar cloro.
Eliminación de desechos:
Eliminación de material cortopunzante: debe realizarse cajas de cartón o plástico. El llenado no debe superar las ¾ partes de su capacidad.
Eliminación de material contaminado: eliminar como residuo especial.
Eliminación de material asimilable a domiciliario: de eliminación temprana.

Consideraciones especiales área del laboratorio (entre páginas 19 y 26):
Área de lavado: se debe usar guantes de goma, pechera de hule Y antiparras o protector facial.
Sección Tuberculosis: según instructivo específico.
Sección Microbiología: se debe usar pechera plástica y guantes.
Área Biología Molecular: uso de guantes dentro del gabinete de bioseguridad. Limpieza de superficies con alcohol 70%.
Manejo de riesgos: riesgo de producción de gases tóxicos Y riesgo de fuego por uso de sustancias inflamables.

Manejo de accidentes con agentes biológicos (entre páginas 20 y 23, ítem 8):
Manejo de derrames de material biológico: uso de guantes, antiparras y pechera. Cubrir el derrame con papel absorbente agregar solución jabonosa.
Derrame o quiebre de tubos con material biológico: uso de guantes de procedimiento de goma, pechera y lentes. Si el quiebre es dentro de una centrífuga no abrir hasta después de 15 minutos. Luego retirar con pinzas y limpiar con papel absorbente con alcohol al 70%.
Derrame o quiebre de tubos con material contaminado con microrganismos que se transmiten por inhalación: cubrir boca y nariz con toalla de papel y evacuar el área. Entrar transcurridos 60 minutos para limpiar con papel absorbente y solución jabonosa, vestido con delantal, pechera, guantes, mascarilla N95 y antiparras. Finalmente limpiar con cloro 0,05%.
Exposición ocupacional a patógenos que se trasmiten por la sangre: proceder según documento PO-USP-01 sobre accidentes de riesgo.

Conducta frente a accidentes con agentes de riesgo químico y físico:
Quemaduras:
Si afecta a gran parte del cuerpo activar clave azul. Lavar con abundante agua y retirar ropa, hidratar en caso de estar consciente, envolver en sabana húmeda y trasladar a servicio de urgencia.
Si afecta a los ojos lavar con abundante agua.
En boca o garganta realizar gárgaras con agua fría.
En vías respiratorias colocar a la persona semi sentada y dar líquidos a sorbos mientras espera respuesta de la alerta azul.
En caso de quemado inconsciente activar clave azul.
Accidente por descarga eléctrica:
Cortar corriente eléctrica.
Separar al accidentado de la corriente.
Activar clave azul.

Observaciones:
Se tiene a la vista versiones anteriores del documento que dan cumplimiento de la retrospectividad para el prestador:
Versión 01 con fecha de emisión noviembre 2016, elaborado por Frida Moller, Tecnólogo Médico y Karen Araya, Tecnólogo Médico. Aprobado por Freddy Roach, Médico .
Versión 00 con fecha de emisión octubre 2013, elaborado por Maykol Araya, Tecnólogo Médico y Karen Contreras, Tecnólogo Médico. Aprobado por Natalia Valenzuela, Médico.

Por lo descrito anteriormente cumple con el elemento medible.

APL 1.5 – Segundo elemento medible: Se constata cumplimiento de uso de protección del personal en la manipulación de muestras clínicas de acuerdo a procedimiento local.

Laboratorio Clínico

Metodología de constatación: observacional.
Para constatar el uso de protección personal se realiza visita a la unidad para una inspección visual, acompañado por encargada de calidad de la unidad en base a las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en terreno, del cumplimiento del uso de protección personal en la manipulación de muestras clínicas, en el Laboratorio Clínico" contenidas en el Compendio Nº4, Ord. Circular IP Nº6 de 24 de noviembre 2014.
Los resultados obtenidos son:

N° personas observadas	30	N° personas que cumplen	30	N° personas que no cumplen	0

Describir incumplimientos detectados: no se detectaron incumplimientos durante la constatación. De las 30 observaciones realizadas, cumple el 100 %. Por lo tanto, se da por cumplida la constatación.

CARACTERÍSTICA APL 1.5 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Laboratorio Clínico	1° EM: 1	2°EM: 1
Umbral de la característica:100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

SERVICIOS DE APOYO – FARMACIA (APF)

CARACTERÍSTICA APF 1.1 / HALLAZGOS

APF 1.1 – Elemento medible: Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a prestadores formalizados por la autoridad sanitaria competente.

Dirección o Gerencia					
Prestador al que compra	N° Autorización Sanitaria (A.S.)	Fecha A.S.	SEREMI/SSDS	Copia fiel original documento (Si/No)	N° Registro reacreditación
Centro Oncológico del Norte	3268	27/06/2018	Seremi Salud Antofagasta	SI	NA
Centro Oncológico Ambulatorio	425	21/01/2019	Seremi Salud Antofagasta	SI	NA

CARACTERÍSTICA APF 1.1 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	Primer elemento medible: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA APF 1.2 / HALLAZGOS

APF 1.2 – Primer Elemento medible: Se constata formalización y funcionamiento del Comité de Farmacia. * (U otra estructura organizacional de carácter técnico).

Unidad de Farmacia				
Nombre del documento: RESOLUCION EXENTA				
N° Resolución: 11990	Versión: no consigna	Fecha: 11-10-2018	Fecha vigencia: no consigna	N° páginas: 1
Elaborado por: no consigna		Aprobado por: Dr. Antonio Cárdenas Tadich, Director Hospital Regional de Antofagasta.		
Define SI/NO)	Formalización y funcionamiento del Comité de Farmacia: NO			

Breve descripción del contenido del documento:
En el documento tenido a la vista, actualiza la resolución exenta de fecha 16 de enero 2018 y establece la creación del Comité de farmacia y terapéutica del Hospital Regional de Antofagasta, el cual está compuesto por 12 miembros, entre los cuales director del establecimiento quien presidirá y será subrogado por el subdirector médico, jefe de servicio de medicina, jefe de servicio de cirugía, jefe de servicio de obstetricia y ginecología, jefe de servicio de pediatría. Al pie de página del documento establece que se mantiene vigente la resolución exenta N°536 de fecha 16 de enero 2018 y todo lo que además no ha sido objeto de modificación mediante la resolución presente.
Se tiene a la vista resolución exenta Nº000536, del 16 de enero 2018, que modifica la resolución Nº0171 del 09 de febrero 2005, la cual crea el nuevo comité de farmacia, conformado, entre otros, por director quien presidirá y será subrogado por el subdirector médico, jefe de servicio de medicina, de cirugía, de obstetricia y ginecología, pediatría, jefe de unidad de farmacia quien actúa como secretaria. Al pie de página del documento establece que se mantiene vigente la resolución exenta N°0171 de fecha febrero 2005 y todo lo que no ha sido objeto de modificación mediante la resolución presente.
Se tiene a la vista resolución exenta N°0171, de 9 de febrero de 2005, que crea a contar de esta misma fecha el nuevo comité de farmacia y terapéutica, el que está conformado por los siguientes cargos, entre ellos: subdirector médico, jefe de medicina, cirugía, obstetricia y ginecología, pediatría, jefe de farmacia. En ésta misma se establece que el comité tiene como función asesorar a la dirección en las materias relativas al uso y manejo de medicamentos e insumos, que el comité sesionará una vez al mes, podrá ser convocado en forma extraordinaria ya sea por el directo o subdirector médico, será responsabilidad de los integrantes aplicar las directrices emanadas de la norma técnica N°124.

Observaciones:
1.Se tiene a la vista actas de reunión de comité de farmacia correspondiente al año 2017 y 2018, las fechas son las siguientes:
Año 2017: 9/02/2017, 15/02/2017, 04/04/2017, 19/05/2017/, 07/08/2017.
Año 2018: 15/01/2018, 12/03/2018, 28/04/2018, 18/05/2018, 7/06/2018, 24/7/2018, 10/08/2018, 24/09/2018, 22/11/2018, 13/12/2018.
2.No se presentan actas de reunión de los años 2016 y 2019.
Las sesiones de funcionamiento del comité no dan cuenta de sesiones mensuales como lo establece la resolución exenta N°171 de febrero 2005, para el año 2019 no presentan actas de reuniones.
3.Se tiene a la vista resolución exenta Nº2178, del 6 de febrero 2014, en donde se asignan los encargados del comité de insumos médicos del hospital y establece que serán citados cuando sea necesario para tomar decisiones con insumos específicos, algunos miembros son: Sub director médico, médico jefe y/o enfermera supervisora pabellón, médico y/o matrona

supervisora maternidad.
4.Se tiene a la vista procedimiento conformación y funcionamiento del comité de insumos médicos, agosto 2018.
5.Se tiene a la vista actas de reunión del comité de insumos: 28/09/2016 y 06/12/2018.

Por lo descrito en el punto 2, no se da por cumplido el elemento medible, dado que no se logra constatar el funcionamiento del comité mensualmente como lo establece el propio prestador.

APF 1.2 – Segundo Elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de medicamentos que considera su evaluación técnica.

Nombre del documento: PROCEDIMIENTO ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS				
N° Resolución: 000015 20 de Enero 2017	Versión: 01		Fecha: Enero 2017	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: Enero 2022		N° páginas: 11	
Elaborado por: QF. Rosana Ramos Bradanovic, Jefe Farmacia	Aprobado por: Dr. Francisco Bueno, Director Hospital Regional de Antofagasta.			
Describe (SI/NO)	1. Procedimiento de adquisición de medicamentos	SI	2. Considera evaluación técnica	SI

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento de carácter institucional, en el que destacan los siguientes contenidos

En la página 2, ítem 2, alcance, el procedimiento aplica a todas las unidades clínicas del Hospital Regional de Antofagasta cada vez que requieran la adquisición de un medicamento nuevo o realizar una evaluación de algún medicamento incluido o no en el arsenal de medicamentos del Hospital.
En ítem 3, responsabilidades, describe lo siguiente:
Jefe de servicio clínico: emisión del formulario solicitud de incorporación de medicamentos al arsenal farmacológico y de la evaluación del uso del nuevo medicamento incorporado al arsenal farmacológico por un período de 6 meses.
Comité de farmacia: análisis de la solicitud de incorporación de medicamentos al arsenal farmacológico presentada al comité y posterior recomendación al director del establecimiento.
Médico solicitante: "llenar" y entregar el formulario con todos los datos requeridos, ya sea para la incorporación de un medicamento, o bien, para solicitar una nueva forma farmacéutica o concentración diferente de los fármacos.
Subdirector médico del hospital: presidir el comité de farmacia y de la aprobación final de las solicitudes de incorporación de los nuevos medicamentos.
Jefe unidad de abastecimiento: gestionar dentro de su unidad, las solicitudes de compra programadas y no programadas recibidas, supervisando la adquisición de los medicamentos.
En página 4 a la 5, ítem 7, descripción del proceso, registra lo siguiente:
Incorporación o sustitución de medicamentos al arsenal farmacológico:
El médico solicitante llenará la solicitud de incorporación y/o sustitución y/o eliminación de medicamento al arsenal farmacológico y la hará llegar al jefe del servicio, quien lo visará, si estima procedente.
Cumplido este trámite, el jefe de servicio remitirá el formulario al comité de farmacia.
El comité de farmacia en sesión ordinaria o extraordinaria aprobará o rechazará la solicitud.
Con la aprobación del director del hospital dicho documento será remitido a las secciones de contabilidad y abastecimiento, quienes informarán de los plazos de adquisición al director del Hospital, en un tiempo no superior a siete días hábiles. El plazo de adquisición no debe ser mayor a 2 meses.
Transcurrido un tiempo no superior a un año, el Jefe de Servicio solicitante deberá evaluar los resultados obtenidos con el fármaco incorporado o sustituido, comunicándolo al comité de farmacia. No obstante, lo anterior, si hubiera una reacción adversa medicamentosa, esta debe ser comunicada de inmediato al jefe de sección farmacia o al químico farmacéutico encargado de la unidad clínica.
En caso de sustituciones de medicamentos, el comité de farmacia enviará a la sección de abastecimiento, un listado que contenga los fármacos que deberán sustituirse, junto a aquellos que los reemplazarán. No se eliminará un fármaco mientras no haya sido adquirido el reemplazante correspondiente y no se haya consumido el stock del medicamento que se retirará.
En caso de requerir un medicamento de manera excepcional, sin incluirlo al arsenal farmacológico, el médico tratante debe "llenar" la solicitud de fármaco de uso ocasional.
En página 7 a la 11, se registran los anexos, los cuales se detallan a continuación:
Anexo 1: Solicitud de incorporación y/o sustitución y/o eliminación de medicamentos al arsenal farmacológico
Anexo 2: Solicitud de fármaco de uso ocasional
Anexo 3: Formulario de evaluación del uso de un medicamento incorporado al arsenal farmacológico.

Observaciones:
Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Adquisición de medicamentos", Versión 00, fecha emisión diciembre 2014, elaborado por Rosana Ramos B., Jefa de la unidad de Farmacia aprobado por Dr. Francisco Bueno N., Director Hospital Regional Antofagasta.
Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación y con lo solicitado en elemento medible.

Se da por cumplido el elemento medible.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA

Farmacia*	PQ	UPC Ad.	UPC Ped.	UPC Neo	Medicina	APD
SI	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**

APF 1.2 – Tercer Elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de insumos, que considera su evaluación técnica.

Nombre del documento: PROCEDIMEINTO ADQUISICIÓN DE INSUMOS MEDICAMENTOS DEL ARSENAL		
N° Resolución: 000027	Versión: 03	Fecha: Marzo 2019

18 de marzo 2019		
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años.	N° páginas: 19
Elaborado por: QM Lizzett Rodríguez	Aprobado por: Ricardo Salazar, Director Hospital Regional de Antofagasta.	

Describe (SI/NO)	1. Procedimiento de adquisición de insumos	SI	2. Considera evaluación técnica	SI

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento de carácter institucional en el que destacan los siguientes contenidos
En la página 2, ítem 2, alcance, aplica a abastecimiento, logística de farmacia y las unidades clínicas.
En página 2 a la 3, ítem 3, responsabilidades, registra lo siguiente**:**
Químico farmacéutico unidad de logística de farmacia: elaborar la programación de requerimientos de insumos; solicitar a la unidad de abastecimiento la adquisición de insumos médicos mediante compra programada ; recibir solicitudes de incorporación de los insumos médicos; establecer bases técnicas para licitaciones, informar alternativas de insumos médicos disponibles según costo/beneficio.
Encargado de bodega de farmacia: participa en la elaboración de los programas de compra de insumos, informar la disponibilidad (stock) de insumos médicos a su jefatura, a la unidad de abastecimiento, y a las áreas respectivas.
Enfermeras y matronas supervisoras de las unidades clínicas: solicitan a la unidad de abastecimiento, mediante solicitud de compra no programada, los insumos especiales incluidos en el arsenal, pero que son propios de las prestaciones realizadas en sus unidades clínicas, informar el aumento de la demanda de insumos médicos, solicitar la incorporación de nuevos insumos al arsenal cuando se requiera, entregar antecedentes y pautas de evaluación que justifiquen la incorporación o cambio de un insumo médico, participar en reuniones del comité de insumos cuando sea necesario.
Médicos especialistas de unidades clínicas, tecnólogos médicos y otros profesionales encargados de unidades clínicas: son responsables de solicitar a la unidad de abastecimiento, mediante solicitud de compra no programada, los insumos especiales incluidos en el arsenal que son propios de las prestaciones realizadas en sus unidades clínicas. También deben entregar antecedentes y pautas de evaluación que justifiquen la incorporación o cambio de un insumo médicos, participar en la elaboración de bases técnicas para licitación de insumos y en las reuniones del Comité de insumos.
Jefe de la unidad de abastecimiento: es responsable de gestionar dentro de su unidad, las solicitudes de compras programadas y no programadas recibidas supervisando la adquisición de los insumos en su unidad. Participa en el comité de insumos con el fin de analizar la pertinencia de los insumos solicitados, cita a comisión técnica y administrativa para evaluación de ofertas y aprueba las órdenes de compra supervisando el correcto envío de estas.
Comité de insumos: Las funciones de este comité se describen en el documento procedimiento conformación y funcionamiento del comité de insumos médicos.
En página 7, ítem 7, **descripción del proceso,** señala entre otros:
Compras programadas de insumos del arsenal, los insumos de uso clínico que se mantienen en stock en las bodegas de la unidad de logística de farmacia, se solicitan mediante formulario de solicitud compra programada, realizado por el químico farmacéutico de esa unidad, o el jefe de bodega correspondiente. en relación a los insumos específicos del arsenal, la solicitud debe realizarse a través del formato de compras no programadas y son responsabilidad de las
jefaturas de cada unidad solicitante.
Estimación del arsenal y de las cantidades a comprar, el arsenal de insumos médicos del Hospital Regional de Antofagasta ha sido elaborado en base a las solicitudes de las diferentes unidades clínicas y las reuniones realizadas por el comité de insumos. Incluye insumos médicos de uso general y específicos.
Modalidad de compra: La adquisición de estas programaciones se realiza, según lo indicado en la Ley 19.886. y descrita de forma ampliada en el "Manual de Procedimientos y Funciones de Abastecimiento, a través de los siguientes procesos
Compras intermediadas por CENABAST
Compras a través del Portal Mercado Público: Contrato Marco, Licitaciones (públicas y privadas), trato o contratación directa y compras por fondos fijos.
En relación a las compras con fondos fijos la unidad de abastecimiento posee un fondo fijo, que permite realizar compras cuyo monto no supera las 12 UTM. Se utiliza principalmente para los casos de compra de insumas de emergencia que no pudieron ser adquiridos por las modalidades anteriormente descritas.
Compras no programadas de insumos del arsenal: las unidades que requieran insumos específicos. deben solicitarlos a través del formulario de solicitud de compra no programada, este documento solo es válido si cuenta con la autorización y firma de la jefatura correspondiente, y es aprobado por las subdirecciones médicas y administrativas del hospital, quienes derivan a la unidad de abastecimiento. La adquisición de insumos no programados se realiza a través del portal mercado público, para este tipo de compras la confección de bases técnicas, referencias y criterios de evaluación deben ser trabajados en conjunto por la unidad de abastecimiento y la unidad que solicita el insumo.
Adjudicación: especificaciones técnicas y criterios de evaluación. El proceso de adjudicación se lleva a cabo para toda compra que se realice a través del Mercado Publico.
Participación del comité de insumos en el proceso de adquisición, para la adjudicación de compras cuyos montos superen las 1000 UTM y aquellas cuyas características técnicas sean de mayor complejidad, el jefe de abastecimiento deberá citar a reunión a una comisión evaluadora, en donde participarán miembros del comité de insumos del establecimiento y los representantes técnicos del área de los insumos a evaluar. Si la compra es menor a este monto, este carácter es optativo y la adjudicación la realiza un representante del área solicitante junto al ejecutivo de abastecimiento.
Especificaciones técnicas de insumos médicos y condiciones a cumplir para su adquisición, para que un insumo sea adquirido por el establecimiento debe cumplir como mínimo con algunas especificaciones además de las especificaciones entregadas por la unidad que lo solicita. Estos últimas pueden ser de carácter económico, técnico, administrativo, o cualquier otro que se considere correspondiente aplicar. Las variables a medir van en la escala de 1 a 7 o del 0 a 100.
Evaluación de muestras de insumos médicos en proceso de adquisición, esta evaluación se realiza cuando el producto ofertado no se haya adquirido con anterioridad en el hospital y se requiere adquirir una experiencia con uso del insumo. Las muestras se solicitan al proveedor en las bases técnicas y ser evaluadas por el referente técnico**.**
Páginas 16 a la 19 ítem **anexos**, se detallan los siguientes elementos:
Anexo 1: Diagrama de proceso de compra de un insumo médico.
Anexo 2: Imagen formulario de solicitud de compra programada.
Anexo 3: Imagen formulario de solicitud de compra no programada.

Anexo 4: Imagen de pauta de evaluación insumo clínico.

Observaciones:
Se tiene a la vista versión anterior del documento:
"Adquisición de insumos médicos del arsenal", Versión 02, fecha emisión diciembre 2016, elaborado por Lizzett Rodríguez,químico farmacéutico y aprobado por Dr. Juan Urrutia R., director Hospital Regional Antofagasta.
"Adquisición de insumos médicos del arsenal", Versión 01, fecha emisión noviembre 2013, elaborado por Lizzett Rodríguez y Ricardo Zamora, químicos farmacéuticos y aprobado por Dr. Juan Mattatal, director Hospital Regional Antofagasta.
Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación y con lo solicitado en elemento medible.

Se da por cumplido el elemento medible.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA

Farmacia*	PQ	UPC Ad.	UPC Ped.	UPC Neo	Medicina	APD
SI	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**

APF 1.2 – Cuarto Elemento medible: Se constata participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de medicamentos.

Unidad	Nombre del documento	Fecha constatación	Descripción del hallazgo:
PQ 1	Certificado	02-01-2017	**2016:** Documento indica que en el periodo transcurrido entre abril de 2016 y la fecha del informe, los profesionales de pabellón central no han participado en la evaluación técnica de medicamentos. Documento está firmado por Rossana Ramos B. Jefe Unidad de Farmacia.
	Certificado	04-01-2018	**2017:** Documento indica que en el periodo transcurrido entre enero de 2017 y la fecha del informe, los profesionales de pabellón central han participado en una evaluación técnica de medicamentos. Documento está firmado por Rossana Ramos B. Jefe Unidad de Farmacia
	Certificado	07-01-2019	**2018.** Documento indica que en el periodo transcurrido entre enero de 2018 y la fecha del informe, los profesionales de pabellón central han participado en dos evaluaciones técnicas de medicamentos. Documento está firmado por Rossana Ramos B. Jefe Unidad de Farmacia.
	Certificado	10-05-2019	**2019:** Documento indica que en el periodo transcurrido entre enero de 2019 y la fecha del informe, los profesionales de pabellón central no han participado en dos evaluaciones técnicas de medicamentos. Documento está firmado por Rossana Ramos B. Jefe Unidad de Farmacia.
PQ 2	Se tiene a la vista un certificado, firmado por QF. Rosana Ramos, jefa de la unidad de farmacia, del Hospital Regional de Antofagasta, en que certifica que, desde septiembre del 2018 al 10 de mayo del año 2019, PQ de CMA no participa en la evaluación técnica de medicamentos.	10/05/2019	PQ de CMA no ha participado en la evaluación técnica de medicamentos.
PQ 3	Se tiene a la vista un certificado, firmado por QF. Rosana Ramos, jefa de la unidad de farmacia, del Hospital Regional de Antofagasta, en que certifica que, desde abril del 2016 a mayo del año 2019, PQ Cardiovascular no participa en la evaluación técnica de medicamentos.	10/05/2019	PQ de cardiovascular no ha participado en la evaluación técnica de medicamentos.
UPC Ad 1	Certificado	02-01-2017	**2016:** Documento indica que en el periodo transcurrido entre abril de 2016 y la fecha del informe, los profesionales de UCI Adulto no han participado en la evaluación técnica de medicamentos. Documento está firmado por Rossana Ramos B. Jefe Unidad de Farmacia.

	Certificado Acta de reunión Comité de farmacia y terapéutica. Acta de reunión Comité de farmacia y terapéutica.	04-01-2018 09-02-2017 15-02-2017	**2017:** Documento indica que en el periodo transcurrido entre enero de 2017 y la fecha del informe, los profesionales de UCI Adulto han participado en tres evaluaciones técnicas de medicamentos. Documento está firmado por Rossana Ramos B. Jefe Unidad de Farmacia. Acta de reunión N° 1/2017, señala la participación de funcionarios de UPC (Jefe de UPC adulto, Dr. Marcelo Gómez). Evaluación de incorporación de medicamentos solicitados por las distintas unidades clínicas. Acta de reunión N° 2/2017, señala la participación de funcionarios de UPC (Jefe de UPC adulto, Dr. Marcelo Gómez). Evaluación de incorporación de medicamentos solicitados por las distintas unidades clínicas.
	Certificado Acta de reunión Comité de farmacia y terapéutica. Acta de reunión Comité de farmacia y terapéutica. Acta de reunión Comité de farmacia y terapéutica.	07-01-2018 15-01-2018 09-02-2018 12-03-2018	**2018** Documento indica que en el periodo transcurrido entre enero de 2018 y la fecha del informe, los profesionales de UCI Adulto han participado en tres evaluaciones técnicas de medicamentos. Documento está firmado por Rossana Ramos B. Jefe Unidad de Farmacia. Acta de reunión comité de farmacia, señala la participación de funcionarios de UPC (Jefe de UPC adulto, Dr. Marcelo Gómez). Evaluación de incorporación de medicamentos solicitados por las distintas unidades clínicas. Acta de reunión de comité de farmacia, señala la participación de funcionarios de UPC (Jefe de UPC adulto, Dr. Marcelo Gómez). Evaluación de incorporación de medicamentos solicitados por las distintas unidades clínicas. Acta de reunión N°03/2018, señala la participación de funcionarios de UPC UCI, Dra. Jaqueline Blanchard. Revisión sobre la nueva forma de compras y modernización de la CENABAST.
	Certificado	10-05-2019	**2019** Documento indica que en el periodo transcurrido entre enero de 2019 y la fecha del informe, los profesionales de UCI Adulto no han participado en la evaluación técnica de medicamentos. Documento está firmado por Rossana Ramos B. Jefe Unidad de Farmacia.
UPC Ad 2	**2018-2019:** Certificado **2017:** Certificado Acta reunión. **2016:** Certificado	10-05-2019 04-01-2018 2-01-2017	**2018-2019:** Certificado con fecha de 10 de mayo 2019, elaborado por Rosana Ramos Bradanovic, jefe unidad de farmacia HRA, que señala que desde enero de 2018 a la fecha, los profesionales de la unidad de UTI, participaron en la evaluación técnica de un medicamento **2017** Certificado con fecha de 4 de enero 2018, elaborado por Rosana Ramos Bradanovic, jefe unidad de farmacia HRA, que señala que, desde enero de 2017 a la fecha, los profesionales de la unidad de UTI, participaron en la evaluación técnica de un medicamento. Acta de reunión de marzo 2017 para tratar incorporación de medicamento, donde participa la doctora Jacqueline Blanchard de UPC. **2016:** Certificado con fecha de 2 de enero 2017, elaborado por Rosana Ramos Bradanovic, jefe unidad de farmacia HRA, que señala que desde abril del 2016 a la fecha, los profesionales de la unidad de UTI, no participaron en la evaluación técnica de medicamentos.
UPC Ad 3	Certificado	10-05-2019	**2016, 2017, 2018 y 2019** Documento indica que en el periodo transcurrido

			entre abril de 2016 y la fecha del informe, los profesionales de UCI Coronaria no han participado en la evaluación técnica de medicamentos. Documento está firmado por Rossana Ramos B. Jefe Unidad de Farmacia.
UPC Ped	Acta reunión comité de farmacia Nº 01/2017 Acta reunión comité de farmacia Nº 02/2017 Acta reunión comité de farmacia Acta reunión comité de farmacia 09/02/2018	09-02-2017 15-02-2017 15/01/2018 09-02-2019	Se evidencia participación de médico jefe de UPCP, Dr. Pietroboni, solicitando incorporación de medicamento Dexmedetomidina. Se evidencia participación Dra. Catherine Guzmán, en representación de UPCP. Se evidencia participación Dra. Catherine Guzmán, en representación de UPCP. Se evidencia participación Dr. Pietro Pietroboni, en representación de UPCP. Observaciones: Las actas de reuniones del comité de farmacia disponibles en los puntos de verificación no están firmadas. Acta menciona que las firmas de asistencia a las reuniones del comité se encuentran registradas en el libro de actas. Se da por cumplido el elemento medible
Neo	Acta reunión comité de farmacia Nº 02/2017 Acta reunión comité de farmacia	15-02-2017 15-01-2018	Dr. Michael Fritz participa dentro del comité de farmacia evaluando la solicitud de incorporar medicamentos para UPC Pediátrica. Se evidencia participación Dr. Micahel Fritz, en representación de Neonatología. Observaciones: Las actas de reuniones del comité de farmacia disponibles en los puntos de verificación no están firmadas. Acta menciona que las firmas de asistencia a las reuniones del comité se encuentran registradas en el libro de actas. Se da por cumplido el elemento medible.
MQ 1	1 Certificado	10-05.2019 07-01-2019 04-01-2018	**2019:** Certificado con fecha 10 de mayo de 2019, elaborado por Rosana Ramos B. Jefe Unidad de Farmacia, que señala que en el periodo de enero a la fecha los profesionales del Medicina participaron en 1 evaluación técnica de medicamentos. 1.-Acta reunión Nº1 del 12 de marzo 2019 **2018:** Certificado con fecha 7 de enero de 2019, elaborado por Rosana Ramos B. Jefe Unidad de Farmacia, que señala que en el periodo de enero a diciembre 2018 los profesionales del Medicina participaron en 4 evaluaciones técnicas de medicamentos. 1.-Acta reunión 15 enero 2018 2.-Acta Nº 5 de mayo 2018 3.-Acta Nº 6 del 7 junio 2018 4.-Acta Nº 11 del 22 noviembre 2018 **2017:** Certificado con fecha 04 de enero de 2018, elaborado por Rosana Ramos B. Jefe Unidad de Farmacia, que señala que en el periodo de enero a diciembre 2018 los profesionales del servicio de Medicina participaron en 3 evaluaciones técnicas de medicamentos:

		02-01-2017	1.- Acta Nº 2 del 15 de febrero de 2017 2.- Acta Nº 5 del 19 de mayo de 2017 3.- Acta Nº 9 del 26 de septiembre de 2017 **2016:** Certificado con fecha 02 de enero de 2017, elaborado por Rosana Ramos B. Jefe Unidad de Farmacia, que señala que desde abril de 2016 a la fecha los profesionales de la Unidad de Medicina no participaron en la evaluación técnica de medicamentos.
MQ 2	1 Certificado 1 Certificado 1 Certificado 1 Certificado	10-05-2019 07-01-2019 04-01-2018 02-01-2017	**2019:** Certificado con fecha 10 de mayo de 2019, elaborado por Rosana Ramos B. Jefe Unidad de Farmacia, que señala que en el periodo de enero a la fecha los profesionales del BQE participaron en 1 evaluación técnica de medicamentos: 1.- Acta reunión Nº3 del 12 de marzo de 2019 **2018:** Certificado con fecha 7 de enero de 2019, elaborado por Rosana Ramos B. Jefe Unidad de Farmacia, que señala que en el periodo de enero a diciembre 2018 los profesionales del BQE participaron en 3 evaluaciones técnicas de medicamentos: 1.-Acta reunión Nº1 del 15 de enero de 2018 2.-Acta reunión Nº6 del 7 de junio de 2018 3.-Acta reunión Nº11 del 22 de noviembre de 2018 **2017:** Certificado con fecha 04-01-2018, que señala que los profesionales del BQE participaron en 4 evaluaciones técnicas de medicamentos: Acta de reunión N° 5 del 05 de mayo 2017 Acta de reunión Nº 7 del 24 de julio 2017 Acta de reunión Nº 8 del 07 de agosto 2017 Acta de reunión Nº 9 del 26 de septiembre 2017 **2016:** Certificado con fecha 02 de enero de 2017, elaborado por Rosana Ramos B. Jefe Unidad de Farmacia, que señala que desde abril de 2016 a la fecha los profesionales de la Unidad de Bloque Quirúrgico Especialidades, no participaron en la evaluación técnica de medicamento.
MQ 3	1 Certificado 1 Certificado	10-05-2019 05-01-2017	**2018-2019**: Certificado con fecha 10 de mayo de 2019, elaborado por Rosana Ramos B. Jefe Unidad de Farmacia, que señala que el periodo de enero de 2018 a la fecha, los profesionales de Cirugía Adulto, no participaron en la evaluación técnica de medicamentos **2016-2018:** Certificado con fecha 05 de enero de 2017, elaborado por Rosana Ramos B. Jefe Unidad de Farmacia, que señala que desde abril de 2016 al 5 de enero de 2018 los profesionales de la UAPP no participaron en la evaluación técnica de medicamentos.
MQ 4	1 Certificado	10-05-2019	**2019.** Certificado con fecha 10 de mayo de 2019, elaborado por Rosana Ramos B. Jefe Unidad de Farmacia, que señala que el periodo de febrero de 2019 a la fecha, los profesionales de la Unidad Medico Quirúrgico Camas Básicas, no participaron en la evaluación técnica de medicamentos
MQ 5	**2018:** Certificado Actas reuniones	 07-01-2019 22-11-2018 24-09-2018 24-07-2018 07-06-2018 18-05-2018 12-03-2018 09-02-2018	**2018:** Certificado con fecha de 7 de enero 2019, elaborado por Rosana Ramos Bradanovic, jefe unidad de farmacia HRA, que señala que en el periodo de enero 2018 a la fecha, los profesionales de la unidad de cuidados medios, participaron en 7 evaluaciones técnicas de medicamentos. Acta reunión 22 de noviembre 2018. Acta reunión 24 de septiembre 2018. Acta reunión 24 de julio 2018.

			Acta reunión 07 de junio 2018. Acta reunión 18 de mayo 2018. Acta reunión 12 de marzo 2018 Acta reunión 09 de febrero 2018
	2017: Certificado Actas reuniones	04-01-2018 10-07-2017 15-02-2017	**2017:** Certificado con fecha de 4 de enero 2018, elaborado por Rosana Ramos Bradanovic, jefe unidad de farmacia HRA, que señala que en el periodo de enero 2017 a la fecha, los profesionales de la unidad de cirugía adulto, participaron en 2 evaluaciones técnicas de medicamentos. Acta reunión 10 de julio 2017 Acta reunión 15 de febrero 2017
	2016: Certificado	02-01-2017	**2016:** Certificado con fecha de 2 de enero 2017, elaborado por Rosana Ramos Bradanovic, jefe unidad de farmacia HRA, que señala que, desde abril del 2016 a la fecha, los profesionales de la unidad de UTI, no participaron en la evaluación técnica de medicamentos.
MQ 6	**2019:** Certificado Acta reunión	 10-05-2019 12-03-2019	**2019:** Certificado con fecha de 10 de mayo 2019, elaborado por Rosana Ramos Bradanovic, jefe unidad de farmacia HRA, que señala que los profesionales de la unidad de cardiología-neurología, participaron en una evaluación técnica de medicamentos. Acta reunión 12 de marzo 2019.
	2018: Certificado Actas reuniones La unidad de cardio neuro inicia su funcionamiento en febrero 2018.	 07-01-2019 22-11-2018 10-08-2018 24-07-2018 07-06-2018	**2018:** Certificado con fecha de 07 de enero 2019, elaborado por Rosana Ramos Bradanovic, jefe unidad de farmacia HRA, que señala que los profesionales de la unidad de cardiología-neurología, participaron en cuatro evaluaciones técnicas de medicamentos. Acta reunión 22 de noviembre 2018. Acta reunión 10 de agosto 2018. Acta reunión 24 de julio 2018. Acta reunión 07 de junio 2018.
APD	Certificado	10-05-2019	Según referente no ha habido incorporación de medicamentos nuevos. Certificado con fecha de 10 de Mayo del 2019, elaborado por Ricardo Zamora, jefe de logística de farmacia del HRA, que señala que desde abril del 2016 a la fecha, los profesionales de la unidad de diálisis no participaron en la evaluación técnica de medicamentos.

APF 1.2 – Quinto Elemento medible: Se constata participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de insumos.

Unidad	Nombre del documento	Fecha constatación	Descripción del hallazgo:
PQ 1	Certificado Pauta de evaluación de dispensador solución con válvula Pauta de evaluación Acta Reunión comité insumos Hospital "Dr. Leonardo Guzmán" de Antofagasta.	Enero 2017 06-09-2016 28-07-2016 14-06-2016	**2016:** Documento indica que en el periodo transcurrido entre abril a diciembre de 2016, los profesionales de pabellón central participaron en la evaluación técnica de insumos de: Vendas, gasas y torulas. Dispensador solución c/válvula. Trampas de agua. Documento está firmado por Ricardo Zamora. Jefe Logística de Farmacia. Documento consta de la evaluación técnica del producto dispensador solución con válvula, firmada por Raúl Marín Campos, enfermero de pabellón Pauta de evaluación técnica de Trampa de agua. Acta de reunión sobre la incorporación de vendas, gasas y torulas y evaluar las alternativas existentes en el mercado. Firman asistencias integrantes del servicio.
	Certificado	Enero 2018	**2017:**

	Acta de adjudicación Licitación insumos Laparoscopía 2258-108-Iq17. Acta de adjudicación Licitación insumos Laparoscopía 2258-51-Ie17.	20-06-2017 11-04-2017	Documento indica que en el periodo transcurrido entre enero a diciembre de 2017, los profesionales de pabellón central participaron en la evaluación técnica de insumos de: Licitación insumos Laparoscopía 2258-108-Iq17. Licitación insumos Laparoscopía 2258-51-Ie17. Documento está firmado por Ricardo Zamora. Jefe Logística de Farmacia. Acta de adjudicación N° 90/17, Licitación insumos Laparoscopía 2258-108-Iq17. Acta adjudicación N° 55, licitación ID 2258-51-Ie17., insumos para la unidad de traumatología.
	Certificado Acta de adjudicación Licitación múltiple ID 2258-188-LE18.	Enero 2019 14-11-2018	**2018.** Documento indica que en el periodo transcurrido entre enero a diciembre de 2018, los profesionales de pabellón central participaron en la evaluación técnica de insumos de: Licitación múltiple insumos 2258-188-LE18 Documento está firmado por Rossana Ramos B. Jefe Unidad de Farmacia. Acta de adjudicación N° 194/18 licitación ID 22258-88-LE18.
	Certificado Pauta de evaluación de productos.	16-05-2019 23-01-2019	**2019:** Documento indica que en el periodo transcurrido entre enero y abril de 2019, los profesionales de pabellón central participaron en evaluación técnica de insumos de: Paquete quirúrgico ortopédico**.** Documento está firmado por Rossana Ramos B. Jefe Unidad de Farmacia. Pauta de evaluación de productos, consta la evaluación de paquetes quirúrgicos ortopédico, de fecha 23-01-2019.
PQ 2	1. Certificado	16-05-2019	Según referente no hubo participación del PQ de CMA en la evaluación técnica insumos. Se tiene a la vista certificado de Ricardo Zamora, jefe de logística de farmacia HRA, que consigna que desde septiembre a abril 2019 no participa en la evaluación técnica de insumos.
PQ 3	**2016** Acta Adjudicación Nº 116/16 Certificado **2017** Acta adjudicación Nº 103/17 Acta adjudicación Nº 112/17 Certificado	 28-10-2016 Enero 2017 13-07-2017 02-08-2017 02-01-2018	**2016** Documento que describe reunión de comisión de adjudicación, en la que se revisan y analizan las ofertas recibidas. Se consigna listado de proveedores adjudicados. Documento firmado pro Ricardo Zamora - Jefe Logística de Farmacia HRA, que indica que en el período enero a diciembre del año 2016 los profesionales de la unidad de Pabellón Cardio participaron en evaluación técnica de insumos de licitación insumos cardiológicos 225-191-LQ16. **2017** Documento que describe reunión de comisión de adjudicación, en la que se revisan y analizan las ofertas recibidas de la "Licitación múltiple suturas cardiológicas". Se consigna proveedor propuesto para adjudicación. Documento que describe reunión de comisión de adjudicación, en la que se revisa el estado de habilidad en el registro de Chileproveedores de los participantes de la "Licitación múltiple de válvulas cardiológicas". Se consigna proveedor propuesto para adjudicación. Documento firmado pro Ricardo Zamora - Jefe Logística de Farmacia HRA, que indica que en el período enero a diciembre del año 2017 los profesionales de la unidad de Pabellón Cardio participaron en evaluación técnica de insumos: "Licitación suturas cardiológicas 2258-157-le17" y "Licitación válvulas cardiológicas 2258-193-le17". **2018** Documento que describe reunión de comisión de adjudicación, en la que se revisan y analizan las

	2018 Acta adjudicación Nº 55/18 Certificado **2019** Certificado	 Junio 2018 Enero 2019 16-05-2019	ofertas recibidas de la "Licitación múltiple balón contrapulsación y cánulas femorales". Se consigna proveedor propuesto para adjudicación. Documento firmado por Ricardo Zamora - Jefe Logística de Farmacia HRA, que indica que en el período enero a diciembre del año 2018 los profesionales de la unidad de Pabellón Cardio participaron en evaluación técnica de insumos: "Licitación de balón de contrapulsación y cánulas femorales 2258-89-LE18". **2019** Documento firmado por Ricardo Zamora - Jefe Logística de Farmacia HRA, que indica que en el período enero a abril del año 2019, los profesionales de la unidad de Pabellón-cardio no han participado en evaluación técnica de insumos.
UPC Ad 1	Certificado Registro de asistencia comité de insumos médicos. Registro de asistencia comité de insumos médicos. Acta reunión comité insumos Hospital Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta.	Enero 2017 27-12-2016 28-09-2016 14-06-2016	**2016:** Documento indica que en el periodo transcurrido entre abril a diciembre de 2016, los profesionales de la unidad de uci adulto participaron en la evaluación técnica de insumos de: Vendas, gasas y torulas. 2258-139-LR16 Documento está firmado por Ricardo Zamora. Jefe Logística de Farmacia. Registro de asistencia comité de insumos médicos, donde se especifica el estado de la licitación 2258-139-LR16, la adjudicación de apósitos especiales para curaciones y artículos varios. Registro de asistencia comité de insumos médicos, donde se especifica el estado de la licitación 2258-139-LR16, mostrar cuadro de evaluación licitación, coordinar forma de trabajo final. Acta reunión comité de insumos, sobre la incorporación de vendas, gasas y torulas y evaluar las alternativas existentes en el mercado. Firman asistencias integrantes del servicio.
	Certificado Resolución Exenta N° 02869	Enero 2017 13-03-2017	**2017:** Documento indica que en el periodo transcurrido entre enero a diciembre de 2017, los profesionales de la unidad de uci adulto participaron en la evaluación técnica de insumos de: Licitación insumos varios 2258-34-LE17 Documento está firmado por Ricardo Zamora. Jefe Logística de Farmacia. Resolución Exenta N° 02869, señala la adjudicación de la licitación ID 2258-34-LE17 correspondiente a la licitación múltiple insumos varios, se detalla el cuadro de evaluación de los productos.
	Certificado Acta adjudicación N° 49/18	Enero 2019 07-05-2018	**2018:** Documento indica que en el periodo transcurrido entre enero a diciembre de 2018, los profesionales de la unidad de uci adulto participaron en la evaluación técnica de insumos de: Licitación insumos varios 2258-187-LE18 Licitación insumos varios 2258-65-LE18 Documento está firmado por Ricardo Zamora. Jefe Logística de Farmacia. Acta adjudicación N°49/18 Licitación múltiple Hospital Regional Antofagasta, en donde se detalla el listado de proveedores adjudicados. Documento registra las firmas de funcionarios que participaron en la evaluación (Jefes de servicio).

	Certificado Pauta de evaluación insumo clínico Acta de adjudicación N° 26	Mayo 2019 Abril 2019 14-02-2019	**2019:** Documento indica que en el periodo transcurrido entre enero a abril de 2019, los profesionales de la unidad de uci adulto participaron en la evaluación técnica de insumos de: Guantes de nitrilo marca tresor Licitación insumos 2258-139-LR18 Documento está firmado por Ricardo Zamora. Jefe Logística de Farmacia. Pauta de evaluación, señala el nombre del insumo #¿"guante nitrilo", parámetros de evaluación del producto, servicio cínico e identificación del evaluador. Acta adjudicación N°26 Licitación sistema de auto monitoreo y asistencia en telemedicina a pacientes con diabetes, en donde se detalla el listado de proveedores adjudicados, la pauta de criterios de evaluación. Documento registra las firmas de funcionarios que participaron en la evaluación (Jefes de servicio).
UPC Ad 2	**2019:** Certificado **2018:** Certificado **2017:** Certificado **2016:** Certificado	O5-2019 01-2019	**2019:** Certificado con fecha mayo 2019, elaborado por Ricardo Zamora, jefe de logística de farmacia del HRA, que señala que en el periodo enero a abril 2019 los profesionales de la unidad de UTI, participaron en evaluación técnica de insumos: Guantes de nitrilo marca tresor. **2018:** Certificado con fecha enero 2019, elaborado por Ricardo Zamora, jefe de logística de farmacia del HRA, que señala que en el periodo enero a diciembre 2018 los profesionales de la unidad de UTI, participaron en evaluación técnica de insumos. Licitación insumos varios 2258-187-le18. Licitación insumos varios 2258-65-le18. **2017:** Certificado con fecha enero 2018 elaborado por Ricardo Zamora, jefe de logística de farmacia del HRA, que señala que en el periodo Enero a diciembre 2017 los profesionales de la unidad de UTI, participaron en evaluación técnica de insumos. Licitación insumos varios 2258-33-le17. Licitación bajadas infusión 2258-32-lp17. **2016:** Certificado con fecha enero 2017 elaborado por Ricardo Zamora, jefe de logística de farmacia del HRA, que señala que en el periodo Enero a diciembre 2016 los profesionales de la unidad de UTI, participaron en evaluación técnica de insumos: Vendas, gasas y torulas. Licitación insumos generales 2258-LR 16.

UPC Ad 3	Certificado Acta adjudicación N° 26/16 Registro de asistencia comité de insumos médicos. Registro de asistencia comité de insumos médicos	Enero 2017 25-04-2016 27-12-2016 28-09-2016	**2016:** Documento indica que en el periodo transcurrido entre abril a diciembre de 2016, los profesionales de la unidad de uci coronaria participaron en la evaluación técnica de insumos de: Licitación insumos generales 2258-139-LR16. Licitación Insumos varios 2258-81-LE16 Documento está firmado por Ricardo Zamora. Jefe Logística de Farmacia. Acta adjudicación N° 26/16 licitación de insumos varios Hospital regional Antofagasta, detalla los proveedores adjudicados e información respecto a los criterios de evaluación, documento consta de la firma de los jefes de servicios, de las unidades que participaron en la evaluación de los productos. Registro de asistencia comité de insumos médicos, donde se evalúa el estado de la licitación 2258-139-LR16, la adjudicación de apósitos especiales para curaciones y la evaluación de artículos varios. Documento registra la firma de asistentes. Registro de asistencia comité de insumos médicos, donde se evalúa el estado de la licitación 2258-139-LR16, mostrar cuadro de evaluación licitación y coordinar forma de trabajo final. Documento consta de la firma de asistentes donde se registra la firma de enfermera supervisora de UCI coronaria.
	Certificado Evaluación tapa Curos Resolución Exenta N° 02869	Enero 2018 25-07-2017 13-03-2017	**2017:** Documento indica que en el periodo transcurrido entre abril a diciembre de 2018, los profesionales de la unidad de uci coronaria participaron en la evaluación técnica de insumos de: Licitación insumos varios 2258-34-LE17. Documento está firmado por Ricardo Zamora. Jefe Logística de Farmacia. Pauta de evaluación tapa curos, registra el nombre del evaluador, la unidad, los criterios de evaluación del producto, entre otros datos. Documento consta de la firma de la enfermera supervisora de UCI Coronaria. Resolución Exenta N° 02869, señala la adjudicación de la licitación ID 2258-34-LE17 correspondiente a la licitación múltiple insumos varios, se detalla el cuadro de evaluación de los productos.
	Certificado Acta adjudicación N° 49/18	Enero 2019 07-05-2019	**2018** Documento indica que en el periodo transcurrido entre abril a diciembre de 2018, los profesionales de la unidad de uci coronaria participaron en la evaluación técnica de insumos de: Licitación 2258.65-LE18. Documento está firmado por Ricardo Zamora. Jefe Logística de Farmacia. Acta adjudicación N°49/18 Licitación múltiple Hospital Regional Antofagasta, en donde se detalla el listado de proveedores adjudicados. Documento registra las firmas de funcionarios que participaron en la evaluación (Jefes de servicio).
	Certificado	Mayo 2019	**2019:** Documento indica que en el periodo transcurrido entre enero a abril de 2019, los profesionales de la unidad de uci coronaria no han participaron en la evaluación técnica de insumos. Documento está firmado por Ricardo Zamora. Jefe Logística de Farmacia.

UPC Ped	Certificado periodo enero a diciembre 2018	17-06-2019	Certificado emitido por Ricardo Zamora, Jefe Logística, quien corrobora participación de profesionales de UPC pediátrica en la evaluación técnica de insumos, durante el año 2018: Licitación de insumos varios 2258-74-le-18. Licitación de insumos varios 2258-187-le-18. Se evidencia que insumos evaluados han sido incorporados en el arsenal.
	Certificado periodo enero a diciembre 2017	17-06-2019	Certificado emitido por Ricardo Zamora, Jefe Logística, quien corrobora participación de profesionales de UPC pediátrica en la evaluación técnica de insumos durante el año 2017: Licitación de bajadas 2258-32-lp-17. Licitación de insumos varios 2258-33-le-17.
	Certificado periodo enero a diciembre 2016	17-06-2019	Certificado emitido por Ricardo Zamora, Jefe Logística, quien corrobora participación de profesionales de UPC pediátrica en la evaluación técnica de insumos durante el año 2016: Vendas, gasas y torulas. Licitación de insumos generales 2258-139-LR16. Licitación de insumos varios 2258-81-LE-16.
UPC Neo	Certificado periodo enero a abril 2019	18-06-2019	Certificado emitido por Ricardo Zamora, Jefe Logística, quien corrobora participación de profesionales de UPC neonatal en la evaluación técnica de insumos durante el año 2019: Catéter umbilical doble lumen 5fr.
	Certificado periodo enero a diciembre 2018	18-06-2019	Certificado emitido por Ricardo Zamora, Jefe Logística, quien corrobora participación de profesionales de UPC neonatal en la evaluación técnica de insumos durante el año 2018: Licitación de insumos varios 2258-65-le-18. Agujas introductoras 2fr. Catéter umbilical doble lumen 3.5fr. Se evidencia que insumos evaluados han sido incorporados en el arsenal.
	Certificado periodo enero a diciembre 2017	18-06-2019	Certificado emitido por Ricardo Zamora, Jefe Logística, quien corrobora participación de profesionales de UPC neonatal en la evaluación técnica de insumos durante el año 2017: Set de infusión para transfusión VL TR 00 NEO. Circuito con pieza e T equipo neo puff.
	Certificado periodo enero a diciembre 2016	18-06-2019	Certificado emitido por Ricardo Zamora, Jefe Logística, quien corrobora participación de profesionales de UPC neonatal en la evaluación técnica de insumos durante el año 2016: Licitación de insumos generales 2258-373-L116. Licitación insumos 2258-139-lr16.
MQ 1	1 Certificado	Mayo 2019	**2019:** Certificado con fecha mayo de 2019, elaborado por Ricardo Zamora Jefe Logística de Farmacia, que señala que, en el periodo de enero a abril de 2019, los profesionales de la Unidad de Medicina no participaron en la evaluación técnica de insumos
	1 Certificado	Enero 2019	**2018:** Certificado con fecha enero de 2019, elaborado por Ricardo Zamora Jefe Logística de Farmacia, que señala que, en el periodo de enero a diciembre de 2018, los profesionales de la Unidad de Medicina no participaron en la evaluación técnica de insumos.
	1 Certificado	Enero 2018	**2017:** Certificado con fecha enero de 2018, elaborado por Ricardo Zamora Jefe Logística de Farmacia, que señala que, en el periodo de enero a diciembre de 2017, los profesionales de la Unidad de Medicina participaron en la evaluación técnica de insumos: Licitación múltiple de insumos Nº61/17
		Enero 2017	**2016:**

	1 Certificado		Certificado con fecha 02 de enero de 2016, elaborado por Ricardo Zamora Jefe Logística de Farmacia, que señala que los profesionales de la Unidad de Medicina participaron en la evaluación técnica de insumos: Licitación de insumos médicos generales 2258-139-LR16 del 27 de diciembre 2016. Licitación insumos generales 2258-139-LR16 del 14 de diciembre.
MQ 2	1 Certificado 1 Certificado 1 Certificado 1 Certificado	Mayo 2019 Enero 2019 Enero 2018 Enero 2017	**2019** Certificado con fecha mayo de 2019, elaborado por Ricardo Zamora Jefe Logística de Farmacia, que señala que el periodo de enero a abril de 2019 los profesionales de la Unidad BQE participaron en la evaluación de insumos: Licitación múltiple Nº 37 2258-21-LE19 **2018:** Certificado con fecha enero de 2019, elaborado por Ricardo Zamora Jefe Logística de Farmacia, que señala que el periodo de enero a diciembre de 2018 los profesionales de la Unidad BQE participaron en la evaluación de insumos: Licitación insumos urológicos 2258-81-LE18 Licitación insumos traumatológicos 2258-107-LQ18. **2017:** Certificado con fecha enero de 2018, elaborado por Ricardo Zamora Jefe Logística de Farmacia, que señala que el periodo de enero a diciembre de 2017 los profesionales de la Unidad BQE participaron en la evaluación de insumos: Licitación bajadas infusión 2258-32-ip17 Licitación 2258-230-117 **2016:** Certificado con fecha enero de 2017, elaborado por Ricardo Zamora Jefe Logística de Farmacia, que señala que el periodo de abril a diciembre de 2016 los profesionales de la Unidad BQE participaron en la evaluación de insumos: Vendas, gasas y torulas. Licitación de insumos 2258-139-LR16 Venda gasa DANAMULL -LBF
MQ 3	1 Certificado 1 Certificado 1 Certificado 1 Certificado	Mayo 2019 Enero 2019 Enero 2018 Enero 2017	**2019:** Certificado con fecha mayo de 2019, elaborado por Ricardo Zamora Jefe Logística de Farmacia, que señala que el periodo de abril a diciembre de 2019, los profesionales de la Unidad de UAPP, no participaron en la evaluación técnica de insumos. **2018:** Certificado con fecha mayo de 2019, elaborado por Ricardo Zamora Jefe Logística de Farmacia, que señala que el periodo de abril a diciembre de 2019, los profesionales de la Unidad de UAPP, no participaron en la evaluación técnica de insumos. **2017:** Certificado con fecha mayo de 2019, elaborado por Ricardo Zamora Jefe Logística de Farmacia, que señala que el periodo de abril a diciembre de 2019, los profesionales de la Unidad de UAPP, no participaron en la evaluación técnica de insumos. **2016:** Certificado con fecha mayo de 2019, elaborado por Ricardo Zamora Jefe Logística de Farmacia, que señala que el periodo de abril a diciembre de 2019, los profesionales de la Unidad de UAPP, no participaron en la evaluación técnica de insumos.
MQ 4	1 Certificado	16-05-2019	**2019:** Certificado con fecha 05 de mayo de 2019, elaborado por Ricardo Zamora Jefe Logística de Farmacia, que señala que el periodo de febrero abril de 2019 a la fecha, los profesionales de la Unidad Medico Quirúrgico Camas Básicas, no participaron

			en la evaluación técnica de insumos.
MQ 5	**2018-2019:** Declaración		**2018-2019:** Declaración verbal de referente del prestador que señala que no han participado en evaluaciones técnicas de insumos. Antes de esa fecha la unidad formaba parte de cirugía.
MQ 6	**2019:** Certificado **2018:** Declaración	16-05-2019	**2019:** Certificado con fecha 16 mayo 2019, elaborado por Ricardo Zamora, jefe de logística de farmacia del HRA, que señala que en el periodo febrero a abril del 2019 los profesionales de la unidad de cuidados cardio neuro no han participado en la evaluación técnica de insumos. **2018:** Declaración verbal de referente del prestador que señala que no han participado en evaluaciones técnicas de insumos.
APD	**2019:** Certificado **2018:** Certificado **2017:** Certificado **2016:** Certificado	17-06-2019	Certificado con fecha 16 de mayo del 2019: Elaborado por Ricardo Zamora, jefe de logística de farmacia del HRA, que señala que de enero a abril del 2019, los profesionales de la unidad de diálisis no participaron en la evaluación técnica de insumos. Declaración verbal de referente que no se han incorporado nuevos insumos. Certificado con fecha de enero 2019: Elaborado por Ricardo Zamora, jefe de logística de farmacia del HRA, que señala que de Enero a Diciembre del año 2018, los profesionales de la unidad de diálisis participaron en la evaluación técnica de insumos para concentrados de diálisis por licitación 2558-82–LP18. Certificado con fecha de enero 2018: Elaborado por Ricardo Zamora, jefe de logística de farmacia del HRA, que señala que de Enero a Diciembre del año 2017, los profesionales de la unidad de diálisis participaron en la evaluación técnica de insumos para equipos de diálisis por licitación 2558-287–LQ17. Certificado con fecha de enero 2017 Elaborado por Ricardo Zamora, jefe de logística de farmacia del HRA, que señala que de abril a diciembre del año 2016, los profesionales de la unidad de diálisis participaron en la evaluación técnica de insumos de diálisis por licitación 2258-139-LR16 y de concentrados 2258-259-LP16. Se constata mediante pauta de evaluación técnica realizada por Johanna Maita, Erika Segura y Víctor Campos.

CARACTERÍSTICA APF 1.2 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	1° EM	2° EM	3° EM	4° EM	5° EM
Unidad de Farmacia *	0	1	1		
PQ		1	1	1	1
UPC Ad		1	1	1	1
UPC Ped.		1	1	1	1
UPC Neo		1	1	1	1
Medicina		1	1	1	0
APD		1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 50%	Puntaje total: 25/27		Porcentaje obtenido: 93%		**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA APF 1.3 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

Registre Unidades Críticas del Prestador: UCI adultos, cuidados intensivos pediatría, Unidad de tratamiento intermedio, Unidad intensivo coronaria.

APF 1.3 – Primer elemento medible: Se ha designado el responsable de la mantención del stock mínimo de medicamentos e insumos en las unidades críticas de la institución.

Unidad de Farmacia**				
Documento que designa nombramiento (1): RESOLUCION EXENTA				
N° Resolución (1): 7785	Versión: no consigna	Fecha: 25-09-2015	Fecha vigencia: no consiga	N° páginas: 1
Elaborado por: no consigna		Aprobado por: D. Ricardo Salazar C., Directo Hospital Regional de Antofagasta		
Nombre responsable: UCI adultos: Tirsa González Antiquera. UPC Coronaria: María Magdalena Cerda. UPC pediátrica: Verónica Contreras Toro. TOM adultos: Rossana Pacheco Escalera. UPC neonatología: Marcela Rojo Vera.		Profesión: no se consigna	Cargo: no se consigna.	
Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista resolución exenta, en donde se designa los responsables y subrogante de la mantención del Stock mínimo de medicamentos e insumos.				
Documento que designa nombramiento (2): RESOLUCION EXENTA				
N° Resolución (2): 6623	Versión: no consigna	Fecha: 29-04-2019	Fecha vigencia: no consiga	N° páginas: 1
Elaborado por: no consigna		Aprobado por: D. Ricardo Salazar C. Director Hospital Regional de Antofagasta		
Nombre responsable: UCI adultos: Jenny Vergara Sánchez. TIM adultos: Viviana Cortés Terceros. UPC Coronaria: Maribel Donoso Olivares. UPC pediátrica: Verónica Contreras Toro. UPC neonatología: Marcela Rojo Vera.		Profesión: no se consigna	Cargo: no se consigna.	
Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista resolución exenta, en donde se designa los responsables y subrogante de la mantención del Stock mínimo de medicamentos e insumos. **Observaciones:** Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación. Se da por cumplido el elemento medible.				

APF 1.3 – Segundo Elemento medible: Se documenta una definición del stock mínimo de medicamentos e insumos en dichas unidades.

Unidad de Farmacia**				
Nombre del documento (1): PROCEDIMIENTO STOCK MÍNIMO DE MEDICAMENTOS EN UNIDADES CRÍTICAS				
N° Resolución:000008 12 de Enero 2018	Versión: 05	Fecha: Enero 2018	Fecha vigencia: Enero 2023	N° páginas: 15
Elaborado por: QF. María Guzmán Rodríguez, jefe unidad de farmacia		Aprobado por: Francisco Bueno N., Director Hospital Regional de Antofagasta.		
Define (SI/NO)	Definición de stock mínimo en unidades críticas: SI			

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En su página 2, se establece alcance y responsabilidades:
Enfermera o matrona supervisora de cada unidad: correcta mantención del stock mínimo de medicamentos y de velar que el stock mínimo se almacene correctamente, se reponga oportunamente y con la fecha de vencimiento vigente, en su respectiva unidad crítica.
Enfermera a matrona de turno: mantener vigencia de los medicamentos.
Químico farmacéutico designado por el jefe de farmacia: cumplimiento de la reposición de los medicamentos del stock mínimo en unidades críticas.
En página 10, anexo 1, se establece el stock mínimo de medicamentos en UCI adultos, se define 25 medicamentos, se mencionan algunos:

Medicamentos	Presentación	Stock
Ácido Tranexamico.	1 gr.	4
Adrenalina	1mg/1ml.	10
Amiodarona am.	150 mg.	10
Atracurio besilato.	25 mg.	10
Atropina.	1mg/1ml.	10
Betametasona.	4 mg.	2
Bicarbonato 2/3 M.	250 ml	2
Captopril.	25 mg.	4
Clorfenamina am.	10 mg.	2
Cloruro de potasio.	10% 20 ml.	20
Dopamina	200 mg/5ml.	8

En página 11, anexo 2, se establece el stock mínimo de medicamentos de unidad cuidados intensivos pediatría, se define 39 medicamentos, se mencionan algunos:

Medicamentos	Presentación	Stock
Ácido valproico	100 mg/5ml.	2

Adenosina	6mg/2ml.	4
Amonifilina	250 mg/10 ml.	4
Atropina	1mg/1 ml.	10
Bic. De sodio 2/3	250 ml	8
Cloruro de potasio	10% 10ml.	20
Cloruro de sodio	10% 10 ml	20
Dexametasona	4 mg.	4
Clorfenamina	10mg/10ml.	2
Dobutamina	250 mg.	5
Dopamina	200mg/5ml.	5

En página 13, anexo 3, se establece el stock mínimo de medicamentos de unidad tratamiento intermedio adultos, se define 25 medicamentos, se mencionan algunos:

Medicamentos	Presentación	Stock
Ácido Tranexamico.	1 gr.	4
Adrenalina	1mg/1ml.	10
Amiodarona am.	150 mg.	10
Atracurio besilato.	25 mg.	10
Atropina.	1mg/1ml.	10
Betametasona.	4 mg.	2
Bicarbonato 2/3 M.	250 ml	2
Captopril.	25 mg.	4
Clorfenamina am.	10 mg.	2
Cloruro de potasio.	10% 20 ml.	20
Dopamina	200 mg/5ml.	8

En página 14, anexo 4, se establece el stock mínimo de medicamentos de unidad intensivo coronaria, se define 24 medicamentos, se mencionan algunos:

Medicamentos	Presentación	Stock
Ácido Tranexamico.	1 gr.	4
Adrenalina	1mg/1ml.	10
Amiodarona am.	150 mg.	10
Atropina.	1mg/1ml.	10
Bicarbonato 2/3 M.	250 ml	2
Captopril.	25 mg.	4
Cloruro de potasio.	10% 20 ml.	20
Dopamina	200 mg/5ml.	8
Fentanilo	0.5 mg/10ml.	20
Furosamida	20mg/1ml.	10

En página 15, anexo 5, se establece el stock mínimo de medicamentos de unidad intensivo coronaria, se define 21 medicamentos, se mencionan algunos:

Medicamentos	Presentación	Stock
Ácido valproico	100mg/5ml.	2
Agua bidestilada	Amp.	40
Agua bidestilada	Amp 100ml.	20
Alprostadil	ampolla	2
Bicarbonato de sodio 8,4%.5%	Ampolla 10 ml-20ml	20
Cloruro de potasio	Ampolla 10% 10 ml	20
Dobutamina	Amp. 200mg/5ml.	10
Espercil	Amp. 1000mg.	2
Fenitoína	Amp. 250mg/5ml.	4

Nombre del documento (2): PROCEDIMIENTO STOCK MÍNIMO DE INSUMOS MÉDICOS EN UNIDADES CRÍTICAS				
N° Resolución: 000058 11-09-2018.	Versión: 03	Fecha: Septiembre 2018	Fecha vigencia: Septiembre 2023	N° páginas: 23
Elaborado por: QF. Lizzett Rodríguez, Logística de Farmacia		Aprobado por: Dr. Edgardo Álvarez, Director Hospital Regional Antofagasta.		
Define (SI/NO)	Definición de stock mínimo en unidades críticas: SI			

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En su página 2, se establece alcance y responsabilidades:
Enfermera o matrona supervisora de cada unidad crítica: correcta mantención del stock mínimo de insumos médicos y velar que se almacene correctamente, se reponga oportunamente y con la fecha de vencimiento vigente.
Enfermera o matrona de turno: registrar e informar el uso de un insumo médico del stock mínimo en la atención a pacientes durante su turno a enfermera o matrona supervisora.

En página 9, anexo 1, se establece el stock mínimo de insumos de la unidad de pacientes críticos adultos, se compone de 26 insumos, se mencionan algunos:

Insumos	Presentación
Bajada infusión volumen con filtro 15 micras	2
Cánula intravenosa 20Gx1 1/4	2
Cánula intravenosa 22Gx1 1/4	2
Cánula traqueotomía percutánea N°8	1
Catéter doble lumen 12 French	1
Catéter venoso central triple lumen 16G	2
Filtro de Hemodiálisis T-220	1
Kit Hemofiltro UCI	2
Llave de tres pasos	3

En página 10, anexo 2, se establece el stock mínimo de insumos de la unidad de pacientes críticos pediatría, se compone de 24 insumos, se mencionan algunos:

Insumos	Presentación
Cánula traqueotomía N°4	2
Cánula traqueotomía N°4,5	2
Catéter venoso central triple lumen 4 french x 8 cm.	2
Catéter doble 4.5 French tres lumen.	2
Catéter doble 5.5 French tres lumen	2
Filtro para traqueotomía	3
Set catéter arterial g-20	1
Set catéter arterial g-22	1
Trocar drenaje torácico 16Fr	2

En página 11, anexo 3, se establece el stock mínimo de insumos de la unidad de pacientes críticos neonatología, se compone de 24 insumos, se mencionan algunos:

Insumos	Presentación
Bajada infusión volumen con filtro 15 micras	3
Cánula intravenosa 24Gx1 1/4	4
Catéter percutáneo 1.9 2FR doble lumen.	1
Catéter umbilical N°3.5	1
Catéter umbilical N°4	1
Catéter umbilical N°5	1
Catéter umbilical N°6	1
Clamps umbilicales	5
Llaves tres pasos	3

En página 12, anexo 4, se establece el stock mínimo de insumos de la unidad de pacientes tratamiento intermedio adultos, se compone de 24 insumos, se mencionan algunos:

Insumos	Presentación
Bajada infusión volumen con filtro 15 micras	3
Cánula intravenosa 22Gx1 1/4	3
Catéter venoso central triple lumen 16G	2
Estilete intubación adulto estéril	2
Jeringa desechable 10cc c/aguja	5
Jeringa desechable 2-3cc c/aguja	5
Sonda nelaton pvc N°14 desechable	3
Sonda nelaton pvc N°16 desechable	3
Sonda nelaton pvc N°18 desechable	3

En página 13, anexo 5, se establece el stock mínimo de insumos de la unidad de pacientes crítico coronaria, se compone de 33 insumos, se mencionan algunos:

Insumos	Presentación
Alargador arterial 10cm	2

Bajada infusión volumen con filtro 15 micras	2
Cánula intravenosa 18Gx1 1/4	3
Catéter venoso doble lumen 12 french	1
Catéter venoso central triple lumen 18G	1
Jeringa desechable 60cc punta excéntrica luer slip	3
Filtro humidificador bacteria vía aérea	2
Llave de tres pasos	3
Tubo endotraqueal N°8	2

Observaciones:
Se tienen a la vista versiones anteriores del documento:
"Stock mínimo de medicamentos en unidades críticas", septiembre 2015, versión 4, elaborado por QF. Rosana Ramos y aprobado por Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional de Antofagasta.
"Stock mínimo de insumos en unidades críticas", septiembre 2015, versión 2, elaborado por QF Ricardo Zamora, jefe de logística de farmacia y aprobado por Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional de Antofagasta.
Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

APF 1.3 – Tercer Elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de reposición del stock y periodicidad de éste.

Unidad de Farmacia**				
Nombre del documento (1): PROCEDIMIENTO STOCK MÍNIMO DE MEDICAMENTOS EN UNIDADES CRÍTICAS				
N° Resolución:000008 12-01- 2018	Versión: 5		Fecha: Enero 2018	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: Enero 2023		N° páginas: 15	
Elaborado por: QF. María Guzmán Rodríguez, Jefe unidad de farmacia		Aprobado por: Francisco Bueno N., Director Hospital Regional de Antofagasta.		
Describe (SI/NO)	1. Sistema de reposición del stock	SI	2. Periodicidad de reposición	SI
Breve descripción del contenido del documento:Se tiene a la vista documento de carácter institucional. En su página 2, se establece alcance y responsabilidades: Enfermera o matrona supervisora de cada unidad: correcta mantención del stock mínimo de medicamentos y de velar que el stock mínimo se almacene correctamente, se reponga oportunamente y con la fecha de vencimiento vigente, en su respectiva unidad crítica. Enfermera a matrona de turno: mantener vigencia de los medicamentos. Químico farmacéutico designado por el jefe de farmacia: cumplimiento de la reposición de los medicamentos del stock mínimo en unidades críticas. En página 4, ítems 7, se establece el proceso: Reposición y revisión posterior al uso del stock de medicamentos. Para poder utilizar el stock mínimo la enfermera o matrona deben sacar los medicamentos del armario omnicell, utilizando la clave personal, luego ingresar a lista local, hacer click en el nombre de paciente, y elegir medicamento y cantidad a utilizar. El uso de medicamentos mediante sistema omnicell genera un informe de reposición automática en el sistema informático OCRA llamado "listado de reposición" Con dicho informe farmacia debe reponer el medicamento utilizado, dentro de las 24 horas siguientes, de lunes a viernes. En caso de que el stock mínimo sea utilizado en el fin de semana o en días feriados, la reposición debe ser el día hábil siguiente. El informe de reposición automática llamado "listado de reposición" se debe exportar del sistema informático y debe ser guardado por químico farmacéutico encargado, en carpeta virtual "registros de reposición stock mínimo". La Unidad de farmacia informará a la unidad crítica que los medicamentos están listos para su reposición y desde el servicio deben ir a buscarlos a farmacia donde se les exigirá la firma y hora de recepción de los medicamentos en las dos copias del listado de reposición, una copia debe quedar en farmacia y la otra copia se entrega a la unidad clínica. En la unidad crítica se deben reponer los medicamentos en el armario omnicell de manera inmediata. Debido a que en el armario omnicell sólo se encuentra el stock mínimo, cualquier movimiento reflejado en sistema informático OCRA se debe considerar como un uso de este stock y debe ser repuesto según periodicidad descrita.				
Nombre del documento (2): PROCEDIMIENTO STOCK MÍNIMO DE INSUMOS MÉDICOS EN UNIDADES CRÍTICAS				
N° Resolución: 000058 11-09-2018.	Versión: 3		Fecha: Septiembre 2018	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: Septiembre 2023		N° páginas: 23	
Elaborado por: QF. Lizzett Rodríguez, Logística de farmacia		Aprobado por: Dr. Edgardo Álvarez, Director Hospital Regional de Antofagasta.		
Describe (SI/NO)	1. Sistema de reposición del stock	SI	2. Periodicidad de reposición	SI
Breve descripción del contenido del documento:Se tiene a la vista documento de carácter institucional. En su página 2, se establece alcance y responsabilidades: Enfermera o matrona supervisora de cada unidad crítica: correcta mantención del stock mínimo de insumos médicos y velar				

que se almacene correctamente, se reponga oportunamente y con la fecha de vencimiento vigente.
Enfermera o matrona de turno: registrar e informar el uso de un insumo médico del stock mínimo en la atención a pacientes durante su turno a enfermera o matrona supervisora.

En página 4, ítems 7, se establece el proceso:
Después de asistir a los pacientes, en caso de haber utilizado un insumo del stock mínimo, la enfermera o matrona de turno, debe realizar un pedido a bodega (droguería distribución) a través del sistema informático, indicando que corresponde a reposición del stock mínimo asignado.
La unidad de logística de farmacia (droguería distribución) despachará los pedidos de reposición del stock mínimo generados por las unidades críticas en un tiempo máximo de 24 horas, cuando sea un día hábil; en el caso de fin de semana o feriado, la reposición se realizará en el día hábil siguiente. Se coordinará su retiro y reposición en las unidades criticas solicitante y se mantendrá un archivador correlativo con las solicitudes y los despachos respectivos.
El químico farmacéutico de logística de farmacia debe informar los insumos médicos no despachados a enfermera o matrona supervisora y deberá gestionar la adquisición del producto faltante.
Enfermera o matrona supervisora de la unidad crítica realiza revisión semanal de los Insumos Médicos del Stock Mínimo mediante "hoja de revisión semanal del stock mínimo" correspondiente a la unidad crítica y retirará aquellos con fecha de vencimiento efectiva en los próximos 2 meses, aquellos que no cuenten con rotulación legible y los que tengan su envase en malas condiciones, los que serán enviados a Bodega de Farmacia según "Procedimiento para la Baja de Medicamentos e Insumos Terapéuticos" para cambio en un plazo máximo de 24 horas.

Observaciones:
Se tienen a la vista versiones anteriores del documento:
"Stock mínimo de medicamentos en unidades críticas", septiembre 2015, versión 4, elaborado por QF. Rosana Ramos y aprobado por Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional de Antofagasta.
"Stock mínimo de insumos en unidades críticas", septiembre 2015, versión 2, elaborado por QF Ricardo Zamora, jefe de logística de farmacia y aprobado por Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional de Antofagasta.
Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

APF 1.3 – Cuarto Elemento medible: Existe constancia de que el stock mínimo se repone oportunamente.

Describir metodología de constatación: el periodo retrospectivo: A partir de 01 de junio 2016 hasta el 31 de mayo 2019.
Registros revisados reposición de medicamentos:
Inventario de eliminación documental de fecha 8 de febrero 2018.
Transacción por artículos/procedimiento por sistema informático OMNICELL
Lista de reposición otorgado por sistema informático OCRA.
Registros revisados reposición de insumos:
Registros relacionadoscon OMNICELL.
Inventario de eliminación documental.
Listado de BINCARD.
Pedido de Bodega no planificado.
Salida de despacho a usuarios.
De la constatación de medicamentos:
Para constatar el cumplimiento se solicitan los documentos que dan cuenta de la reposición oportuna de medicamentos según procedimiento definido en protocolo institucional. El prestador refiere que no cuenta con las recetas médicas que se utilizaban para reponer los medicamentos del stock crítico entre el período 2016 hasta diciembre 2017, producto de inundación que afectó a bodega de custodia y almacenamiento Se tiene a la vista documento de farmacia elaborado por Jefe de Farmacia Sra. Rosana Ramos, fechado el 08-02-2018, donde describe los documentos dados de baja afectados por la inundación de la bodega, dentro de ellos las recetas médicas.
Para la constatación de medicamentos se revisan las reposiciones efectuadas a partir de enero 2018 hasta mayo 2019.
Para la reposición de insumos todo el período retrospectivo señalado.
Los criterios de cumplimiento utilizados, se detallan a continuación:
Reposición periódica de todo el período que comprende esta evaluación. (criterio 1).
Firma y hora de recepción de los medicamentos en documento "listado de reposición". (criterio 2).
De la constatación de insumos:
Para constatar el cumplimiento se solicitan los documentos que den cuenta de la reposición oportuna de insumos según procedimiento definido en protocolo institucional.
Criterios de cumplimiento evaluados:
Reposición periódica de todo el período que comprende esta evaluación. (criterio 1).
Fecha y hora de reposición. (criterio 2).

UNIDAD CRÍTICA 1: UCI ADULTOS 1

Total de medicamentos seleccionados: 5	Total de medicamentos que cumplen de acuerdo a norma: 0

Detalle de los medicamentos constatados

Medicamento	Fecha y hora de solicitud	Medio de solicitud	Fecha y hora de reposición	Sistema/Documento Revisado	Reposición oportuna según norma
Cloruro de Potasio amp. 10%	16/01/2019 8:04 AM.	Listado de reposición	No consigna.	Sistema informático Omnicell, documento Transacción por artículos, Listado de reposición.	NO
Amiodarona amp. 150	16/01/2019	Listado de	No consigna.	Sistema informático	NO

mg	8:04 AM.	reposición		Omnicell, documento Transacción por artículos, Listado de reposición	
Labetalol amp. 100 mg	16/01/2019 8:04 AM.	Listado de reposición	No consigna.	Sistema informático Omnicell, documento Transacción por artículos, Listado de reposición	NO
Nor-adrenalina amp. 4 mg.	30/01/2019 8:31 AM.	Listado de reposición	No consigna.	Sistema informático Omnicell, documento Transacción por artículos, Listado de reposición	NO
Furosamida amp 20 mg	27/12/2018 2:28 AM.	Listado de reposición	No consigna.	Sistema informático Omnicell, documento Transacción por artículos, Listado de reposición	NO
Total de insumos seleccionados: 3			Total de insumos que cumplen de acuerdo a norma: 1		

Detalle de los insumos constatados

Insumo	Fecha y hora de solicitud	Medio de solicitud	Fecha y hora de reposición	Sistema/Documento Revisado	Reposición oportuna según norma
Catéter doble lumen 12fr	14/03/2018	Formulario pedido de bodega no planificado	14/03/2018	Formulario pedido de bodega no planificado. Salida por despacho a usuarios	SI
Catéter doble lumen 12fr	14/03/2018	No consigna	-	Salida por despacho a usuarios. Bincard 2018 Ominicell	No se puede constatar
Set Catéter Arterial G-22	14/03/2018	No consigna	-	Salida por despacho a usuarios. Bincard 2018 Ominicell	No se puede constatar
Filtro P/Hemodiálisis T220	07/03/2017	No consigna	-	Salida por despacho a usuarios. Bincard 2018 Ominicell	No se puede constatar

UNIDAD CRÍTICA 2: UCI PEDIÁTRICA

Total de medicamentos seleccionados: 3	Total de medicamentos que cumplen de acuerdo a norma: 0

Detalle de los medicamentos constatados

Medicamento	Fecha y hora de solicitud	Medio de solicitud	Fecha y hora de reposición	Sistema/Documento Revisado	Reposición oportuna según norma
Glucagón 1 mg.	18-12-2018. 3:21 PM.	Listado de reposición	No consigna.	Sistema informático Omnicell, documento Transacción por artículos, Listado de reposición	NO
Ketamina 500 mg	18-12-2018. 3:21 PM.	Listado de reposición	No consigna.	Sistema informático Omnicell, documento Transacción por artículos, Listado de reposición	NO
Paracetamol 10 mg	18-12-2018. 3:21 PM.	Listado de reposición	No consigna.	Sistema informático Omnicell, documento Transacción por artículos, Listado de reposición	NO
Total de insumos seleccionados: 3			Total de insumos que cumplen de acuerdo a norma: 1		

Detalle de los insumos constatados

Insumo	Fecha y hora de solicitud	Medio de solicitud	Fecha y hora de reposición	Sistema/Documento Revisado	Reposición oportuna según norma
Tubo Endotraqueal C/bal	14-03-2018	Formulario pedido de bodega no planificado	14-03-2018	Formulario pedido de bodega no planificado Salida por despacho	SI

				a usuarios. Bincard 2018 Ominicell	
Trocar drenaje torácico	22-01-2019	No consigna	-	Salida por despacho a usuarios. Bincard 2019	No se puede constatar
Catéter Venoso Central doble lumen 22G	27-12-2018	No consigna	-	Salida por despacho a usuarios. Bincard 2019	No se puede constatar

Descripción de los hallazgos:

UNIDAD CRÍTICA 3: UCI CORONARIA

Total de medicamentos seleccionados: 5 | Total de medicamentos que cumplen de acuerdo a norma: 0

Detalle de los medicamentos constatados

Medicamento	Fecha y hora de solicitud	Medio de solicitud	Fecha y hora de reposición	Sistema/Documento Revisado	Reposición oportuna según norma
Amiodarona amp. 150mg	18-12-2018 8:11 AM	Listado de reposición	No consigna.	Sistema informático Omnicell, documento Transacción por artículos, Listado de reposición	NO
Nitroglicerina amp 50mg	18-12-2018 8:11 AM	Listado de reposición	No consigna.	Sistema informático Omnicell, documento Transacción por artículos, Listado de reposición	NO
Epinefrina 1mg.	18-12-2018 8:11 AM	Listado de reposición	No consigna.	Sistema informático Omnicell, documento Transacción por artículos, Listado de reposición	NO
Ácido Tranexamico amp 1g	18-12-2018 8:11 AM	Listado de reposición	No consigna.	Sistema informático Omnicell, documento Transacción por artículos, Listado de reposición	NO
Nor adrenalina amp 4mg.	18-12-2018 8:11 AM	Listado de reposición	No consigna.	Sistema informático Omnicell, documento Transacción por artículos, Listado de reposición	NO

Total de insumos seleccionados: 2 | Total de insumos que cumplen de acuerdo a norma: 2

Detalle de los insumos constatados

Insumo	Fecha y hora de solicitud	Medio de solicitud	Fecha y hora de reposición	Sistema/Documento Revisado	Reposición oportuna según norma
Catéter Venoso central	26-12-2016	Formulario pedido de bodega no planificado	26-12-2016	Formulario pedido de bodega no planificado. Salida por despacho a usuarios	SI
Introductor N°7 fr	05-07-2016	Formulario pedido de bodega no planificado	05-07-2016	Formulario pedido de bodega no planificado. Salida por despacho a usuarios Bincard 2016.	SI

Descripción de los hallazgos:

1. El prestador no cuenta con la información desde junio 2016 a diciembre 2017, por lo que no se puede realizar la constatación de reposición oportuna de medicamentos en esas fechas.
2. Los documentos presentados por el prestador para constatar la reposición oportuna de medicamentos, desde enero 2018 hasta mayo 2019, no dan cuenta de la reposición oportuna, dado que en documento listado de reposición no se establece la fecha, hora y firma del personal de la unidad crítica que recepciona los medicamentos para su reposición.
3. En cuanto a los insumos revisados, en algunos se puede constatar la reposición oportuna como lo establece el protocolo (24 hrs hábiles). Lo que no se pudo constatar es debido a la ausencia del "formulario de pedido de bodega no planificado", el cual establece la fecha y hora de la solicitud.

Por lo expuesto en el punto 2 y 3, no se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APF 1.3 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0 – NA)	Farmacia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1	4° EM: 0
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 3/4	Porcentaje obtenido: 75%		**Cumple: SI**	

CARACTERÍSTICA APF 1.4 / HALLAZGOS

APF 1.4 – Primer elemento medible: Se describen en un documento(s) elaborado por Farmacia, los siguientes procedimientos.

Farmacia					
Nombre del documento: MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PRACTICAS DE FARMACIA					
N° Resolución: no consigna	Versión: 04	Fecha: Enero 2018	Fecha vigencia: Enero 2023	N° páginas: 16	
Elaborado por: QF. Sandra Trujullo, QF Lizzett Rodríguez		Aprobado por: QF. Rosana Ramos B., Jefe Farmacia Hospital Regional Antofagasta.			
El documento describe los siguientes procedimientos (SI/NO):					
1. Rotulación de medicamentos	SI	2. Envasado de medicamentos e insumos	SI	3. Despacho de medicamentos e insumos	SI
4. Sistema de eliminación de medicamentos expirados, en mal estado o sin rotulación adecuada	SI	Sistema de reposición de stock mínimo de la Unidad de Farmacia		SI	

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento en punto de verificación de farmacia, el cual ¿ contiene los siguientes elementos
En página 2, ítem 2 y 3 se establece alcance y responsables:
Químico farmacéutico jefe de farmacia: velar por el cumplimiento de este procedimiento.
Químico farmacéutico coordinador de atención cerrada: realizar el pedido semanal a droguería distribución para reposición del stock de bodega activa cerrada. Verificar las buenas prácticas de manipulación de los medicamentos cuando se aplica el sistema de unidosis en farmacia cerrada. Supervisar que la baja de medicamentos expirados, en mal estado o sin rotulación adecuada se realice de acuerdo al procedimiento.
Químico farmacéutico: verificar el correcto despacho de medicamentos e insumos a las unidades clínicas y de la validación de todas las recetas de los pacientes de sus servicios clínicos asignados.

En página 6, ítem 6 se establece la descripción del proceso, se mencionan algunos aspectos:
Ítem 6.1, Rotulación de Medicamentos:La rotulación de medicamentos se realiza en el caso de re envasar los medicamentos en dosis unitaria y también al realizar preparaciones magistrales orales. Todo rotulo debe contener:
Identificación del paciente (en caso de preparados magistrales)
Nombre genérico
Dosis
Forma farmacéutica
Fecha de vencimiento
Número de lote (en caso de re envasado dosis unitaria)
Laboratorio fabricante (en caso de re envasado dosis unitaria)
Nombre de la institución (en caso de preparados magistrales)
Número de serie de la partida (en caso de preparados magistrales)

En página 6, ítem 6.2, se describe el Envasado automático de medicamentos:
Se debe envasar un producto a la vez, con el fin de evitar posibles errores en el re envasado.
El técnico paramédico encargado del envasado en dosis unitaria debe envasar diariamente de acuerdo a lo contenido en "calendario semanal de re envasado"
Los comprimidos no se deben sacar de su envase original, si no re envasarlos dentro de su blíster individual original.
En el sistema computacional del re envasadora BlisPack. se debe plasmar la siguiente información:
Identificación del producto (nombre genérico).
Ingresar fecha de caducidad del producto.
Ingresar número de lote del producto,
Verificar el fabricante del producto,
Verificar actividad del producto (dosis).
Verificar medidas del producto (miligramos, mg).

En página 7, ítem 6.3 se describe el despacho de medicamentos:

Recepción recetas médicas: la receta médica electrónica se recibe inmediatamente en el sistema informático de farmacia al ser grabada por el médico sin tener necesidad de imprimirla.
Recepción recetas controladas: la receta médica electrónica de un medicamento psicotrópico o estupefaciente no será despachada si no viene la receta impresa y con la firma del médico.
No se recibirá como receta médica ningún otro tipo que no sea del tipo autorizado dentro del hospital, no serán válidos memos o notas internas de enfermería u otros profesionales en los cuales se soliciten medicamentos.
Validación recetas: será realizada por el químico farmacéutico, encargado de cada Servicio Clínico, quien deberá visar que la receta correlacione con la terapia farmacológica del paciente.
Dentro de la validación de la receta, el químico farmacéutico además deberá verificar el uso de antibióticos y/o de algún medicamento de uso excepcional, verificando si se encuentra autorizado y verificar el abastecimiento de los medicamentos prescritos para asegurar el tratamiento en su totalidad.

En página 8, se establece el despacho de recetas médicas:
Las recetas luego de su validación serán despachadas en el sistema automatizado de despacho de medicamentos (carrusel) como sigue a continuación:
Llenado de Caseteras y Maletines: deberá ser realizado por el técnico paramédico de farmacia. La dispensación será de acuerdo a

la dosificación y vía de administración solicitada por el médico tratante. Se deberá tener en cuenta que el llenado debe ser verificando la sala y el servicio clínico y que se llene en el maletín correspondiente. Todos los maletines deberán llevar fecha de entrega.
Revisión Caseteras y Maletines: La revisión de las caseteras está a cargo del Químico Farmacéutico encargado de cada servicio. Se indicará al técnico paramédico cualquier omisión o error respecto a los medicamentos, para ser corregido inmediatamente. El horario establecido de la revisión es hasta las 16:00 hrs.
Intercambio de Maletines, Caseteras y Carros nodriza: Los maletines deberán ir con llave. Luego de la entrega del carro en cada servicio clínico, se realizará el intercambio de los maletines por los del día anterior.
inmediata al Químico Farmacéutico encargado. La llave de los maletines que se quedan en el servicio clínico deberá estar bajo responsabilidad de la enfermera y/o matrona a cargo del servicio.

En página 9, ítem 6.4 se establece el despacho de insumos por pauta mensual:
Toda salida debe efectuase a través del sistema informático, utilizando para este efecto las pautas que cada uno de los servicios tiene grabada en el sistema León.
Las enfermeras y/o matronas supervisoras de las unidades clínicas deben revisar y actualizar sus pautas de pedido cada tres meses, y remitirlas firmadas a logística de farmacia.
El personal de droguería deberá preocuparse de entregar los productos a los servicios solicitantes, y quienes retiran, deben dejar constancia escrita de este acto con firma y Rut. Además, tanto personal de bodega como quien retira del servicio clínico, deberá revisar que las fechas de vencimiento y estado de los productos se reciban conforme.

En página 9, ítem 6.5 se describe entrega de insumos clínicos de uso inmediato en las unidades:
Los artículos de uso inmediato, adquiridos en forma especial a través de compra no programada serán derivados a las unidades solicitantes.
Toda la documentación debe quedar debidamente firmada por el servicio receptor quien timbrará e indicará la fecha de recepción.
Cuando la urgencia lo justifique se podrá entregar los productos directamente a los servicios solicitando la identificación del funcionario receptor, quien deberá firmar las facturas o guías, posteriormente, en la bodega, se procederá al ingreso al sistema computacional y a su egreso al centro de costo respectivo.

En página 10, ítem 6.7, se describe despacho de insumos clínicos a unidades de paciente crítico:Las unidades de pacientes críticos podrán efectuar pedidos a bodega de farmacia con el objetivo de resguardar sus inventarios críticos establecidos por procedimiento y no afectar el proceso clínico

En página 11, ítem 6.8 se establece el sistema de eliminación de medicamentos expirados, en mal estado o sin rotulación adecuada.

La eliminación de medicamentos expirados, en mal estado o sin rotulación adecuada se debe realizar según lo establecido en "Procedimiento para la baja de medicamentos e insumos terapéuticos" PO-FAR-10.

En página 11, ítem 6.9, se describe el sistema de reposición de stock mínimo de la unidad de farmacia:
El pedido a droguería distribución, se debe realizar una vez a la semana, todas las semanas.
El responsable de hacer el pedido semanal es el químico farmacéutico coordinador de atención cerrada quien lo entregará a droguería distribución los días martes de cada semana.
El pedido será despachado desde droguería distribución los días jueves, y será llevado a farmacia por personal de bodega, es necesario la revisión por un técnico paramédico designado de todos los productos despachados y verificar el correcto orden de éstos en la bodega activa.
La reposición de los medicamentos de los carruseles de dispensación en farmacia cerrada se realiza de acuerdo a la necesidad de cada carrusel, la reposición se hace directamente desde la bodega activa; esta acción la supervisa el químico farmacéutico coordinador,
El pedido de reposición de sueros se debe realizar diariamente, al igual que el inventario de los sueros y lo debe dejar listo el técnico paramédico de turno de noche para ser visado por el químico farmacéutico coordinador a la mañana siguiente.

Observaciones:
Se tienen a la vista versiones anteriores del documento:
Manual de Procedimientos Practicas de farmacia, de abril 2016, versión 3. Elaborado por QF Sandra Trujillo y QF. Lizzet Rodríguez, aprobado por QF. Rosana Ramos, jefe de farmacia.
Procedimiento para la baja de medicamentos e insumos terapéuticos, de fecha marzo 2017, versión 3, elaborado por QF. Lizzett Rodríguez y aprobado por Francisco Bueno, Directo Hospital Regional Antofagasta.
Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

APF 1.4 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Farmacia		
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE PROCESOS DE REENVASADO REALIZADOS DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO.	
Fórmula matemática	N° de procesos de reenvasados realizados de acuerdo al procedimiento / N° de procesos de reenvasado totales X 100	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Mensual.
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA ROTULACIÓN DE PREPARADOS MAGISTRALES ORALES	
Fórmula matemática	Preparados magistrales orales rotulados correctamente según pauta / total de preparados magistrales orales X 100	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Semestral

APF 1.4– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Farmacia	
Nombre documento (1)	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Químico Farmacéutico de Farmacia.
Fuente primaria	Pauta de supervisión
Fuente secundaria	Pauta de supervisión
Periodo evaluado	01 de junio 2016 al 31 de diciembre 2017
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra**: No aplica. **Metodología de muestreo**: Se aplica la pauta de supervisión por oportunidad, de lunes a viernes a los procedimientos de reenvasado, tratando de obtener al menos 5 pautas semanales, 20 mensuales. **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión contiene una tabla, con ítem de registro de mes de evaluación y 5 criterios de cumplimiento: Funcionario se lava las manos antes de comenzar el envasado. Funcionario utiliza guantes, mascarilla y gorro. Se envasa sólo un producto a la vez. Se realiza la limpieza de la máquina antes y después del re envasado. Se mantiene el área ordenada y limpia.
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra**: La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 meses, correspondiendo a mayo 2018 y diciembre 2018. **Registros revisados para este indicador:** Informe evaluación periódica del indicador. Pautas aplicadas. **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) Informe evaluación periódica del indicador, contiene los resultados de las mediciones del indicador. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado para este indicador (19 meses), con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se verifica que la cantidad de pautas aplicas reportados por el prestador concuerda con lo informado. Se constata que los criterios de cumplimiento evaluados se encuentran estipulados en el documento institucional.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	19	20	95%			
Julio 2016	17	20	85%			
Agosto 2016	19	20	95%			
Septiembre 2016	20	20	100%			
Octubre 2016	19	20	95%			
Noviembre 2016	19	20	95%			
Diciembre 2016	20	20	100%			
Enero 2017	19	20	95%			
Febrero 2017	20	20	100%			
Marzo 2017	20	20	100%			
Abril 2017	17	20	85%			
Mayo 2017	20	20	100%			
Junio 2017	19	20	95%			
Julio 2017	20	20	100%			
Agosto 2017	20	20	100%			
Septiembre 2017	20	20	100%			
Octubre 2017	19	20	95%			
Noviembre 2017	18	20	90%			
Diciembre 2017	19	20	95%			

Descripción de los hallazgos:
El prestador realiza medición mensual y tabula los datos de forma trimestral.
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
Se da por cumplido el elemento medible.

Nombre documento (2)	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Químico Farmacéutico de Farmacia
Fuente primaria	Libro de registro de papelillos 2018
Fuente secundaria	Pauta de supervisión
Periodo evaluado	01 de enero 2018 hasta 31 de Mayo 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra**: No aplica. **Metodología de muestreo**: se aplica la pauta de supervisión por oportunidad, de lunes a viernes

	a los procedimientos de reenvasado de magistrales orales evaluando el cumplimiento de los criterios de rotulación, se trata de obtener al menos 5 pautas semanales, 20 mensuales. **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión tiene contiene una tabla con los siguientes ítems: mes evaluado, número, fecha de evaluación nombre del medicamento, lo criterios de cumplimiento a evaluar (4), cumplimiento, evaluador. Los criterios de cumplimiento son: Identificación del paciente. Nombre genérico del medicamento. Dosis. Número de serie de la partida.
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 meses, correspondiendo a mayo 2018 y diciembre 2018. **Registros revisados para este indicador:** Informe evaluación periódica del indicador. Pautas aplicadas. Libro de registro de preparación de papelillos **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) Informe evaluación periódica del indicador, contiene los resultados de las mediciones del indicador. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado para este indicador (17 meses), con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se verifica que la cantidad de pautas aplicas reportados por el prestador concuerda con lo informado en el mes de mayo 2018 y diciembre 2018. Se constata que los criterios de cumplimiento evaluados se encuentran estipulados en el documento institucional. Se constata 5 fuentes primarias de los 2 meses a evaluar utilizando la herramienta randomizer:

Mayo 2018				
Fecha Preparación	Medicamento	Dosis	Cumplimiento Reportado	Cumplimiento EA
08/05/2018	Carvedilol	3 mg.	SI	SI
15/05/2018	Captopril	5 mg.	SI	SI
25/05/2018	Primidona	25 mg.	SI	SI
25/05/2018	Sildenafil	12,5 mg.	SI	SI
31/05/2018	Ácido fólico	1 mg.	SI	SI

Diciembre 2018				
Fecha Preparación	Medicamento	Dosis	Cumplimiento Reportado	Cumplimiento EA
06/12720018	Hidrocortisona	5mg	SI	SI
07/12/2018	Fenobarbital	25 mg	SI	SI
13/12/2018	Fenobarbital	25 mg	SI	SI
14/12/2018	Hidrocortisona	5mg	SI	SI
28/12/2018	Sildenafil	5 mg	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Enero 2018	16	20	80%			
Febrero 2018	17	20	85%			
Marzo 2018	16	20	80%			
Abril 2018	17	20	85%			
Mayo 2018	**20**	**20**	**100%**	**20**	**20**	**100%**
Junio 2018	18	20	90%			
Julio 2018	17	20	85%			
Agosto 2018	16	18	88,8%			
Septiembre 2018	17	19	89,4%			
Octubre 2018	20	20	100%			
Noviembre 2018	18	20	90%			

Diciembre 2018	**14**	**16**	**87,5%**	**14**	**16**	**87,5%**
Enero 2019	19	20	95%			
Febrero 2019	20	20	100%			
Marzo 2019	20	20	100%			
Abril 2019	20	20	100%			
Mayo 2019	19	20	95%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado.

Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APF 1.4 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Unidad de Farmacia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA APF 1.5 / HALLAZGOS

APF 1.5 – Primer elemento medible: Se describen en un documento(s) elaborado (s) por Farmacia, los procedimientos relacionados con:

Unidad de Farmacia*				
Nombre del documento: MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE FARMACIA EN LAS UNIDADES CLINICAS				
Código: MA-FAR-03	Versión: 04	Fecha: Enero 2018	Fecha vigencia: 5 Años.	N° páginas: 24
Elaborado por: Sandra Trujillo, Química farmacéutica. Lizzett Rodríguez, Química farmacéutica.		Aprobado por: Rosana Ramos, Química Farmacéutica Jefe de Farmacia		

El documento describe los siguientes procedimientos (SI/NO):					
1. Almacenamiento y conservación de medicamentos e insumos	SI	2. Formato de prescripción de medicamentos	SI		
3. Solicitud de medicamentos e insumos desde unidades clínicas	SI	4. Devolución de medicamentos e insumos	SI	5. Notificación de reacciones adversas a medicamentos a la autoridad pertinente	SI

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento en punto de verificación farmacia:
En la página 2, se detalla alcance y responsables:
Químicos farmacéuticos: hacer cumplir el procedimiento, realizar el seguimiento del paciente que presente una reacción adversa a medicamentos.
Enfermera, matrona y /o tecnólogo médico supervisor de las unidades clínicas: hacer que se lleve a cabo el procedimiento.
Técnico paramédico: ejecutar labores de apoyo de supervisión de las enfermeras y matronas supervisoras para el buen cumplimiento del protocolo.
Todos los profesionales: médicos, odontólogos, químicos farmacéuticos, enfermeros, matrones, kinesiólogos, son responsables de reportar la sospecha de una reacción adversa a medicamentos mediante el formulario establecido.
Encargado de farmacovigilancia: recibir las notificaciones que se hagan en las diferentes unidades, recopilar antecedentes faltantes o que estén incompletos en la notificación realizada, crear clave a los profesionales que quieren notificar y no tengan acceso a la plataforma.

En página, punto 7.1, comienza la descripción del proceso de almacenamiento y conservación de almacenamiento de insumos y medicamentos en las unidades clínicas:
Consideraciones básicas:
Los medicamentos deben mantenerse en su envase original, protegido del calor, luz y humedad y a temperatura ambiente inferiores a los 25°C.
No deben usarse los medicamentos después de la fecha de vencimiento.
Deben ser almacenados en un lugar específico en la unidad clínica.
No deben almacenarse en las unidades que no posean stocks autorizados.
En los servicios clínicos que tengan dispensación de medicamentos por sistema OMNICELL, se debe mantener los medicamentos dentro de la máquina dispuesta para ello.
En los servicios clínicos que tengan dosis unitarias, no se deben almacenar medicamentos.
El almacenamiento de los medicamentos estupefacientes y psicotrópicos deben regirse de acuerdo a los decretos supremos N°404/83 y N° 405/83.

Conservación: Cada producto debe ser conservado respetando las indicaciones del envase, sus características, condiciones de luz, temperatura ambiental de no más de 25°C.

En página 7, ítems 7.1.4, se establece el **manejo de medicamentos refrigerados:**
Todos los medicamentos refrigerados requieren de una cadena de frío, deben mantenerse entre 2°C y 8°C en todo momento.
En las unidades clínicas, deben mantenerse refrigerados hasta el momento de administración al paciente, por ello deben estar en la bandeja media del refrigerador o en la puerta, no en el congelador.
Se debe llevar registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores.

En página 7, ítems 7.2, se describe **formato de prescripción de medicamentos:**
En el hospital existen tres tipos de recetas autorizadas:
Receta médica electrónica: recetas extendidas por el profesional médico en el sistema informático SICLOPE, en la que se

prescribe el tratamiento farmacológico del paciente, incluyendo dosis y días de tratamiento.
Recetas médicas de bolsillo: receta blanca, no autocopiativa, tiene número correlativo y la utiliza todo médico autorizado, sólo en caso excepcional, por ejemplo, caída del sistema informático.
Recetas controladas: se prescriben medicamentos estupefacientes y psicotrópicos, las que deben cumplir con los requisitos generales y someterse a las disposiciones contenidas en los decretos N°404/83 y N° 405/83.

En página 8, ítems 7.3.1, se establece la solicitud de insumos desde las unidades clínica a droguería, se describen algunos puntos del procedimiento:
Todas las unidades clínicas deben efectuar los pedidos de insumos por medio del sistema informático, con sus pautas mensuales.
Las pautas mensuales de cada servicio deben ser transmitidas por sistema durante la última semana de cada mes.
Las pautas mensuales grabadas en el sistema deben ser revisadas trimestralmente por los jefes de centro de costo.

En ítem 7.4 de la misma página 10, se detalla la solicitud de insumos clínicos para su uso inmediato en la unidad, estableciendo que los insumos una vez recepcionados por la unidad de abastecimiento, serán derivados a las unidades cumpliendo lo dispuesto en los manuales de procedimientos de la droguería.

En página 9, ítem 7.5 y 7.6 se establece la solicitud de sueros de unidades clínicas y solicitud de insumos clínicos en unidades de pacientes crítico.

En página 10, ítem 7.7, se establece la solicitud de medicamentos desde las unidades clínicas a farmacia cerrada, se detallan algunos puntos:
La receta médica queda en el sistema informático de farmacia donde se validará la receta.
Luego de la validación serán despachadas de acuerdo al sistema de distribución implementado en cada servicio, es decir, dosis unitaria o sistema de distribución tradicional.
Los medicamentos serán despachados en el cajetín correspondiente a cada paciente, cada servicio es responsable de retirar sus medicamentos en farmacia.

En página11, ítem 7.8.1 se establece la devolución de insumos clínicos desde las unidades clínicas, se detallan algunos puntos:
Las devoluciones deben ajustar a la droguería, a través de un memo del supervisor, indicando el nombre del servicio clínico, descripción del material y cantidad a devolver.
No se aceptarán devoluciones de producto vencidos.

En página 11, ítem 7.9 se establece la devolución de medicamentos desde las unidades clínicas, se detallan algunos puntos:
Los servicios que tiene despacho por dosis unitarias, deben mantener los medicamentos que no fueron administrados en el cajetín del paciente correspondiente.
No se deben sacar los medicamentos de los cajetines para devolverlos a farmacia, ya que se debe realizar el descuento a la cuenta del paciente de los medicamentos.
No se aceptarán devoluciones de medicamentos vencidos o en mal estado, si esto ocurre, la bodega de farmacia recibe los medicamentos para su destrucción y posterior eliminación.

En página 12, ítem 7.10, se establece el procedimiento de notificación de reacciones adversas a medicamentos a la autoridad pertinente, entre ellos:
El personal clínico que detecte signo/síntomas que puedan corresponder a una reacciona adversa a medicamentos deberá reportar al médico tratante.
El médico evaluará y tratará al paciente, posteriormente deberá completar el formulario del instituto de salud pública, el cual puede ser llenado por el médico, dentista o profesional no médico responsable del paciente en la plataforma de internet, si el profesional no tiene clave para acceder debe solicitar al químico farmacéutico.
El profesional deberá registrar en la ficha clínica la sospecha de la reacción adversa, con los signos y síntomas y el medicamento que pudo haber provocado y tratamiento indicado.
El químico que recibe la notificación, debe concurrir a verificar y recolectar información necesaria, revisar ficha del paciente, identificar posible fármaco responsable de la reacción, revisar serie, laboratorio, fecha de vencimiento.
En caso de ser una reacción leve, el químico debe notificar al instituto de salud pública en un plazo no superior a un mes, a través del formulario completo en la plataforma de internet disponible para ello, si es grave dentro de las 72 horas.
Se debe notificar: todas las sospechas a reacciones a fármacos con reciente introducción terapéutica, sospecha a reacciones desconocidas e inesperadas, reacciones que sean mortales, reacciones adversas derivada de uso de medicamentos e indicaciones no autorizadas y las causadas por errores.

En página 16, anexo 1 se establece el indicador y umbral de cumplimiento.

Observaciones:
Se tiene a la vista versiones anteriores del documento:
"Manual de procedimientos de farmacia en las unidades clínicas", versión 3, fecha de aprobación abril 2016, elaborado por química farmacéutica Sandra Trujillo y química farmacéutica Lizzett Rodríguez, aprobado por química farmacéutica Rosana Ramos, jefe de farmacia.
Se cumple con el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA

Farmacia	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Medicina	URG	PQ	Ped.
SI	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**

APF 1.5 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral 1de cumplimiento.

UPC Ad. 1

Nombre indicador (1) Ene-2018 a la fecha	PORCENTAJE DE NOTIFICACIONES DE RAM QUE CUMPLEN CON PROTOCOLO DEL ISP	
Fórmula matemática	N° de notificaciones de RAM que cumplen con protocolo de ISP/N° de notificaciones de RAM	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Semestral
Nombre indicador (2)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES CLÍNICAS	
Fórmula matemática	N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos en el servicio/N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) x 100	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad. 2		
Nombre indicador (1) Ene-2018 a la fecha	PORCENTAJE DE NOTIFICACIONES DE RAM QUE CUMPLEN CON PROTOCOLO ISP	
Fórmula matemática	N° de notificaciones de RAM que cumplen con protocolo de ISP/N° de notificaciones de RAM	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Semestral
Nombre indicador (2) Abr 2016-May 2019	% DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES CLÍNICAS	
Fórmula matemática	Nº de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos en el servicio/ Nº total de áreas de almacenamiento en el servicio X 100.	
Umbral de cumplimiento:90%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad. 3		
Nombre indicador (1) Ene-2018 a la fecha	PORCENTAJE DE NOTIFICACIONES DE RAM QUE CUMPLEN CON PROTOCOLO DEL ISP	
Fórmula matemática	N° de notificaciones de RAM que cumplen con protocolo de ISP/N° de notificaciones de RAM	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Semestral
Nombre indicador (2)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES CLÍNICAS	
Fórmula matemática	N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos en el servicio/N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) x 100	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ped.		
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE NOTIFICACIONES DE RAM QUE CUMPLEN CON EL PROTOCOLO DEL ISP	
Fórmula matemática	Nº de notificaciones de RAM que cumplen con protocolo del ISP/Nº de notificaciones de RAM	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: semestral
UPC Neo		
Nombre indicador (1) 2016 - 2017	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE ALMACENAMIENTO DE INSUMOS EN LAS UNIDADES CLÍNICAS	
Fórmula matemática	Nº de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de insumos en el servicio/Nº total de áreas de almacenamiento de insumos en el servicio x 100	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: trimestral
Nombre indicador (2) 2018 - 2019	PORCENTAJE DE NOTIFICACIONES DE RAM QUE CUMPLEN CON EL PROTOCOLO DEL ISP	
Fórmula matemática	Nº de notificaciones de RAM que cumplen con protocolo del ISP/Nº de notificaciones de RAM	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: semestral
MQ 1		
Nombre indicador (1)	% DE NOTIFICACIONES DE RAM QUE CUMPLEN CON NOTIFICACIONES DEL ISP	
Fórmula matemática	Nº de notificaciones de RAM que cumplen con protocolo de ISP / en relación a notificaciones por RAM x 100	
Umbral de cumplimiento: 90 %		Periodicidad de la evaluación: Semestral
Nombre indicador (2) Abr 2016 - May 2019	% DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES CLÍNICAS	
Fórmula matemática	Nº de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos en el servicio/ Nº total de áreas de almacenamiento en el servicio X 100.	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 2		
Nombre indicador (1)	% DE NOTIFICACIONES DE RAM QUE CUMPLEN CON NOTIFICACIONES DEL ISP	
Fórmula matemática	Nº de notificaciones de RAM que cumplen con protocolo de ISP / en relación a notificaciones por RAM x 100	
Umbral de cumplimiento: 90 %		Periodicidad de la evaluación: Semestral
Nombre indicador (2) Abr 2016 - May 2019	% de cumplimiento de la norma de almacenamiento de medicamentos en las unidades clínicas	
Fórmula matemática	Nº de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos en el servicio/ Nº total de áreas de almacenamiento en el servicio X 100.	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 3		
Nombre indicador (1)	% DE NOTIFICACIONES DE RAM QUE CUMPLEN CON NOTIFICACIONES DEL ISP	
Fórmula matemática	Nº de notificaciones de RAM que cumplen con protocolo de ISP / en relación a notificaciones por RAM x 100	
Umbral de cumplimiento: 90 %		Periodicidad de la evaluación: Semestral
Nombre indicador (2) Abr 2016 - May 2019	% DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES CLÍNICAS	

Fórmula matemática	Nº de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos en el servicio/ Nº total de áreas de almacenamiento en el servicio X 100.	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 4		
Nombre indicador (1)	% DE NOTIFICACIONES DE RAM QUE CUMPLEN CON NOTIFICACIONES DEL ISP	
Fórmula matemática	Nº de notificaciones de RAM que cumplen con protocolo de ISP / en relación a notificaciones por RAM x 100	
Umbral de cumplimiento: 90 %		Periodicidad de la evaluación: Semestral
Nombre indicador (2) Abr 2016 - May 2019	% DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES CLÍNICAS	
Fórmula matemática	Nº de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos en el servicio/ Nº total de áreas de almacenamiento en el servicio X 100.	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 5		
Nombre indicador (1) Ene-2018 a la fecha	PORCENTAJE DE NOTIFICACIONES DE RAM QUE CUMPLEN CON PROTOCOLO ISP	
Fórmula matemática	N° de notificaciones de RAM que cumplen con protocolo de ISP/N° de notificaciones de RAM	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Semestral
Nombre indicador (2) Abr 2016-May 2019	% DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES CLÍNICAS	
Fórmula matemática	Nº de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos en el servicio/ Nº total de áreas de almacenamiento en el servicio X 100.	
Umbral de cumplimiento:90%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
MQ 6		
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE NOTIFICACIONES DE RAM QUE CUMPLEN CON PROTOCOLO ISP	
Fórmula matemática	N° de notificaciones de RAM que cumplen con protocolo de ISP/N° de notificaciones de RAM	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Semestral
URG		
Nombre del indicador (1) vigente	PORCENTAJE DE NOTIFICACIONES DE RAM QUE CUMPLEN CON PROTOCOLO DEL ISP.	
Fórmula matemática	Nº de notificaciones de RAM que cumplen con protocolo de ISP/ Nº de notificaciones de RAM.	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Semestral
Nombre del indicador (2) no vigente.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE ALMACENAMIENTO DE INSUMOS EN LAS UNIDADES CLINICAS.	
Fórmula matemática	Nº de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de insumos en el servicio/ Nº total de áreas de almacenamiento de insumos en el servicio X 100.	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ 1		
Nombre indicador (1) Ene-2018 a la fecha	PORCENTAJE DE NOTIFICACIONES DE RAM QUE CUMPLEN CON PROTOCOLO DEL ISP	
Fórmula matemática	N° de notificaciones de RAM que cumplen con protocolo de ISP/N° de notificaciones de RAM	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Semestral
Nombre indicador (2)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES CLÍNICAS	
Fórmula matemática	N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos en el servicio/N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) x 100	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ 2		
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE NOTIFICACIONES DE RAM QUE CUMPLEN CON PROTOCOLO ISP	
Fórmula matemática	Número de notificaciones e RAM que cumplen con protocolo de ISP / Numero de notificaciones de RAM x 100	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Semestral
PQ 3		
Nombre del indicador (1) (enero 2018 a la fecha)	PORCENTAJE DE NOTIFICACIONES DE RAM QUE CUMPLEN CON PROTOCOLO ISP	
Fórmula matemática	Número de notificaciones e RAM que cumplen con protocolo de ISP / Numero de notificaciones de RAM x 100	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Semestral
Nombre del indicador 2 (abril 2016 a diciembre 2017)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE ALMACENAMIENTO DE INSUMOS EN LAS UNIDADES CLÍNICAS	
Fórmula matemática	Número de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de insumos en el servicio / Número total de áreas de almacenamiento de insumos en el servicio x 100	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: trimestral
Ped.		
Nombre indicador (1) 2016 - 2017	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE ALMACENAMIENTO DE INSUMOS EN LAS UNIDADES CLÍNICAS	
Fórmula matemática	Nº de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de insumos en el servicio/Nº total de áreas de almacenamiento de insumos en el servicio x 100	

Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: trimestral
Nombre indicador (2) 2018 - 2019	PORCENTAJE DE NOTIFICACIONES DE RAM QUE CUMPLEN CON EL PROTOCOLO DEL ISP
Fórmula matemática	Nº de notificaciones de RAM que cumplen con protocolo del ISP/Nº de notificaciones de RAM
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: semestral

APF 1.5– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

UPC Ad. 1	
Nombre documento	Indicador 1: Certificado notificación de reacciones adversas. Indicador 2: Informe evaluación periódica del indicador.
Responsable medición	Químico Farmacéutico/Jefe de farmacia
Fuente primaria	Indicador 1: Reporte entregado por el sistema RED-RAM de notificación en línea. Indicador 2: Pauta de supervisión directa "Almacenamiento de medicamentos e insumos clínicos"
Fuente secundaria	Indicador 1: Certificado notificación de reacciones adversas. Indicador 2: Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	Indicador 1:01 de enero al 31 de diciembre de 2018. Indicador 2:01 de abril del 2016 al 31 de diciembre de 2017
Metodología de medición del prestador	Indicador 1: **Metodología de cálculo de la muestra**: No aplica. **Metodología de muestreo:** Se evalúan las notificaciones RAM realizadas por sistema RED-RAM en unidad de farmacia. Indicador se lleva en forma centralizada en unidad de farmacia. **Criterios de cumplimiento:** No se define los criterios de evaluación en la notificación RAM, lo anterior es que el protocolo describe un procedimiento para la notificación donde participa el profesional clínico y químico farmacéutico, quien es el responsable de validar y enviar la notificación al ISP. Indicador 2: **Metodología de cálculo de la muestra:** No aplica **Metodología de muestreo:** Se aplica una pauta de supervisión en cada unidad clínica 1 vez al mes. Para esto se randomiza 1 día a la semana, según calendarización de la Unidad de farmacia. **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión Almacenamiento de medicamentos e insumos clínicos, contiene una tabla que incluye el servicio, fecha de evaluación, los criterios de evaluación y porcentaje de cumplimiento. Los criterios de evaluación se detallan a continuación: Los medicamento e insumos se encuentran: En su envase original (Criterio 1) Protegidos del calor, luz y humedad (Criterio 2) En un lugar específico para ello (Criterio 3) Con fecha de vencimiento vigente (Criterio 4) EL área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada (Criterio 5) Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores (Criterio 5) El cumplimiento se registra con "1", si cumple y con un "0" si no cumple.
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el 1° y 2° semestre de 2018, lo anterior es que el prestador cambia el indicador a contar del año 2018 y realiza para este caso una medición semestral. **Registros revisados:** Certificado de notificación de reacciones adversas a medicamentos (RAM) del 1° y 2° semestre de 2018. Reporte entregado por el sistema RE-RAM de notificación en línea. **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) Se solicita a unidad de farmacia, las notificaciones de RAM realizadas y enviadas a ISP, se tiene a la vista el formulario de notificación en sistema en línea RED-RAM.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	8	9	88,89%			
3° Trimestre 2016	10	10	100%			
4° Trimestre 2016	10	11	90,91%			
1° Trimestre 2017	8	9	88,89%			
2° Trimestre 2017	9	9	100%			
3° Trimestre 2017	3	6	50%			
4° Trimestre 2017	8	10	80%			
1° Semestre 2018	0	0	NA			
2° Semestre 2018	2	2	100%			

Descripción de los hallazgos:
No es posible constar el universo de RAM, con el objeto de contrastar las notificaciones derivadas al ISP.
No es posible determinar el cumplimento reportado por el prestador, toda vez que no define los criterios de evaluación a aplicar

en la notificación derivada al ISP.
En el segundo semestre de 2018 se verifican, en sistema RED-RAM, 3 notificaciones realizadas, lo que no concuerda con lo reportado por el prestador. El formulario de notificación de RAM registra la unidad origen UCI o UTI; no quedando claro la unidad evaluada.

Por lo anterior expuesto, no se valida el elemento medible en UPC Adulto (UCI Adulto)

UPC Ad. 2

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	QF responsable de fármaco vigilancia
Fuente primaria	Reporte entregado por el sistema RED-RAM de notificaciones en línea
Fuente secundaria	Informe/ declaración.
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la Muestra: c**ada vez que se presente una notificación de RAM. **Mecanismos de sustitución:** No aplica **Criterios de cumplimiento: F**ormulario de notificación RAM
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo evaluado:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende los meses de mayo de 2016 a abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es semestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa el 1° y 2° semestre del 2018. **Registros Revisados:** certificado de notificaciones de RAM, emitido por jefa de farmacia, del 1° y 2° semestre 2018. **De la constatación:** Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerado y % de cumplimiento. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 1° semestre 2018 y 2° semestre 2018. (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019). Luego, se constatan fuentes primarias de los semestres a evaluar. S/CO Sin casos observados.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° trimestre 2016	8	9	88,89%			
3° trimestre 2016	8	9	88,89%			
4° trimestre 2016	8	8	100%			
1° trimestre 2017	6	6	100%			
2° trimestre 2017	6	6	100%			
3° trimestre 2017	9	9	100%			
4° trimestre 2017	9	9	100%			
1° semestre 2018	**S/CO**		**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	
2° semestre 2018	**S/CO**		**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	

Descripción de los hallazgos:
La medición del indicador "Porcentaje de notificaciones de RAM que cumplen con protocolo ISP" se realiza desde el año 2018, antes se medía "% de cumplimiento de la norma de almacenamiento de medicamentos en las unidades clínicas".
Lo constatado es concordante con lo informado por el prestador.

Se da por cumplido el elemento medible

UPC Ad. 3

Nombre documento	Indicador 1: Certificado notificación de reacciones adversas. Indicador 2: Informe evaluación periódica del indicador.
Responsable medición	Químico Farmacéutico/Jefe de farmacia
Fuente primaria	Indicador 1: Reporte entregado por el sistema RED-RAM de notificación en línea. Indicador 2: Pauta de supervisión directa "Almacenamiento de medicamentos e insumos clínicos"
Fuente secundaria	Indicador 1: Certificado notificación de reacciones adversas. Indicador 2: Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	Indicador 1:01 de enero al 31 de diciembre de 2018. Indicador 2: 01 de abril del 2016 al 31 de diciembre de 2017
Metodología de medición del prestador	Indicador 1: **Metodología de cálculo de la muestra**: No aplica. **Metodología de muestreo:** Se evalúan las notificaciones RAM realizadas por sistema RED-RAM en unidad de farmacia. Indicador se lleva en forma centralizada en unidad de farmacia. **Criterios de cumplimiento:** No se define los criterios de evaluación en la notificación RAM, lo anterior es que el protocolo describe un procedimiento para la notificación donde participa el profesional clínico y químico farmacéutico, quien el responsable de validar y enviar la notificación al ISP. Indicador 2: **Metodología de cálculo de la muestra:** No aplica

	Metodología de muestreo: Se aplica una pauta de supervisión en cada unidad clínica 1 vez al mes. Para esto se randomiza 1 día a la semana, según calendarización de la Unidad de farmacia. **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión Almacenamiento de medicamentos e insumos clínicos, contiene una tabla que incluye el servicio, fecha de evaluación, los criterios de evaluación y porcentaje de cumplimiento.Los criterios de evaluación se detallan a continuación: Los medicamento e insumos se encuentran: En su envase original (Criterio 1) Protegidos del calor, luz y humedad (Criterio 2) En un lugar específico para ello (Criterio 3) Con fecha de vencimiento vigente (Criterio 4) EL área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada (Criterio 5) Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores (Criterio 5) El cumplimiento se registra con "1", si cumple y con un "0" si no cumple
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** la constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el 1° y 2° semestre de 2018, lo anterior es que el prestador cambia el indicador a contar del año 2018 y realiza para este caso una medición semestral. **Registros revisados:** Certificado de notificación de reacciones adversas a medicamentos (RAM) del 1° y 2° semestre de 2018. Reporte entregado por el sistema RE-RAM de notificación en línea. **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) El servicio de UPC Adulto (UCI Coronaria) no ha registrado casos de notificaciones RAM, se tiene a la vista certificado, donde explicita que, durante el 1° y 2° semestre de 2018, no se notificaron reacciones adversas a medicamentos (RAM).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	6	6	100%			
3° Trimestre 2016	5	6	83,33%			
4° Trimestre 2016	6	6	100%			
1° Trimestre 2017	6	6	100%			
2° Trimestre 2017	6	6	100%			
3° Trimestre 2017	3	6	50%			
4° Trimestre 2017	6	6	100%			
1° Semestre 2018	**0**	**0**	**NA**	**0**	**0**	**NA**
2° Semestre 2018	**0**	**0**	**NA**	**0**	**0**	**NA**

Descripción de los hallazgos:
Se verifica en farmacia central, que no se ha realizado notificación de RAM, durante el periodo evaluado.
Por lo anterior expuesto, se valida el elemento medible en UPC Adulto (UCI Coronaria)

UPC Ped.	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Químico farmacéutico responsable de fármaco vigilancia
Fuente primaria	Reporte entregado por sistema RED-RAM de notificaciones en línea
Fuente secundaria	No aplica
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Cálculo de la muestra:** Cada vez que se presente una notificación de RAM. **Metodología de muestreo**: Aplica al universo de las notificaciones RAM del servicio de UPCP. **Criterios de cumplimiento**: No se consignan criterios de evaluación en la notificación RAM, debido a que el protocolo describe un procedimiento para la notificación donde participa el profesional clínico y químico farmacéutico, quien es el responsable de validar y enviar la notificación al ISP.
Metodología de constatación	**Periodo a evaluar:** Dado a que corresponde a un proceso de re acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo 2016 a 30 abril 2019. **Selección de la muestra:** La medición del indicador el semestral: La constatación se realiza usando Randomizer entregado por director técnico, seleccionando 2 semestres a evaluar: 1º y 2º semestre 2018. **Registros revisados:** Certificados emitidos por unidad de farmacia. **De la constatación:** En el servicio de UPC Pediátrica no se han registrado casos de notificaciones RAM. Se tiene a la vista certificados donde explicita que, durante el 1° y 2° semestre de 2018, no se notificaron reacciones adversas a medicamentos (RAM).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento

2º semestre 2016	Sin medición	Sin medición	Sin medición			
1º semestre 2017	Sin medición	Sin medición	Sin medición			
2º semestre 2017	Sin medición	Sin medición	Sin medición			
1º semestre 2018	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**
2º semestre 2018	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**

Descripción de los hallazgos: S/CO: sin casos observados
1.UPC Pediátrica no cuenta con información en relación con el periodo del 2016 al 2017, declara que no tiene mediciones enviadas desde la unidad de farmacia.
2.No se puede constatar la evaluación periódica del indicador definida por el prestador durante los periodos 2016 y 2017.

Por lo expuesto en los puntos 1 y 2, no se da por cumplido el elemento medible

UPC Neo.

Nombre documento Indicador (1) 2016-2017	Indicador 1: INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR Indicador 2: INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Químico Farmacéutico jefe de farmacia
Fuente primaria	Indicador 1: Pauta de supervisión directa Indicador 2: Reporte entregado por sistema RED-RAM de notificaciones en línea
Fuente secundaria	No consigna
Periodo evaluado	Indicador 1: 01 mayo 2016 a 31 diciembre 2017 Indicador 2: 01 enero 2018 a 01 abril 2019
Metodología de medición del prestador	Indicador 1: **Metodología de cálculo de la muestra**: No aplica **Metodología de muestreo**: Se aplica una pauta de supervisión en cada unidad clínica 1 vez al mes. Para esto se randomiza 1 día a la semana, según calendarización de la Unidad de farmacia. **Criterios de cumplimiento**: Los criterios de evaluación se detallan a continuación: Los medicamento e insumos se encuentran: En su envase original (Criterio 1) Protegidos del calor, luz y humedad (Criterio 2) En un lugar específico para ello (Criterio 3) Con fecha de vencimiento vigente (Criterio 4) El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada (Criterio 5) Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores (Criterio 5) El cumplimiento se registra con "1", si cumple y con un "0" si no cumple La pauta de supervisión Almacenamiento de medicamentos e insumos clínicos, contiene una tabla que incluye el servicio, fecha de evaluación, los criterios de evaluación y porcentaje de cumplimiento. Indicador 2: **Cálculo de la muestra**: cada vez que se presente una notificación de RAM. **Metodología de muestreo**: aplica al universo de las notificaciones RAM del servicio de Pediatría. **Criterios de cumplimiento**: no se definen criterios de evaluación en la notificación RAM, lo anterior es debido a que el protocolo describe un procedimiento para la notificación donde participa el profesional clínico y químico farmacéutico, quien el responsable de validar y enviar la notificación al ISP.
Metodología de constatación	**Periodo a evaluar:** dado a que corresponde a un proceso de re acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo 2016 a 30 abril 2019. **Selección de la muestra**: la medición del indicador el semestral: La constatación se realiza usando Randomizer entregado por director técnico, seleccionando 2 semestres a evaluar: 1º y 2º semestre 2018. **Registros revisados**: Informe de la evaluación periódica del indicador. Certificados emitidos por unidad de farmacia. **De la constatación**: Se tienen a la vista informes de evaluación periódica del indicador para los periodos 2016 y 2017, los cuales eran informados por jefe de farmacia de forma trimestral. En el servicio de Pediátrica no se han registrado casos de notificaciones RAM. Se tiene a la vista certificados donde explicita que, durante el 1° y 2° semestre de 2018, no se notificaron reacciones adversas a medicamentos (RAM).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	8	9	88,89%			
3º trimestre 2016	8	8	100%			
4º trimestre 2016	7	7	100%			
1º trimestre 2017	12	12	100%			
2º trimestre 2017	12	12	100%			
3º trimestre 2017	9	9	100%			
4º trimestre 2017	9	9	100%			
1º semestre 2018	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**

2º semestre 2018	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**

Descripción de los hallazgos: S/CO: sin casos a observar
Se tiene a la vista certificado firmado por Rosana Ramos B., jefe de farmacia de Hospital Regional Antofagasta con fecha 02 de enero 2019, en el que se certifica que en la unidad de UPC Neonatal no se notificaron reacciones adversas a medicamentos en el periodo de julio a diciembre del 2018.
Se tiene a la vista certificado firmado por Rosana Ramos B., jefe de farmacia de Hospital Regional Antofagasta, con fecha de julio del 2018, en el que se certifica que en la unidad de UPC Neonatal no se notificaron Reacciones adversas a medicamentos en el periodo de enero a junio del 2018.
No se constata informe del 1º semestre del 2019, debido a que aún no ha finalizado el semestre.

Lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

MQ 1

Nombre documento	Indicador 1: CERTIFICADO NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS. Indicador 2: INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR.
Responsable medición	Químico Farmacéutico responsable de fármaco vigilancia
Fuente primaria	Indicador 1: Reporte entregado por el sistema RED-RAM de notificación en línea. Indicador 2: Pauta de supervisión directa "Almacenamiento de medicamentos e insumos clínicos"
Fuente secundaria	Indicador 1: Certificado notificación de reacciones adversas. Indicador 2: Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	Indicador 1:01 de enero al 31 de diciembre de 2018. Indicador 2: 01 de abril del 2016 al 31 de diciembre de 2017
Metodología de medición del prestador	Indicador 1: **Metodología de cálculo de la muestra**: cada vez que se presente una RAM **Metodología de muestreo:** se evalúan las notificaciones RAM realizadas por sistema RED-RAM en unidad de farmacia. Indicador se lleva en forma centralizada en unidad de farmacia. **Criterios de cumplimiento:** formulario de notificación RAM Indicador 2: **Metodología de cálculo de la muestra:** no aplica **Metodología de muestreo:** se aplica una pauta de supervisión en cada unidad clínica 1 vez al mes. Para esto se randomiza 1 día a la semana, según calendarización de la Unidad de farmacia. **Criterios de cumplimiento:** la pauta de supervisión "Almacenamiento de medicamentos e insumos clínicos", contiene una tabla que incluye el servicio, fecha de evaluación, los criterios de evaluación y porcentaje de cumplimiento. Los criterios de evaluación se detallan a continuación: Los medicamento e insumos se encuentran: En su envase original (Criterio 1) Protegidos del calor, luz y humedad (Criterio 2) En un lugar específico para ello (Criterio 3) Con fecha de vencimiento vigente (Criterio 4) El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada (Criterio 5) Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores (Criterio 5) El cumplimiento se registra con "1", si cumple y con un "0" si no cumple.
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** dado a que corresponde un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es semestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa el 1° y 2° semestre del 2018. **Registros revisados:** Certificado de notificación de reacciones adversas a medicamentos (RAM) del 1° y 2° semestre de 2018. Reporte entregado por el sistema RE-RAM de notificación en línea. Informe de evaluación de indicador **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) Se solicita a unidad de farmacia, las notificaciones de RAM realizadas y enviadas a ISP, se tiene a la vista el formulario de notificación en papel.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º Trimestre 2016	6	6	100%			
3º Trimestre 2016	7	9	77,8%			
4º Trimestre 2016	8	9	88,9%			
1º Trimestre 2017	10	11	90,9%			
2º Trimestre 2017	8	9	88,9%			
3º Trimestre 2017	6	9	66,7%			
4º Trimestre 2017	7	9	77,8%			
1º Semestre 2018	**Sin Eventos**			**Sin eventos**		
2º Semestre 2018	**2**	**2**	**100%**	**2**	**2**	**100%**

Descripción de los hallazgos:
En 2018 el prestador cambia su indicador, hasta esa fecha mide el porcentaje de cumplimiento de la "norma de almacenamiento

de medicamentos en las unidades clínicas". Éste se cambió por "Porcentaje de notificaciones de RAM que cumplen con protocolo ISP".
Las RAM reportadas por el prestador cumplen protocolo de procedimiento definido por el ISP,

Lo constatado es concordante con lo informado por el prestador.

MQ 2

Nombre documento	Indicador 1: CERTIFICADO NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS. Indicador 2: INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR.
Responsable medición	Químico Farmacéutico responsable de fármaco vigilancia
Fuente primaria	Indicador 1: Reporte entregado por el sistema RED-RAM de notificación en línea. Indicador 2: Pauta de supervisión directa "Almacenamiento de medicamentos e insumos clínicos"
Fuente secundaria	Indicador 1: Certificado notificación de reacciones adversas. Indicador 2: Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	Indicador 1:01 de enero al 31 de diciembre de 2018. Indicador 2: 01 de abril del 2016 al 31 de diciembre de 2017
Metodología de medición del prestador	Indicador 1: **Metodología de cálculo de la muestra**: cada vez que se presente una RAM **Metodología de muestreo:** Se evalúan las notificaciones RAM realizadas por sistema RED-RAM en unidad de farmacia. Indicador se lleva en forma centralizada en unidad de farmacia. **Criterios de cumplimiento:** Formulario de notificación RAM Indicador 2: **Metodología de cálculo de la muestra:** No aplica **Metodología de muestreo:** Se aplica una pauta de supervisión en cada unidad clínica 1 vez al mes. Para esto se randomiza 1 día a la semana, según calendarización de la Unidad de farmacia. **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión Almacenamiento de medicamentos e insumos clínicos, contiene una tabla que incluye el servicio, fecha de evaluación, los criterios de evaluación y porcentaje de cumplimiento.Los criterios de evaluación se detallan a continuación: Los medicamento e insumos se encuentran: En su envase original (Criterio 1) Protegidos del calor, luz y humedad (Criterio 2) En un lugar específico para ello (Criterio 3) Con fecha de vencimiento vigente (Criterio 4) El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada (Criterio 5) Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores (Criterio 6) El cumplimiento se registra con "1", si cumple y con un "0" si no cumple.
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** Dado a que corresponde un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** La medición del indicador es semestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa el 1° y 2° semestre del 2018. **Registros revisados:** Certificado de notificación de reacciones adversas a medicamentos (RAM) del 1° y 2° semestre de 2018. Reporte entregado por el sistema RE-RAM de notificación en línea. Informe de evaluación de indicador **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) Se solicita a unidad de farmacia, las notificaciones de RAM realizadas y enviadas a ISP, se tiene a la vista copia del formulario de notificación.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º Trimestre 2016	6	6	100%			
3º Trimestre 2016	6	9	66,6%			
4º Trimestre 2016	7	9	77,7%			
1º Trimestre 2017	7	11	63,6%			
2º Trimestre 2017	9	9	100%			
3º Trimestre 2017	9	9	100%			
4º Trimestre 2017	9	9	100%			
1º Semestre 2018	**Sin Eventos**			**Sin eventos**		
2º Semestre 2018	**Sin Eventos**			**Sin Eventos**		

Descripción de los hallazgos:
En 2018 el prestador cambia su indicador, hasta esa fecha mide el porcentaje de cumplimiento de la "norma de almacenamiento de medicamentos en las unidades clínicas", el cual cambia por "Porcentaje de notificaciones de RAM que cumplen con protocolo ISP".
Las RAM reportadas por el prestador cumplen protocolo de procedimiento definido por el ISP,

Lo constatado es concordante con lo informado por el prestador.

MQ 3

Nombre documento	Indicador 1: CERTIFICADO NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS. Indicador 2: INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR.
Responsable medición	Químico Farmacéutico responsable de fármaco vigilancia
Fuente primaria	Indicador 1: Reporte entregado por el sistema RED-RAM de notificación en línea. Indicador 2: Pauta de supervisión directa "Almacenamiento de medicamentos e insumos clínicos"
Fuente secundaria	Indicador 1: Certificado notificación de reacciones adversas. Indicador 2: Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	Indicador 1:01 de enero al 31 de diciembre de 2018. Indicador 2:01 de abril del 2016 al 31 de diciembre de 2017
Metodología de medición del prestador	Indicador 1: **Metodología de cálculo de la muestra**: cada vez que se presente una RAM **Metodología de muestreo:** Se evalúan las notificaciones RAM realizadas por sistema RED-RAM en unidad de farmacia. Indicador se lleva en forma centralizada en unidad de farmacia. **Criterios de cumplimiento:** Formulario de notificación RAM Indicador 2: **Metodología de cálculo de la muestra:** No aplica **Metodología de muestreo:** Se aplica una pauta de supervisión en cada unidad clínica 1 vez al mes. Para esto se randomiza 1 día a la semana, según calendarización de la Unidad de farmacia. **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión Almacenamiento de medicamentos e insumos clínicos, contiene una tabla que incluye el servicio, fecha de evaluación, los criterios de evaluación y porcentaje de cumplimiento. Los criterios de evaluación se detallan a continuación: Los medicamento e insumos se encuentran: En su envase original (Criterio 1) Protegidos del calor, luz y humedad (Criterio 2) En un lugar específico para ello (Criterio 3) Con fecha de vencimiento vigente (Criterio 4) El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada (Criterio 5) Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores (Criterio 6) El cumplimiento se registra con "1", si cumple y con un "0" si no cumple.
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es semestral, se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa el 1° y 2° semestre del 2018. **Registros revisados:** Certificado de notificación de reacciones adversas a medicamentos (RAM) del 1° y 2° semestre de 2018. Reporte entregado por el sistema Informe de evaluación de indicador **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) Se solicita a unidad de farmacia, las notificaciones de RAM realizadas y enviadas a ISP, se tiene a la vista el formulario de notificación en sistema en línea RED-RAM. En papel.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º Trimestre 2016	6	6	100%			
3º Trimestre 2016	7	9	77,8%			
4º Trimestre 2016	8	9	88,9%			
1º Trimestre 2017	10	11	90,9%			
2º Trimestre 2017	8	9	88,9%			
3º Trimestre 2017	6	9	66,7%			
4º Trimestre 2017	7	9	77,8%			
1º Semestre 2018	**Sin Eventos**			**Sin eventos**		
2º Semestre 2018	**2**	**2**	**100%**	**2**	**2**	**100%**

Descripción de los hallazgos:
En 2018 el prestador cambia su indicador, hasta esa fecha mide el porcentaje de cumplimiento de la "norma de almacenamiento de medicamentos en las unidades clínicas", el cual cambia por "Porcentaje de notificaciones de RAM que cumplen con protocolo ISP".
Las RAM reportadas por el prestador cumplen protocolo de procedimiento definido por el ISP,

Lo constatado es concordante con lo informado por el prestador.

MQ 4	
Nombre documento	Este servicio inicia su funcionamiento en enero del año 2019
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	

Metodología de medición del prestador						
Metodología de constatación						
Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Descripción de los hallazgos: Este servicio inicia su funcionamiento en enero del año 2019, no tiene medición periódica del indicador ya que éste es semestral.						
MQ 5						
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR					
Responsable medición	QF responsable de fármaco vigilancia					
Fuente primaria	Reporte entregado por el sistema RED-RAM de notificaciones en línea					
Fuente secundaria	Informe/ declaración.					
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019					
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la Muestra:** Cada vez que se presente una notificación de RAM. **Mecanismos de sustitución:** No aplica **Criterios de cumplimiento:** Formulario de notificación RAM					
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo evaluado:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende los meses de mayo de 2016 a abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es semestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa el 1° y 2° semestre del 2018. **Registros Revisados:** Certificado de notificaciones de RAM, emitido por jefa de farmacia, del 1° y 2° semestre 2018. Notificaciones RAM período 1º y 2º semestre 2018. **De la constatación:** Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el período retrospectivo evaluado (01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerado y % de cumplimiento. Se tiene a la vista certificado, donde explicita que, desde febrero del año 2018 al 02 de mayo de 2019, no se notificaron reacciones adversas a medicamentos (RAM) en la unidad de Cuidados Medios Medico quirúrgicos. Se tienen a la vista universo de notificaciones RAM del período enero a diciembre de 2018 del prestador; entre las cuales no existen notificaciones realizadas por la unidad de Cuidados Medios MQ.					
Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° trimestre 2016	6	6	100%			
3° trimestre 2016	6	6	100%			
4° trimestre 2016	6	6	100%			
1° trimestre 2017	3	3	100%			
2° trimestre 2017	3	3	100%			
3° trimestre 2017	6	6	100%			
4° trimestre 2017	6	6	100%			
1° semestre 2018	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**		
2° semestre 2018	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**		
Descripción de los hallazgos: La medición del indicador "Porcentaje de notificaciones de RAM que cumplen con protocolo ISP" se realiza desde el año 2018, previo se medía "% de cumplimiento de la norma de almacenamiento de medicamentos en las unidades clínicas". Lo constatado es concordante con lo informado por el prestador. Se da por cumplido el elemento medible						
MQ 6						
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR					
Responsable medición	QF responsable de fármaco vigilancia					
Fuente primaria	Reporte entregado por el sistema RED-RAM de notificaciones en línea					
Fuente secundaria	Informe/ declaración.					
Periodo evaluado	01 de febrero 2018 al 30 de abril 2019					
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la Muestra:** cada vez que se presente una notificación de RAM. **Mecanismos de sustitución:** no aplica **Criterios de cumplimiento:** formulario de notificación RAM					
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo evaluado:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a febrero 2018, inicio de funcionamiento de la unidad, a mayo de 2019.					

	Selección de la muestra: la medición del indicador es semestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa el 1° y 2° semestre del 2018. **Registros Revisados:** Certificado de notificaciones de RAM, emitido por jefa de farmacia, del 1° y 2° semestre 2018. **De la constatación:** Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (febrero de 2018 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerado y % de cumplimiento. El servicio de Cardio-neuro no ha registrado casos de notificaciones RAM, se tiene a la vista certificado, donde explicita que, desde febrero del año 2018 al 02 de mayo de 2019, no se notificaron reacciones adversas a medicamentos (RAM).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
1° semestre 2018	**S/CO**		**S/CO**	**S/CO**		**S/CO**
2° semestre 2018	**S/CO**		**S/CO**	**S/CO**		**S/CO**

Descripción de los hallazgos:
Lo constatado es concordante con lo informado por el prestador.

Se da por cumplido el elemento medible

URG	
Nombre documento	REPORTE ENTREGADO POR SISTEMA RED-RAM DE NOTIFICACIONES EN LÍNEA.
Responsable medición	Químico farmacéutico responsable de farmacovigilancia.
Fuente primaria	Reporte entregado por el sistema RED-RAM de notificaciones en línea.
Fuente secundaria	No aplica.
Periodo evaluado	01de junio 2016 al 31 de mayo 2019.
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo del muestreo:** cada vez que se presente una notificación de RAM semestral. **Metodología de muestreo**: no aplica. **Criterio evaluado:** formulario de notificación sospecha de reacción adversa a medicamentos (RAM).
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo evaluado:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende los meses de junio de 2016 a mayo de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa el 1° y 2° semestre del 2018. **Registros Revisados:** Para indicador no vigente, se revisan informe evaluación periódica año 2016 y 2017. Certificado de notificaciones de RAM, emitido por jefa de farmacia, del 1° y 2° semestre 2018. Formulario de notificación sospecha de reacción adversa a medicamentos (RAM) y vacunas (ESAVI), del el 1° y 2° semestre del 2018. Reporte entregado por el sistema RE-RAM de notificación en línea. **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) Se solicita a unidad de urgencia, las notificaciones de RAM realizadas y enviadas a ISP, se tiene a la vista el formulario de notificación en sistema en línea RED-RAM. Resultado de constatación fuente primaria:

I semestre 2018
Sin notificaciones RAM

II semestre 2018			
Iniciales pacientes	**Fecha inicio RAM**	**Fecha Reporte**	**Cumple criterio**
P.G.P	27-09-2918	27-09-2918	SI
A.E.S	07-09-2018	28-09-2018	SI
D.T.P	09-10-2018	09-11-2018	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	9	9	100%			
3º trimestre 2016	8	9	88.89%			
4º trimestre 2016	9	9	100%			

1º trimestre 2017	7	9	77.78%			
2º trimestre 2017	9	9	100%			
3º trimestre 2017	9	9	100%			
4º trimestre 2017	8	9	88.89%			
1º semestre 2018	**0**	**0**	**-**	**0**	**0**	**-**
2º semestre 2018	**3**	**3**	**100%**	**3**	**3**	**100%**

Descripción de los hallazgos:
Prestador presenta evaluación periódica de los años 2016 y 2017, en este periodo se evaluaba el almacenamiento de insumos en las unidades clínicas con una periodicidad trimestral del indicador.
A partir del año 2018, se modifica el indicador, evaluándose el porcentaje de notificaciones de RAM que cumplen con el protocolo de ISP, con una periodicidad semestral.

Se da por cumplido el elemento medible.

PQ 1

Nombre documento	Indicador 1: CERTIFICADO NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS. Indicador 2: INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR.
Responsable medición	Químico Farmacéutico/Jefe de farmacia
Fuente primaria	Indicador 1: Reporte entregado por el sistema RED-RAM de notificación en línea. Indicador 2: Pauta de supervisión directa "Almacenamiento de medicamentos e insumos clínicos"
Fuente secundaria	Indicador 1: Certificado notificación de reacciones adversas. Indicador 2: Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	Indicador 1:01 de enero al 31 de diciembre de 2018. Indicador 2: 01 de abril del 2016 al 31 de diciembre de 2017
Metodología de medición del prestador	Indicador 1: **Metodología de cálculo de la muestra**: No aplica. **Metodología de muestreo:** Se evalúan las notificaciones RAM realizadas por sistema RED-RAM en unidad de farmacia. Indicador se lleva en forma centralizada en unidad de farmacia. **Criterios de cumplimiento:** No se define los criterios de evaluación en la notificación RAM, lo anterior es que el protocolo describe un procedimiento para la notificación donde participa el profesional clínico y químico farmacéutico, quien el responsable de validar y enviar la notificación al ISP. Indicador 2: **Metodología de cálculo de la muestra:** No aplica **Metodología de muestreo:** Se aplica una pauta de supervisión en cada unidad clínica 1 vez al mes. Para esto se randomiza 1 día a la semana, según calendarización de la Unidad de farmacia. **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión Almacenamiento de medicamentos e insumos clínicos, contiene una tabla que incluye el servicio, fecha de evaluación, los criterios de evaluación y porcentaje de cumplimiento. Los criterios de evaluación se detallan a continuación: Los medicamento e insumos se encuentran: En su envase original (Criterio 1) Protegidos del calor, luz y humedad (Criterio 2) En un lugar específico para ello (Criterio 3) Con fecha de vencimiento vigente (Criterio 4) EL área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada (Criterio 5) Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores (Criterio 5) El cumplimiento se registra con "1", si cumple y con un "0" si no cumple
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el 1° y 2° semestre de 2018, lo anterior es que el prestador cambia el indicador a contar del año 2018 y realiza para este caso una medición semestral. **Registros revisados:** Certificado de notificación de reacciones adversas a medicamentos (RAM) del 1° y 2° semestre de 2018. Reporte entregado por el sistema RE-RAM de notificación en línea. **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) El servicio de pabellón central no ha registrado casos de notificaciones RAM, se tiene a la vista certificado, donde explicita que, durante el 1° y 2° semestre de 2018, no se notificaron reacciones adversas a medicamentos (RAM).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	9	11	81,82%			
3° Trimestre 2016	9	7	77,78%			
4° Trimestre 2016	8	11	72,73%			
1° Trimestre 2017	7	8	88%			
2° Trimestre 2017	8	9	89%			

3° Trimestre 2017	6	9	67%			
4° Trimestre 2017	6	9	67%			
1° Semestre 2018	**0**	**0**	**NA**	**0**	**0**	**NA**
2° Semestre 2018	**0**	**0**	**NA**	**0**	**0**	**NA**

Descripción de los hallazgos:
Se verifica en farmacia central, que no se ha realizado notificación de RAM, durante el periodo evaluado.

Por lo anterior expuesto, se valida el elemento medible en pabellón central.

PQ 2

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	QF responsable de fármaco vigilancia
Fuente primaria	Reporte entregado por el sistema RED-RAM de notificaciones en línea
Fuente secundaria	Informen del indicador.
Periodo evaluado	Octubre 2018 a mayo 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la Muestra:** cada vez que se presente una notificación de RAM. **Mecanismos de sustitución:** no aplica **Criterios de cumplimiento:** Formulario de notificación RAM
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo evaluado:** dado que el PQ de CMA comienza sus actividades en octubre del año 2018, correspondiendo su evaluación desde esa fecha hasta el mes de mayo del año 2019. **Selección de la muestra:** se accede a la medición del 2° semestre del 2018. **Registros Revisados:** certificado de notificaciones de RAM, emitido por jefa de farmacia, del 2° semestre 2018. **De la constatación:** El servicio de pabellón CMA no ha registrado casos de notificaciones RAM, se tiene a la vista certificado, donde explicita que, durante el 2° semestre de 2018, no se notificaron reacciones adversas a medicamentos (RAM).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° semestre 2018	S/CO					

Descripción de los hallazgos:
Lo constatado es concordante con lo informado por el prestador.

Se da por cumplido el elemento medible.

PQ 3

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	QF responsable de fármaco vigilancia
Fuente primaria	Reporte entregado por el sistema RED-RAM de notificaciones en línea
Fuente secundaria	Informen del indicador.
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la Muestra: c**ada vez que se presente una notificación de RAM. **Mecanismos de sustitución:** no aplica **Criterios de cumplimiento: f**ormulario de notificación RAM
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo evaluado:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende los meses de mayo de 2016 a abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es semestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa el 1° y 2° semestre del 2018. **Registros Revisados:** Certificado de notificaciones de RAM, emitido por jefa de farmacia, del 1° y 2° semestre 2018. **De la constatación:** Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerado y % de cumplimiento. Para el 1° y 2° semestre del año 2018, se tienen a la vista 2 certificados, emitidos por la jefe de farmacia, de julio 2018 y enero 2019, que indican que PQ cardiovascular no ha presentado casos de notificación de RAM.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° trimestre 2016	6	6	100%			
3° trimestre 2016	5	6	83,33%			
4° trimestre 2016	6	7	85,71%			
1° trimestre 2017	8	9	88,89%			
2° trimestre 2017	8	9	88,89%			
3° trimestre 2017	6	9	66,67%			

4° trimestre 2017	5	7	71,43			
1° semestre 2018	**0**	**0**	**S/CO**	**0**	**0**	**S/CO**
2° semestre 2018	**0**	**0**	**S/CO**	**0**	**0**	**S/CO**

Descripción de los hallazgos:
Prestador presenta evaluación periódica de los años 2016 y 2017, en este periodo se evaluaba el almacenamiento de insumos en las unidades clínicas con una periodicidad trimestral del indicador.
A partir del año 2018, se modifica en indicador, evaluándose el porcentaje de notificaciones de RAM que cumplen con el protocolo de ISP, con una periodicidad semestral de evaluación.
Lo constatado es concordante con lo informado por el prestador.

Se da por cumplido el elemento medible

Ped.

Nombre documento Indicador (1) 2016-2017	Indicador 1: INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR Indicador 2: INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Químico Farmacéutico jefe de farmacia
Fuente primaria	Indicador 1: Pauta de supervisión directa Indicador 2: Reporte entregado por sistema RED-RAM de notificaciones en línea
Fuente secundaria	No consigna
Periodo evaluado	Indicador 1: 01 mayo 2016 a 31 diciembre 2017 Indicador 2: 01 enero 2018 a 01 abril 2019
Metodología de medición del prestador	Indicador 1: **Metodología de cálculo de la muestra:** no aplica **Metodología de muestreo:** se aplica una pauta de supervisión en cada unidad clínica 1 vez al mes. Para esto se randomiza 1 día a la semana, según calendarización de la Unidad de farmacia. **Criterios de cumplimiento:** los criterios de evaluación se detallan a continuación: Los medicamento e insumos se encuentran: En su envase original (Criterio 1) Protegidos del calor, luz y humedad (Criterio 2) En un lugar específico para ello (Criterio 3) Con fecha de vencimiento vigente (Criterio 4) El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada (Criterio 5) Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores (Criterio 6) El cumplimiento se registra con "1", si cumple y con un "0" si no cumple La pauta de supervisión Almacenamiento de medicamentos e insumos clínicos, contiene una tabla que incluye el servicio, fecha de evaluación, los criterios de evaluación y porcentaje de cumplimiento. Indicador 2: **Cálculo de la muestra:** cada vez que se presente una notificación de RAM. **Metodología de muestreo**: aplica al universo de las notificaciones RAM del servicio de Pediatría. **Criterios de cumplimiento**: no se definen criterios de evaluación en la notificación RAM, lo anterior es debido a que el protocolo describe un procedimiento para la notificación donde participa el profesional clínico y químico farmacéutico, quien el responsable de validar y enviar la notificación al ISP.
Metodología de constatación	Indicador 1: **Periodo a evaluar:** dado a que corresponde a un proceso de re acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio 2016 a 30 abril 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador el semestral: La constatación se realiza usando Randomizer entregado por director técnico, seleccionando 2 semestres a evaluar: 1º y 2º semestre 2018. **Registros revisados:** informe de la evaluación periódica del indicador. **De la constatación:** se tienen a la vista informes de evaluación periódica del indicador para los periodos 2016 y 2017, los cuales eran informados por jefe de farmacia de forma trimestral. Indicador 2: **Periodo a evaluar:** dado a que corresponde a un proceso de re acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio 2016 a 30 abril 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador el semestral: La constatación se realiza usando Randomizer entregado por director técnico, seleccionando 2 semestres a evaluar: 1º y 2º semestre 2018. **Registros revisados:** certificados emitidos por unidad de farmacia. **De la constatación:** en el servicio de Pediatría no se han registrado casos de notificaciones RAM. Se tiene a la vista certificados donde explicita que, durante el 1° y 2° semestre de 2018, no se notificaron reacciones adversas a medicamentos (RAM).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	5	5	100%			
3º trimestre 2016	7	7	100%			
4º trimestre 2016	7	8	87,50%			
1º trimestre 2017	6	6	100%			

2º trimestre 2017	7	7	100%			
3º trimestre 2017	6	9	66,6%			
4º trimestre 2017	7	9	77,78%			
1º semestre 2018	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**
2º semestre 2018	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**

Descripción de los hallazgos:
Para el periodo 2016 – 2017, se llevaba indicador "porcentaje de cumplimiento de la norma de almacenamiento de insumos en las unidades clínicas"; para el período 2018-2019 se lleva indicador: "Porcentaje de notificaciones RAM que cumplen con protocolo de ISP".
Se tienen a la vista certificados firmados por Rosana Ramos B., jefe de farmacia de Hospital Regional Rancagua, con fecha julio 2018 y enero 2019, en el que se certifica que en la unidad de UPC Neonatal no se notificaron Reacciones adversas a medicamentos en los períodos enero a junio 2018 y julio a diciembre del 2018 respectivamente.
No se constata informe del 1º semestre del 2019, debido a que no ha finalizado el semestre.

Lo reportado es concordante con lo constatado por le entidad. Se da por cumplido el elemento medible.

APF 1.5 – Cuarto elemento medible: Se constata almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local.* (En el caso de estupefacientes remitirse a regulación vigente).

Metodología de constatación:
En compañía de un referente del prestador, se verifica el almacenamiento de medicamentos en general, medicamentos sujetos a control y medicamentos que requieren cadena de frio en las áreas destinadas para ese fin:
Pabellón: Cuenta con una farmacia transitoria para el almacenamiento de medicamentos e insumos en general. (Omnicel y dosis unitaria). Para los estupefacientes y psicotrópicos, se dispone de otra "bodega de almacenamiento" a la que tiene acceso los médicos anestesistas de turno.
UCI Adulto: Los medicamentos, se almacenan en dispositivos de dosis única, en refrigeradores de clínica de enfermería, y omnicel ubicado en otro sector de la unidad.
UCI coronaria: Los medicamentos, se almacenan en dispositivos de dosis única, en refrigeradores de clínica de enfermería, y omnicel ubicado en otro sector de la unidad
Para la constatación se verifica el cumplimiento de acuerdo a los criterios definidos por el prestador en su documento institucional que considera la regulación vigente:

N°	Criterio	Cumplimiento (SI/NO)
1	Los medicamentos se mantienen en su envase original, protegidos del calor, luz y humedad a temperaturas ambientales inferiores a los 25 °C	
2	Los medicamentos se encuentran almacenados en dispositivos específicos "Omnicell" y/o gavetas de dosis unitaria. (Dosis diaria)	
3	Los medicamentos sujetos a control se mantienen bajo llave y con acceso restringido.	
4	Los medicamentos que requieren cadena de frío se mantienen en refrigerador de uso exclusivo y a una temperatura entre 2°C y 8° C.	
5	Se debe llevar registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores.	
6	Los medicamentos almacenados se encuentran con fecha de vencimiento vigente	

Constata almacenamiento y conservación de medicamentos

Punto	Describir resultado de la constatación
Farmacia	Se realza inspección visual de área de almacenamiento correspondiente a farmacia de atención abierta y farmacia de atención cerrada.

N°	Criterio	Farmacia atención abierta Cumplimiento (SI/NO)	Farmacia atención Cerrada Cumplimiento (SI/NO)
1	Los medicamentos se mantienen en su envase original, protegidos del calor, luz y humedad a temperaturas ambientales inferiores a los 25 °C	SI	SI
2	Los medicamentos se encuentran almacenados en dispositivos específicos "Omnicell" y/o gavetas de dosis unitaria. (Dosis diaria)	SI	SI
3	Los medicamentos sujetos a control se mantienen bajo llave y con acceso restringido.	SI	NO
4	Los medicamentos que requieren cadena de frío se mantienen en refrigerador de uso exclusivo y a una temperatura entre 2°C y 8° C.	SI	SI
5	Se debe llevar registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores.	SI	SI
6	Los medicamentos almacenados se encuentran con fecha de vencimiento vigente	SI	SI

Observaciones:
Farmacia de atención abierta:
Los medicamentos se encuentran almacenados por nombre, en gavetas de dispensación automática y en el OMNICELL. Con acceso restringido a través de una clave de usuario y huella digital.
Los medicamentos que requieren refrigeración se encuentran en refrigerador de uso exclusivo para ello. Se accede

<table>
<tr><td></td><td>al registro de la temperatura del mes en curso.
Los medicamentos se inspeccionan al azar, en su fecha de vencimiento y se constata que todos ellos están con fecha vigente.
Los medicamentos controlados se encuentran con acceso restringido en OMNICELL.

Farmacia de atención cerrada:
1.Los medicamentos se encuentran almacenados por nombre, en gavetas de dispensación automática y en el OMNICELL. Con acceso restringido a través de una clave de usuario y huella digital.
2.Los medicamentos que requieren refrigeración se encuentran en refrigerador de uso exclusivo para ello. Se accede al registro de la temperatura del mes en curso.
3.Los medicamentos se inspeccionan al azar, en su fecha de vencimiento y se constata que todos ellos están con fecha vigente.
4.Los medicamentos controlados se encuentran con acceso restringido en gavetas con llave. Al momento de la inspección se observa que se encuentran apiladas, sin resguardo, cajas de Midazolam en ampollas, lo que no se ajusta a la normativa vigente.

Por lo expuesto en el punto 4 de la constatación de atención cerrada, no se da por cumplido el elemento medible.</td></tr>
<tr><td>UPC Ad.1</td><td>
<table>
<tr><th>N°</th><th>Criterio</th><th>Cumplimiento (SI/NO)</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Los medicamentos se mantienen en su envase original, protegidos del calor, luz y humedad a temperaturas ambientales inferiores a los 25 °C</td><td>NO</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Los medicamentos se encuentran almacenados en dispositivos específicos “Omnicell” y/o gavetas de dosis unitaria. (Dosis diaria)</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Los medicamentos sujetos a control se mantienen bajo llave y con acceso restringido.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Los medicamentos que requieren cadena de frío se mantienen en refrigerador de uso exclusivo y a una temperatura entre 2°C y 8° C.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Se debe llevar registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores.</td><td>NO</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Los medicamentos almacenados se encuentran con fecha de vencimiento vigente</td><td>SI</td></tr>
</table>
Observaciones:
1.No se cumple con el criterio 1, por cuanto no se lleva un registro de la temperatura ambiental.
2.No se cumple con el criterio 5, dado que el prestador no lleva registro diario del control de temperatura máxima y mínima. De acuerdo a lo constatado y referido por el entrevistado, se informa que el refrigerador cuenta con un control digital de temperatura y si están fuera de rangos permitidos, se activa una alarma sonora.

Por lo expuesto en el punto 2, no se da por cumplido el elemento medible.</td></tr>
<tr><td>UPC Ad.2</td><td>
<table>
<tr><th>N°</th><th>Criterio</th><th>Cumplimiento (SI/NO)</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Los medicamentos se mantienen en su envase original, protegidos del calor, luz y humedad a temperaturas ambientales inferiores a los 25 °C</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Los medicamentos se encuentran almacenados en dispositivos específicos “Omnicell” y/o gavetas de dosis unitaria. (Dosis diaria)</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Los medicamentos sujetos a control se mantienen bajo llave y con acceso restringido.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Los medicamentos que requieren cadena de frío se mantienen en refrigerador de uso exclusivo y a una temperatura entre 2°C y 8° C.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Se debe llevar registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores.</td><td>NO</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Los medicamentos almacenados se encuentran con fecha de vencimiento vigente</td><td>SI</td></tr>
</table>
Observaciones:
1.Se revisan áreas de almacenamiento de medicamentos, estos se encuentran dispuestos en los contenedores de dosis unitarias de cada paciente, en el refrigerador, en el carro de paro y en el OMNICELL, su almacenamiento es por nombre de medicamento, se encuentran protegidos de la luz, temperatura y humedad y para poder acceder a un medicamento “x” del OMNICELL el funcionario debe digitar su RUT y además colocar dedo índice en lector de huella.
2.Los medicamentos controlados se encuentran en carro de paro que al momento de la constatación se encuentra con candado y en el OMNICELL.
3.Se revisan vencimientos de los distintos medicamentos, encontrándose todos ellos con fecha vigente.
4.No se cumple con el criterio 5, dado que el prestador no lleva registro diario del control de temperatura máxima y mínima. De acuerdo a lo constatado y referido por el entrevistado, se informa que el refrigerador cuenta con un control digital de temperatura y si están fuera de rangos permitidos, se activa una alarma sonora.

Por lo expuesto en el punto 4, no se da por cumplido el elemento medible.</td></tr>
</table>

UPC Ad.3

N°	Criterio	Cumplimiento (SI/NO)
1	Los medicamentos se mantienen en su envase original, protegidos del calor, luz y humedad a temperaturas ambientales inferiores a los 25 °C	NO
2	Los medicamentos se encuentran almacenados en dispositivos específicos "Omnicell" y/o gavetas de dosis unitaria. (Dosis diaria)	SI
3	Los medicamentos sujetos a control se mantienen bajo llave y con acceso restringido.	SI
4	Los medicamentos que requieren cadena de frío se mantienen en refrigerador de uso exclusivo y a una temperatura entre 2°C y 8° C.	SI
5	Se debe llevar registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores.	NO
6	Los medicamentos almacenados se encuentran con fecha de vencimiento vigente	SI

Observaciones:
No se cumple con el criterio 1, por cuanto no se lleva un registro de la temperatura ambiental.
No se cumple con el criterio 5, dado que el prestador no lleva registro diario del control de temperatura máxima y mínima; de acuerdo a lo constatado y referido por el entrevistado, se informa que el refrigerador cuenta con un control digital de temperatura y si están fuera de rangos permitidos, se activa una alarma sonora.
Se verifica un cumplimiento inferior al 83%, (67%) no se valida el elemento medible en UCI Coronaria.

UPC Ped.

N°	Criterio	Cumplimiento (SI/NO)
1	Los medicamentos se mantienen en su envase original, protegidos del calor, luz y humedad a temperaturas ambientales inferiores a los 25 °C	NO
2	Los medicamentos se encuentran almacenados en dispositivos específicos "Omnicell" y/o gavetas de dosis unitaria. (Dosis diaria)	SI
3	Los medicamentos sujetos a control se mantienen bajo llave y con acceso restringido.	SI
4	Los medicamentos que requieren cadena de frío se mantienen en refrigerador de uso exclusivo y a una temperatura entre 2°C y 8° C.	SI
5	Se debe llevar registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores.	NO
6	Los medicamentos almacenados se encuentran con fecha de vencimiento vigente	SI

Observaciones:
1.En servicio UPCP los medicamentos se encuentran en aramarioautomatizado de dispensación de insumos y medicamentos Omnicell, al cual se accede mediante huella digital, se digita el nombre del paciente y se retiran por paciente.
2. En relación a medicamentos controlados refrigerados, declaran no contar con ellos, se evidencia en refrigerador de la unidad que no hay estupefacientes que requieran de refrigeración.
3. Refrigeradores no cuentan con termómetro que indique temperatura mínima y máxima, esto se evidencia en las curvas de temperatura de cada refrigerador.
Por lo expuesto en el punto 3, no se da por cumplido el elemento medible.

UPC Neo

Nº	Criterio	Cumplimiento (SI/NO)
1	Los medicamentos se mantienen en su envase original, protegidos del calor, luz y humedad a temperaturas ambientales inferiores a los 25 °C	SI
2	Los medicamentos se encuentran almacenados en dispositivos específicos "Omnicell" y/o gavetas de dosis unitaria. (Dosis diaria)	SI
3	Los medicamentos sujetos a control se mantienen bajo llave y con acceso restringido.	NO
4	Los medicamentos que requieren cadena de frío se mantienen en refrigerador de uso exclusivo y a una temperatura entre 2°C y 8° C.	SI
5	Se debe llevar registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores.	NO
6	Los medicamentos almacenados se encuentran con fecha de vencimiento vigente	SI

Observaciones:
En servicio UPC NEO los medicamentos son dispensados por dosis unitaria para el tratamiento diario de cada paciente por medio de cajetines identificados con la unidad de cada paciente.
Los medicamentos controlados no se encuentras almacenados según DS Nº 404/83 y Nº 405/83.
Refrigeradores no cuentan con termómetro que indique temperatura mínima y máxima, esto se evidencia en las curvas de temperatura de cada refrigerador.
Por lo expuesto en los puntos 2 y 3, no se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

MQ 1

N°	Criterio	Cumplimiento (SI/NO)
1	Los medicamentos se mantienen en su envase original, protegidos del calor, luz y humedad a temperaturas ambientales inferiores a los 25 °C	SI
2	Los medicamentos se encuentran almacenados en dispositivos específicos "Omnicell" y/o gavetas de dosis unitaria. (Dosis diaria)	SI
3	Los medicamentos sujetos a control se mantienen bajo llave y con acceso restringido.	NO
4	Los medicamentos que requieren cadena de frío se mantienen en refrigerador de uso exclusivo y a una temperatura entre 2°C y 8° C.	SI
5	Se debe llevar registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores.	No observado
6	Los medicamentos almacenados se encuentran con fecha de vencimiento vigente	SI

Observaciones:

Para la constatación, se revisan áreas de almacenamiento de medicamentos, estos se encuentran dispuestos en los contenedores de dosis unitarias para paciente. En el refrigerador y en el carro de paro su almacenamiento es por nombre de medicamento, se encuentran protegidos de la luz, temperatura y humedad.
Los medicamentos controlados existentes en carro de paro que al momento de la constatación se encuentra sin candado.
Se revisan vencimientos de los distintos medicamentos, encontrándose todos ellos con fecha vigente.
Refrigerador cuenta con un control digital de temperatura y si están fuera de rangos permitidos, se activa una alarma sonora.

Por lo expuesto en los puntos 2, no se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

MQ 2

N°	Criterio	Cumplimiento (SI/NO)
1	Los medicamentos se mantienen en su envase original, protegidos del calor, luz y humedad a temperaturas ambientales inferiores a los 25 °C	SI
2	Los medicamentos se encuentran almacenados en dispositivos específicos "Omnicell" y/o gavetas de dosis unitaria. (Dosis diaria)	SI
3	Los medicamentos sujetos a control se mantienen bajo llave y con acceso restringido.	NO
4	Los medicamentos que requieren cadena de frío se mantienen en refrigerador de uso exclusivo y a una temperatura entre 2°C y 8° C.	SI
5	Se debe llevar registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores.	No observado
6	Los medicamentos almacenados se encuentran con fecha de vencimiento vigente	SI

Observaciones:

Para la constatación, se revisan áreas de almacenamiento de medicamentos, estos se encuentran dispuestos en los contenedores de dosis unitarias para paciente. En el refrigerador y en el carro de paro su almacenamiento es por nombre de medicamento, se encuentran protegidos de la luz, temperatura y humedad.
Los medicamentos controlados existentes en carro de paro que al momento de la constatación se encuentra **sin** candado.
Se revisan vencimientos de los distintos medicamentos, encontrándose todos ellos con fecha vigente.
Refrigerador cuenta con un control digital de temperatura y si están fuera de rangos permitidos, se activa una alarma sonora.
Por lo expuesto en los puntos 2, no se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

MQ 3

N°	Criterio	Cumplimiento (SI/NO)
1	Los medicamentos se mantienen en su envase original, protegidos del calor, luz y humedad a temperaturas ambientales inferiores a los 25 °C	SI
2	Los medicamentos se encuentran almacenados en dispositivos específicos "Omnicell" y/o gavetas de dosis unitaria. (Dosis diaria)	SI
3	Los medicamentos sujetos a control se mantienen bajo llave y con acceso restringido.	NO
4	Los medicamentos que requieren cadena de frío se mantienen en refrigerador de uso exclusivo y a una temperatura entre 2°C y 8° C.	SI
5	Se debe llevar registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores.	No observado
6	Los medicamentos almacenados se encuentran con fecha de vencimiento vigente	SI

Observaciones:

Para la constatación, se revisan áreas de almacenamiento de medicamentos, estos se encuentran dispuestos en los contenedores de dosis unitarias para paciente. En el refrigerador y en el carro de paro su almacenamiento es por nombre de medicamento, se encuentran protegidos de la luz, temperatura y humedad.
Los medicamentos controlados existentes en carro de paro que al momento de la constatación se encuentra **sin** candado.
Se revisan vencimientos de los distintos medicamentos, encontrándose todos ellos con fecha vigente.
Refrigerador cuenta con un control digital de temperatura y si están fuera de rangos permitidos, se activa una

alarma sonora.

Por lo expuesto en los puntos 2, no se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

MQ 4

N°	Criterio	Cumplimiento (SI/NO)
1	Los medicamentos se mantienen en su envase original, protegidos del calor, luz y humedad a temperaturas ambientales inferiores a los 25 °C	SI
2	Los medicamentos se encuentran almacenados en dispositivos específicos "Omnicell" y/o gavetas de dosis unitaria. (Dosis diaria)	SI
3	Los medicamentos sujetos a control se mantienen bajo llave y con acceso restringido.	NO
4	Los medicamentos que requieren cadena de frío se mantienen en refrigerador de uso exclusivo y a una temperatura entre 2°C y 8° C.	SI
5	Se debe llevar registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores.	No observado
6	Los medicamentos almacenados se encuentran con fecha de vencimiento vigente	SI

Observaciones:

Para la constatación, se revisan áreas de almacenamiento de medicamentos, estos se encuentran dispuestos en los contenedores de dosis unitarias para paciente. En el refrigerador y en el carro de paro su almacenamiento es por nombre de medicamento, se encuentran protegidos de la luz, temperatura y humedad.
Los medicamentos controlados existentes en carro de paro que al momento de la constatación se encuentra sin candado.
Se revisan vencimientos de los distintos medicamentos, encontrándose todos ellos con fecha vigente.
Refrigerador cuenta con un control digital de temperatura y si están fuera de rangos permitidos, se activa una alarma sonora.

Por lo expuesto en los puntos 2, no se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

MQ 5

N°	Criterio	Cumplimiento (SI/NO)
1	Los medicamentos se mantienen en su envase original, protegidos del calor, luz y humedad a temperaturas ambientales inferiores a los 25 °C	SI
2	Los medicamentos se encuentran almacenados en dispositivos específicos "Omnicell" y/o gavetas de dosis unitaria. (Dosis diaria)	SI
3	Los medicamentos sujetos a control se mantienen bajo llave y con acceso restringido.	NO
4	Los medicamentos que requieren cadena de frío se mantienen en refrigerador de uso exclusivo y a una temperatura entre 2°C y 8° C.	SI
5	Se debe llevar registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores.	SI
6	Los medicamentos almacenados se encuentran con fecha de vencimiento vigente	SI

Observaciones:

1. Para la constatación, se revisan áreas de almacenamiento de medicamentos, estos se encuentran dispuestos en los contenedores de dosis unitarias de cada paciente, en el refrigerador y en el carro de paro, su almacenamiento es por nombre de medicamento, se encuentran protegidos de la luz, temperatura y humedad.
2.Los medicamentos controlados se encuentran en una caja metálica con llave y en el carro de paro que al momento de la constatación se encuentra abierto.
3.Se revisan vencimientos de los distintos medicamentos, encontrándose todos ellos con fecha vigente.
4.Refrigerador cuenta con un control digital de temperatura y si están fuera de rangos permitidos, se activa una alarma sonora.
Por lo expuesto en el punto 2, no se da por cumplido el elemento medible.

MQ 6

N°	Criterio	Cumplimiento (SI/NO)
1	Los medicamentos se mantienen en su envase original, protegidos del calor, luz y humedad a temperaturas ambientales inferiores a los 25 °C	SI
2	Los medicamentos se encuentran almacenados en dispositivos específicos "Omnicell" y/o gavetas de dosis unitaria. (Dosis diaria)	SI
3	Los medicamentos sujetos a control se mantienen bajo llave y con acceso restringido.	NO
4	Los medicamentos que requieren cadena de frío se mantienen en refrigerador de uso exclusivo y a una temperatura entre 2°C y 8° C.	SI
5	Se debe llevar registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores.	No observado
6	Los medicamentos almacenados se encuentran con fecha de vencimiento vigente	SI

Observaciones:

1.Para la constatación, se revisan áreas de almacenamiento de medicamentos, estos se encuentran dispuestos en los contenedores de dosis unitarias de cada paciente, en el refrigerador y en el carro de paro, su almacenamiento es por nombre de medicamento, se encuentran protegidos de la luz, temperatura y humedad.
2.Los medicamentos controlados se encuentran en una caja metálica con llave y en el carro de paro que al

momento de la constatación se encuentra abierto.
3.Se revisan vencimientos de los distintos medicamentos, encontrándose todos ellos con fecha vigente.
4.Refrigerador cuenta con un control digital de temperatura y si están fuera de rangos permitidos, se activa una alarma sonora.
Por lo expuesto en el punto 2, no se da por cumplido el elemento medible.

URG

N°	Criterio	Cumplimiento (SI/NO)
1	Los medicamentos se mantienen en su envase original, protegidos del calor, luz y humedad a temperaturas ambientales inferiores a los 25 °C	SI
2	Los medicamentos se encuentran almacenados en dispositivos específicos "Omnicell" y/o gavetas de dosis unitaria. (Dosis diaria)	SI
3	Los medicamentos sujetos a control se mantienen bajo llave y con acceso restringido.	SI
4	Los medicamentos que requieren cadena de frío se mantienen en refrigerador de uso exclusivo y a una temperatura entre 2°C y 8° C.	SI
5	Se debe llevar registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores.	SI
6	Los medicamentos almacenados se encuentran con fecha de vencimiento vigente	SI

Observaciones:
Para la constatación, se revisa área de almacenamiento de medicamentos, estos se encuentran dispuestos en los OMNICELL, su almacenamiento es por nombre de medicamento, se encuentran protegidos de la luz, temperatura y humedad y para poder acceder a un medicamento "x", funcionario debe digitar su RUT y además colocar dedo índice en lector de huella.
Se revisan vencimientos de los distintos medicamentos, encontrándose todos ellos con fecha vigente.

Lo constatado cumple con lo solicitado en el elemento medible.

PQ 1

N°	Criterio	Cumplimiento (SI/NO)
1	Los medicamentos se mantienen en su envase original, protegidos del calor, luz y humedad a temperaturas ambientales inferiores a los 25 °C	SI
2	Los medicamentos se encuentran almacenados en dispositivos específicos "Omnicell" y/o gavetas de dosis unitaria. (Dosis diaria)	SI
3	Los medicamentos sujetos a control se mantienen bajo llave y con acceso restringido.	SI
4	Los medicamentos que requieren cadena de frío, se mantienen en refrigerador de uso exclusivo y a una temperatura entre 2°C y 8° C.	SI
5	Se debe llevar registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores.	NO
6	Los medicamentos almacenados se encuentran con fecha de vencimiento vigente	SI

Observaciones:
1.En pabellón central, no se cumple el criterio 5, dado que no se lleva un registro por escrito de control diario de la temperatura máxima y mínima, de acuerdo a lo constatado y referido por el entrevistado, se informa que el refrigerador cuenta con un control digital de temperatura y si esta está fuera de rangos permitidos, se activa una alarma sonora.

Por lo expuesto en el punto 1, no cumple lo solicitado en el elemento medible.

PQ 2

Se realza inspección visual de área de almacenamiento del PQ de CMA, los que se encuentran en el carro de paroy en OMNICELL.

N°	Criterio	Cumplimiento (SI/NO)
1	Los medicamentos se mantienen en su envase original, protegidos del calor, luz y humedad a temperaturas ambientales inferiores a los 25 °C	SI
2	Los medicamentos se encuentran almacenados en dispositivos específicos "Omnicell" y/o gavetas de dosis unitaria. (Dosis diaria)	SI
3	Los medicamentos sujetos a control se mantienen bajo llave y con acceso restringido.	NO
4	Los medicamentos que requieren cadena de frío, se mantienen en refrigerador de uso exclusivo y a una temperatura entre 2°C y 8° C.	SI
5	Se debe llevar registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores.	No observado
6	Los medicamentos almacenados se encuentran con fecha de vencimiento vigente	SI

Observaciones:
Los medicamentos se encuentran almacenados por nombre, protegidos de la luz en el OMNICELL, y con acceso restringido a través de una clave de usuario y huella digital, al enfermero para los medicamentos controlados.
Los medicamentos se inspeccionan al azar, en su fecha de vencimiento y se constata que todos ellos están con fecha vigente.
Los medicamentos controlados se encuentran en carro de paro que al momento de la constatación se encuentra **sin candado** y sin resguardo para su uso.
Refrigerador cuenta con un control digital de temperatura y si están fuera de rangos permitidos, se activa una

<table>
<tr><td></td><td>alarma sonora.

Por lo expuesto en el punto 3 no cumple el elemento medible.</td></tr>
<tr><td>PQ 3</td><td>Se realza inspección visual de área de almacenamiento del PQ de CMA, los que se encuentran en el carro de paro, OMNICELL.
<table>
<tr><th>N°</th><th>Criterio</th><th>Cumplimiento (SI/NO)</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Los medicamentos se mantienen en su envase original, protegidos del calor, luz y humedad a temperaturas ambientales inferiores a los 25 °C</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Los medicamentos se encuentran almacenados en dispositivos específicos “Omnicell” y/o gavetas de dosis unitaria. (Dosis diaria)</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Los medicamentos sujetos a control se mantienen bajo llave y con acceso restringido.</td><td>NO</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Los medicamentos que requieren cadena de frío, se mantienen en refrigerador de uso exclusivo y a una temperatura entre 2°C y 8° C.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Se debe llevar registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores.</td><td>No observado</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Los medicamentos almacenados se encuentran con fecha de vencimiento vigente</td><td>SI</td></tr>
</table>
Observaciones:
Los medicamentos se encuentran almacenados por nombre, protegidos de la luz en el OMNICELL, y con acceso restringido a través de una clave de usuario y huella digital, al enfermero para los medicamentos controlados.
Los medicamentos se inspeccionan al azar, en su fecha de vencimiento y se constata que todos ellos están con fecha vigente.
Los medicamentos controlados se encuentran en carro de paro que al momento de la constatación se encuentra sin candado y sin resguardo para su uso.
Refrigerador cuenta con un control digital de temperatura y si están fuera de rangos permitidos, se activa una alarma sonora.
Por lo expuesto en el punto 3, no cumple con lo solicitado en el elemento medible.</td></tr>
<tr><td>Ped.</td><td>
<table>
<tr><th>Nº</th><th>Criterio</th><th>Cumplimiento (SI/NO)</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Los medicamentos se mantienen en su envase original, protegidos del calor, luz y humedad a temperaturas ambientales inferiores a los 25 °C</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Los medicamentos se encuentran almacenados en dispositivos específicos “Omnicell” y/o gavetas de dosis unitaria. (Dosis diaria)</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Los medicamentos sujetos a control se mantienen bajo llave y con acceso restringido.</td><td>NO</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Los medicamentos que requieren cadena de frío se mantienen en refrigerador de uso exclusivo y a una temperatura entre 2°C y 8° C.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Se debe llevar registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores.</td><td>NO</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Los medicamentos almacenados se encuentran con fecha de vencimiento vigente</td><td>SI</td></tr>
</table>
Observaciones:
En servicio Pediatría los medicamentos son dispensados por dosis unitaria para el tratamiento diario de cada paciente por medio de cajetines identificados con la unidad de cada paciente.
Los medicamentos controlados no se encuentras almacenados según DS Nº 404/83 y Nº 405/83.
Refrigeradores no cuentan con termómetro que indique temperatura mínima y máxima, esto se evidencia en las curvas de temperatura de cada refrigerador.
Por lo expuesto en los puntos 2 y 3, no se cumple con lo solicitado en el elemento medible.</td></tr>
</table>

CARACTERÍSTICA APF 1.5 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Farmacia	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Medicina	URG	PQ	Ped.
Primer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1
Segundo elemento medible		1	1	1	1	1	1	1
Tercer elemento medible		0	0	1	1	1	1	1
Cuarto elemento medible	0	0	0	0	0	1	0	0
Umbral de la característica: ≥ 50%	Puntaje total: 21/30			Porcentaje obtenido: 70%			**Cumple: SI**	

CARACTERÍSTICA APF 1.6 / HALLAZGOS

APF 1.6 – Primer elemento medible: Se describen en documento(s) los procedimientos de preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos de acuerdo a la normativa vigente y se ha definido responsable (s) de su aplicación.

Punto de verificación Unidad de Farmacia* (Oncológica)				
Nombre del documento: PROCEDIMIENTO PRPARACION DE MAGISTRALES ONCOLOGICOS ESTERILES				
N° Resolución: no consigna	Versión: 03	Fecha: Enero 2018	Fecha vigencia: % años.	N° páginas: 13
Elaborado por: QF Sandra Trujillo, Encargada de Calidad Unidad de Farmacia.		Aprobado por: QF. Rosana Ramos Bradanovic, Jefe Farmacia		
El documento describe los siguientes procedimientos relacionados con medicamentos antineoplásicos: (SI/NO)				
1. Preparación	NA	2. Almacenamiento	NO	3. Distribución	NO	4. Desecho	NO

5. Procedimientos acorde a la normativa vigente	SI	6. Se han definido responsables de la aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento en punto de verificación farmacia.
En página 2, ítem 2 y 3 se establece alcance y responsables:
Químico farmacéutico jefe de farmacia: velar por el cumplimiento del procedimiento y de la programación del químico farmacéutico encargado de quimioterapia.
Químico farmacéutico de centro oncológico Norte: es el encargado de la preparación de los magistrales oncológicos estériles.
Enfermera jefa del servicio de oncología: es responsable de asegurar que la receta del paciente llegue a tiempo a la farmacia.

En página 4, ítem 7 comienza la descripción del proceso:
Ítem 7.1 se detalla la recepción de la receta, entre ellos:
La recepción de recetas será en la unidad de Farmacia antes de las 16:00 horas del día anterior al que se deberá administrar la quimioterapia. La receta médica será por sí misma, una orden de administración de quimioterapia, respaldando con ella que el paciente se encuentra en condiciones físicas de recibir el tratamiento y posee cama en el servicio de oncología
Las prescripciones deberán venir en receta del hospital, indicando claramente nombre del paciente, número de historia clínica, servicio clínico, droga oncológica, dosis, el suero y volumen en que será administrado, fecha, y firma del profesional que la extiende.

En página 5, ítem 7.2 se encuentra la **preparación** en donde define que los preparados magistrales oncológicos estériles se realizarán de lunes a viernes, durante la mañana en el centro oncológico norte (CON). No se entregará ningún tipo de insumo para su elaboración en las unidades asistenciales.

En ítem 7.3 se establece la **transcripción de recetas**, en donde señala que una vez recibida la prescripción en farmacia, se envía la receta mediante correo electrónico al químico farmacéutico encargado de la preparación en el centro oncológico del norte, donde será ingresada al sistema informático para su preparación a la mañana siguiente. El químico farmacéutico encargado de quimioterapia debe quedarse con la receta original para su posterior revisión y digitación en el sistema de farmacia.

En ítem7.4 se señala la **rotulación de los preparados** magistrales oncológicos estériles:
Los preparados magistrales oncológicos estériles serán entregados por el químico farmacéutico perteneciente a centro oncológico del norte directamente a la unidad de farmacia.
Los preparados magistrales oncológicos estériles se entregarán con la conexión cebada con el suero de dilución, y cubierta por una bolsa de plástico oscura y sellada para protegerla de la manipulación hasta la administración al paciente.
La unidad clínica es responsable del retiro de las preparaciones en farmacia, estas se entregan en un contenedor resistente a la luz y al calor y que es exclusivo para ese fin.

En página 6, ítem 7.5 se establece el almacenamiento de preparados magistrales oncológicos estériles, consignando que los preparados oncológicos estériles no deben almacenarse en los servicios clínicos, ya que son entregados para ser administrados inmediatamente al paciente.

En ítem 7.7 se establece la **conservación de los preparados magistrales citotóxicos** estériles en las unidades asistenciales
Los preparados magistrales oncológicos estériles son sellados fuera de la cabina de bioseguridad y deberán mantener su esterilidad hasta el momento de su administración. Está estrictamente prohibido ingresar cualquier otro componente a las preparaciones.

En ítem 7.8 se establece **desecho de medicamentos antineoplásicos:**
Durante la manipulación de fármacos antineoplásicos se produce una gran cantidad de residuos o de insumos contaminados con medicamentos que es necesario eliminar adecuadamente, al igual que las quimioterapias no administradas o suspendidas a último momento, ya que por su especial mecanismo de acción pueden ser peligrosos para la salud de los manipuladores.

Observaciones:
Se tienen a la vista versiones anteriores del documento:"Procedimiento preparación de magistrales oncológicos estériles", de mayo 2016, versión 2, elaborado por QF. Sandra Trujillo, encargada de calidad unidad de farmacia, aprobado por QF. Rosana Ramos Bradanovic, jefe de farmacia. Cumple con el período de tres años de retrospectividad para esta acreditación.
El documento constatado en punto de verificación no establece el desarrollo del procedimiento de distribución, almacenamiento y desecho de medicamentos antineoplásicos.
El prestador declara que no realiza preparaciones de medicamentos antineoplásicos, son realizados en el centro oncológico.

Por lo expuesto en el punto 2, no cumple con el elemento medible.

APF 1.6 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Punto de verificación Unidad de Farmacia* (Oncológica)		
Nombre del indicador (1)	NUMERO DE MUESTRAS AMBIENTALES EN QUIMIOTERAPIA.	
Fórmula matemática	N° de muestras ambientales en quimioterapia no contaminadas en el período / N° total de muestras ambientales quimioterapia tomadas en el mismo período X 100	
Umbral de cumplimiento:90%		Periodicidad de la evaluación: mensual
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE PREPARACIONES DE QUIMIOTERAPIA RECEPCIONADAS QUE CUMPLEN CON LAS CONDICIONES DE ROTULACIÓN	
Fórmula matemática	N° de preparaciones de quimioterapia recepcionadas que cumplen con las condiciones de rotulación según pauta / N° total de preparaciones de quimioterapia recepcionadas X 100.	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Mensual.

APF 1.6– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Punto de verificación Unidad de Farmacia* (Oncológica)	
Nombre documento (1)	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de central de mezclas.
Fuente primaria	Estudio ambiental bacteriológico enviado por laboratorio central de Hospital Regional Antofagasta.
Fuente secundaria	Libro foliado donde se registran los resultados de las tomas de muestras.
Periodo evaluado	01 de junio 2016 al 31 de diciembre 2017
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra**: se realiza 2 veces al mes, cada 15 días, 6 placas de control microbiológico, colocadas en cámara de preparación de quimioterapia o área de preparación del químico farmacéutico. **Metodología de muestreo**: Se evalúa las muestras microbiológicas negativas, es decir que contengan una cantidad menor a 3 unidades formadoras de colonia. **Criterios de cumplimiento:** El prestador no utiliza pauta de supervisión para este indicador, los datos son extraídos a partir del reporte del resultado del cultivo de placas enviado por laboratorio de microbiología.
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 junio de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra**: La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 meses, correspondiendo a mayo 2018 y diciembre 2018. **Registros revisados para este indicador:** Informe evaluación periódica del indicador. Informe de estudio ambiental bacteriológico enviado por laboratorio central de Hospital Regional Antofagasta. **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) Informe evaluación periódica del indicador, contiene los resultados de las mediciones del indicador. Se constata que durante el mes de noviembre 2016 no se realizó control microbiológico sectores definidos, por lo que no se puede constatar la medición periódica del indicador. Se verifica que la cantidad de mediciones reportadas sea concordante con lo informado. Se constata que los criterios de cumplimiento evaluados se encuentran estipulados en el documento institucional.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	6	6	100%			
Julio 2016	4	6	100%			
Agosto 2016	12	12	100%			
Septiembre 2016	6	6	100%			
Octubre 2016	12	12	100%			
Noviembre 2016	-	-	0			
Diciembre 2016	6	6	100%			
Enero 2017	12	12	100%			
Febrero 2017	6	6	100%			
Marzo 2017	9	9	100%			
Abril 2017	12	12	100%			
Mayo 2017	6	6	100%			
Junio 2017	5	6	83,3%			
Julio 2017	6	6	100%			
Agosto 2017	5	5	100%			
Septiembre 2017	12	12	100%			
Octubre 2017	12	12	100%			
Noviembre 2017	6	6	100%			
Diciembre 2017	6	6	100%			

Descripción de los hallazgos:
1.De los 19 meses de medición, en 12 no se realizan la cantidad de controles definida por el prestador.
2.En el mes de noviembre no se realizaron los cultivos.

Por lo expuesto en el punto 1 y 2, no se da por cumplido el elemento medible.

Nombre documento (2)	INFORME DE EVALUACIÓN DEL INDICADOR.
Responsable medición	Químico Farmacéutico
Fuente primaria	Libro digital de registro de preparados magistrales oncológicos.
Fuente secundaria	Pauta de supervisión
Periodo evaluado	01 de enero 2018 al 31 de mayo 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra**: Se evalúa todas las recepciones de preparados magistral oncológicos. **Metodología de muestreo**: El químico farmacéutico aplica una pauta de supervisión todos los días hábiles a las rotulaciones de recepciones de preparados magistrales oncológicos enviadas por el centro oncológico. **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de supervisión que contiene: mes evaluado, número, fecha de evaluación, ficha del paciente, criterios a evaluar (4), cumplimiento y

evaluador. Los criterios de cumplimiento son:
Con nombre del paciente.
Con medicamentos correcto.
Con dosis correcta.
Fecha de vencimiento.

Metodología de constatación

Periodo evaluado: dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.
Selección de la muestra: la constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 meses, correspondiendo a mayo 2018 y diciembre 2018.
Registros revisados para este indicador:
Informe evaluación periódica del indicador.
Pauta de supervisión.
Planilla de entrega de quimioterapia.
De la constatación: (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019)
Informe evaluación periódica del indicador, contiene los resultados de las mediciones del indicador.
Se verifica que la cantidad de pautas aplicas reportados por el prestador concuerda con lo informado en el mes de mayo 2018 y diciembre 2018.
Se constata que el criterio de cumplimiento número 4" fecha de vencimiento no se encuentra estipulado en protocolo institucional como requisito de la rotulación.
Se constata 5 fuentes primarias de los 2 meses a evaluar utilizando la herramienta randomizer:

Mayo 2018				
Fecha de entrega	Ficha clínica	Medicamento	Cumplimiento Reportado	Cumplimiento EA
04/05/2018	350719	Ganciclovir.	SI	SI
08/05/2018	713485	Metotrexato.	SI	SI
14/05/2018	704959	Vinblastina.	SI	SI
18/05/2018	482084	Metotrexato.	SI	SI
29/05/2018	132055	Metotrexato.	SI	SI

Diciembre 2018				
Fecha de entrega	Ficha clínica	Medicamento	Cumplimiento Reportado	Cumplimiento EA
17/12720182	412780	Metotrexato.	SI	SI
18/12/2018	405644	Metotrexato.	SI	SI
18/12/2018	463939	Metotrexato.	SI	SI
21/12/2018	451217	Metotrexato.	SI	SI
28/12/2018	230703	Metotrexato.	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Enero 2018	19	20	95%			
Febrero 2018	19	20	95%			
Marzo 2018	19	20	95%			
Abril 2018	19	20	95%			
Mayo 2018	**20**	**20**	**100%**	**20**	**20**	**100%**
Junio 2018	20	20	100%			
Julio 2018	19	20	95%			
Agosto 2018	20	20	100%			
Septiembre 2018	20	20	100%			
Octubre 2018	20	20	100%			
Noviembre 2018	20	20	100%			
Diciembre 2018	**19**	**19**	**100%**	**19**	**19**	**100%**
Enero 2019	20	20	100%			
Febrero 2019	19	20	95%			

Marzo 2019	20	20	100%			
Abril 2019	15	15	100%			
Mayo 2019	18	18	100%			

Descripción de los hallazgos:

1. En cuanto a lo cuantitativo la medición realizada para el indicador Nº 1 no da cuenta del cumplimiento de la evaluación periódica definida por el prestador en relación a su protocolo local y metodología de medición.

Lo constatado no cumple con lo solicitado en el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APF 1.6 / FUNDAMENTOS

Unidad de Farmacia (1-0-NA)	Farmacia	1° EM: 0	2° EM: 1	3° EM: 0
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/3	Porcentaje obtenido: 33%		**Cumple: NO**

CARACTERÍSTICA APF 1.7 / HALLAZGOS

APF 1.7 – Primer elemento medible: Se describe en documento(s) el procedimiento de preparación, almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral, acorde a la normativa vigente y se ha definido responsable (s) de su aplicación.

Punto de verificación Unidad de Farmacia					
Nombre del documento: PROCEDIMIENTO PREPARACIONES MAGISTRALES DE NUTRICIONES PARENTERALES					
N° Resolución: no consigna	Versión: 3	Fecha: Enero 2018	Fecha vigencia: 5 años.	N° páginas: 24	
Elaborado por: QF Sandra Trujillo, encargada de calidad unidad de Farmacia.		Aprobado por: QF. Rosana Ramos Bradanovic, Jefe Farmacia			
El documento describe los siguientes procedimientos relacionados con nutrición parenteral: (SI/NO/NA)					
1. Preparación	SI	2. Almacenamiento	SI	3. Dispensación	SI
4. Procedimiento acorde a la normativa vigente	SI	5. Se han definido responsables de la aplicación		SI	

Breve descripción del contenido del documento:Se tiene a la vista protocolo en punto de verificación.
En página 2, se establece alcance y responsables:
Jefe de unidad de farmacia: velar por el cumplimiento de este procedimiento, además es el responsable de la coordinación de los turnos de preparación del personal que trabajará en la central de mezclas.
Químico farmacéutico encargado de la central de mezclas: mantener los stocks necesarios para la preparación, tanto de medicamentos como de insumos y de mantener el buen funcionamiento general de la central de mezclas.
Químico farmacéutico encargado de la preparación: visa el envío de las preparaciones de nutrición parenterales a las unidades clínicas, es el responsable de realizar inventarios semanales y de llevar al día el libro de registro de recetas.
Técnico paramédico encargado de la preparación: realizar correctamente el aseo diario y terminal, es responsable de asistir al químico farmacéutico durante la preparación, así también como de la preparación del material diario para las nutriciones, recepción y orden de los pedidos y de llevar las nutriciones parenterales a los servicios correspondientes

En página 5, ítem 7.1.4 se establece el **procedimiento de preparación del área de trabajo y la vestimenta**, en donde se especifica que deben ingresar personas calificadas y autorizadas para trabajar en la central y que cada vez que se ingrese la central de mezclas intravenosas, se deberá usar cubre calzado, o bien un calzado exclusivo para esa unidad y gorro. Al entrar el personal se debe realizar un lavado de manos clínico.
Se revisará la existencia de mascarilla, jabón desinfectante, toalla nova y guantes limpios en el área de vestuario y se dejarán los trajes estériles correspondientes a usar.

En página 10, ítem 7.2, se establece la **metodología de trabajo en la preparación de la nutrición parenteral** estableciendo que toda manipulación de los nutrientes se debe realizar con técnica aséptica teniendo la precaución de trabajar a lo menos 10 cm. dentro de la superficie de la cabina y realizando toda la manipulación frente al flujo del aire, procurando que no existan obstáculos para el flujo.
Se debe tener la precaución de limpiar con la gasa embebida en alcohol el tapón de goma de los matraces que se va a puncionar, esperando su tiempo de acción y luego puncionar. Así también se debe limpiar el cuello de las ampollas y se deben abrir con la gasa estéril, jamás directamente con la mano.

En la misma página, ítem 7.2.1 se establece la **metodología de preparación de nutrientes parenterales de neonatología**, se mencionan algunos pasos:
El técnico para médicos debe abrir los matraces de suero y medir el excedente a eliminar por medio de un vaso precipitado.
El químico farmacéutico debe jeringuear los aminoácidos, siempre con el bisel de la aguja contra el operador, pasar el volumen medido cuidadosamente al matraz, evitar derrames o contaminar sus guantes con el matraz.
Jeringuear electrolitos según el siguiente orden: sodio, potasio, magnesio, fosfato y zinc, solicitar la agitación del matraz.
El técnico paramédico debe Reconstituir y presentar frasco ampolla de vitaminas pediátricas, en el caso en que se requieran

En página 11, ítem 7.2.2 se establece la **metodología de preparación de nutriciones parenterales en adultos**, algunos pasos son:
La nutrición parenteral será preparada inmediatamente en la bolsa EVA de nutrición parenteral, la cual viene con bajadas con filtro para incorporar los grandes volúmenes (glucosa, aminoácidos, lípidos).
Para mantener la estabilidad fisicoquímica de la preparación, los nutrientes, electrolitos y vitaminas se van incorporando a la bolsa de nutrición parenteral de la siguiente manera:
Se agrega glucosa y aminoácidos directamente a la bolsa mediante caída libre, se debe agitar constantemente y se debe mantener un matraz con un remanente de volumen de glucosa para agregar los electrolitos.
En el matraz con remanente de glucosa se agrega en el siguiente orden los electrolitos: Sodio, potasio, magnesio, fosfato y zinc, luego se debe instalar el matraz en la barra de metal que está en altura para permitir la caída libre de la solución hacia la

bolsa de nutrición parenteral.
Cuando se ha ingresado toda la glucosa, se agregan los oligoelementos y las vitaminas por medio de la goma oclusiva
Se jeringuea cuidadosamente el calcio con una jeringa exclusiva para tal efecto y se pasa el volumen por la goma oclusiva, agitando cuidadosamente.

En página 13, ítem 7.2.3 se establece la rotulación de la nutrición parenteral:
Datos del paciente.
Formulación de la nutrición parenteral.
Volumen total.
Fecha de elaboración.
Fecha de vencimiento.
Profesional que prescribe.
Profesional que prepara.
Advertencias referentes a su almacenamiento.

En página 13, ítem 7.3 se establece la metodología de trabajo posterior a la preparación de la nutrición parenteral, se detalla en ítem 7.3.1 la **dispensación de la nutrición parenteral**, se mencionan algunos puntos:
Las nutriciones parenterales serán entregadas en las unidades clínicas por el técnico paramédico de la central de mezclas, si por alguna razón de fuerza mayor el técnico no puede ir a dejar las NP, desde los servicios clínicos deben enviar a un paramédico a buscarlas.
La nutrición parenteral será preparada y entregada en una bolsa de EVA (etanol vinil acetato), sellada, y claramente identificada en su composición y paciente a quien pertenece, Su manipulación deberá corresponder a la manipulación de un producto estéril, es decir, en un recipiente cerrado y limpio y deben ir cubiertas con un paño liso.

En página 14, ítems 7.3.2 se establece la conservación y almacenamiento de las preparaciones de nutrición parenteral en el servicio clínico, se menciona algunos puntos:
La bolsa de nutrición parenteral es sellada fuera de la cabina de flujo laminar y deberá mantener su esterilidad hasta el momento de su administración. Está estrictamente prohibido ingresar cualquier otro componente a la bolsa de nutrición.
Si la nutrición no es ocupada inmediatamente, deberá mantenerse a temperatura ambiente el menor tiempo posible; como máximo 4 horas después de su preparación. En Central de Mezclas no se almacenan Nutriciones Parenterales preparadas.
Toda nutrición parenteral que no sea administrada al paciente debe ser devuelta a Farmacia, indicando la causa de la devolución. No se deben mantener nutriciones parenterales almacenadas en los servicios clínicos,

En página 4, ítem 7,5 se establece el control microbiológico diciendo que el control microbiológico o toma de muestras se debe realizar 2 veces al mes, una vez cada quincena. De acuerdo a lo acordado con el laboratorio se debe realizar los días martes, se deben distribuir 8 placas de control, 4 de Sabouraud y 4 de recuento, dentro de la cámara de preparación de nutrición parenterales, específicamente en el área de preparación del químico farmacéutico, en el área de trabajo de técnico paramédico, en el mesón y en el transfer.

Observaciones:
Se tiene a la vista versiones anteriores del documento: Procedimiento preparaciones magistrales de nutriciones parenterales, de mayo 2016, versión 2, elaborado por químico farmacéutico Sandra Trujillo, encargada de calidad de farmacia y aprobado por químico farmacéutico Rosana Ramos. Se cumple con el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Por lo anterior expuesto, se da por cumplido el elemento medible.

APF 1.7 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Farmacia		
Nombre del indicador (1)	PORCENTAJE DE MUESTRAS AMBIENTALES NO CONTAMINADAS NUTRICIONES PARENTERALES	
Fórmula matemática	N° de muestras ambientales nutrición parenteral no contaminadas en el período / N° total de muestras ambientales nutrición parenteral tomadas en el mismo periodo X 100.	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral.
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE PREPARACIONES DE NUTRICIONES PARENTERALES RECEPCIONADAS QUE CUMPLEN CON LAS CONDICIONES DE ROTULACIÓN.	
Fórmula matemática	N° de preparaciones de nutriciones parenterales recepcionadas que cumplen con las condiciones de rotulación según pauta / N° total de nutriciones parenterales recepcionadas X 100.	
Umbral de cumplimiento: 80%		Periodicidad de la evaluación: Mensual.

APF 1.7– Tercer elemento medible: Verifica constancia de evaluación periódica.

Unidad de Farmacia	
Nombre documento (1)	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Químico Farmacéutico.
Fuente primaria	Estudio ambiental bacteriológico enviado por laboratorio central de Hospital Regional Antofagasta.
Fuente secundaria	Libro foliado donde se registran los resultados de las tomas de muestras.
Periodo evaluado	01 de junio 2016 al 31 de diciembre 2017
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra**: se realiza 2 veces al mes, cada 15 días, 6 placas de control microbiológico, colocadas en cámara de preparación de quimioterapia o área de preparación del químico farmacéutico. **Metodología de muestreo**: Se evalúa las muestras microbiológicas negativas, es decir que

	contengan una cantidad menor a 3 unidades formadoras de colonia. **Criterios de cumplimiento:** El prestador no utiliza pauta de supervisión para este indicador, los datos son extraídos a partir del reporte del resultado del cultivo de placas enviado por laboratorio de microbiología.
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 junio de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra**: la constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 meses, correspondiendo a mayo 2018 y diciembre 2018. **Registros revisados para este indicador:** Informe evaluación periódica del indicador. Informe de estudio ambiental bacteriológico enviado por laboratorio central de Hospital Regional Antofagasta **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) Informe evaluación periódica del indicador, contiene los resultados de las mediciones del indicador. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado para este indicador (19 meses), con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se verifica que la cantidad de pautas aplicas reportados por el prestador concuerda con lo informado. Se constata que los criterios de cumplimiento evaluados se encuentran estipulados en el documento institucional.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	8	8	100%			
Julio 2016	8	8	100%			
Agosto 2016	16	16	100%			
Septiembre 2016	6	7	85,71%			
Octubre 2016	8	8	100%			
Noviembre 2016	8	8	100%			
Diciembre 2016	8	8	100%			
Enero 2017	15	16	93,75			
Febrero 2017	8	8	100%			
Marzo 2017	12	12	100%			
Abril 2017	16	16	100%			
Mayo 2017	16	16	100%			
Junio 2017	8	8	100%			
Julio 2017	16	16	100%			
Agosto 2017	16	16	100%			
Septiembre 2017	8	8	100%			
Octubre 2017	16	16	100%			
Noviembre 2017	8	8	100%			
Diciembre 2017	8	8	100%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
Se da por cumplido el elemento medible.

Nombre documento (2)	INFORME DE EVALUACIÓN DEL INDICADOR.
Responsable medición	Químico Farmacéutico
Fuente primaria	Rectas digitales y libro de entrega de nutriciones parenterales.
Fuente secundaria	Pauta de supervisión
Periodo evaluado	01 de enero 2018 al 31 de mayo 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra:** se evalúa todas las recepciones de preparados de nutriciones parenterales. **Metodología de muestreo:** el químico farmacéutico aplica una pauta de supervisión todos los días hábiles a las rotulaciones de recepciones de preparados de nutriciones parenterales enviadas por el antiguo Hospital de Antofagasta. **Criterios de cumplimiento**: el prestador utiliza una pauta de supervisión que contiene: mes evaluado, número, fecha de evaluación, ficha del paciente, criterios a evaluar (4), cumplimiento y evaluador. Los criterios de cumplimiento son: 1. Nombre del paciente correcto. 2. Servicio clínico correcto. 3. Nombre Químico Farmacéutico correcto. 4. Fecha de vencimiento.
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de junio de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra**: la constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 meses, correspondiendo a mayo 2018 y

diciembre 2018.

Registros revisados para este indicador:

Informe evaluación periódica del indicador.
Pauta de supervisión.
Planilla de entrega de nutrición parenteral.
Recetas de Nutriciones parenterales digitalizadas.

De la constatación: (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019)

Informe evaluación periódica del indicador, contiene los resultados de las mediciones del indicador.
Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado para este indicador (17 meses), con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento.
Se verifica que la cantidad de pautas aplicas reportados por el prestador concuerda con lo informado en el mes de mayo 2018 y diciembre 2018.
Se constata que los criterios de cumplimiento se encuentran estipulado en el protocolo.
Se constata 5 fuentes primarias de los 2 meses a evaluar utilizando la herramienta randomizer:

Mayo 2018				
Fecha	Ficha clínica	Nutrición parenteral	Observaciones	Cumplimiento EA
04/05/2018	714611	Si	Planilla entrega Nutrición parenteral	SI
08/05/2018	738863	Si	Receta digital	SI
14/05/2018	151822	Si	Planilla entrega Nutrición parenteral	SI
18/05/2018	314266	Si	Planilla entrega Nutrición parenteral	SI
29/05/2018	739852	Si	Receta digital	SI

Diciembre 2018				
Fecha	Ficha clínica	Nutrición parenteral	Observaciones	Cumplimiento EA
13/12/2018	753148	Si	Receta digital	SI
17/12/2018	753081	Si	Receta digital	SI
19/12/2018	739671	Si	Receta digital	SI
20/12/2018	754027	Si	Receta digital	SI
28/12/2018	30613	Si	Planilla entrega Nutrición parenteral	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Enero 2018	19	20	95%			
Febrero 2018	20	20	100%			
Marzo 2018	19	20	95%			
Abril 2018	20	20	100%			
Mayo 2018	**20**	**20**	**100%**	**20**	**20**	**100%**
Junio 2018	18	20	90%			
Julio 2018	20	20	100%			
Agosto 2018	17	20	85%			
Septiembre 2018	20	20	100%			
Octubre 2018	17	20	85%			
Noviembre 2018	18	20	90%			
Diciembre 2018	**20**	**20**	**100%**	**20**	**20**	**100%**
Enero 2019	19	20	95%			
Febrero 2019	20	20	100%			
Marzo 2019	20	20	100%			
Abril 2019	20	20	100%			
Mayo 2019	19	20	95%			

Descripción de los hallazgos:

En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador. El prestador realiza medición mensual y evalúa el indicador semestral.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, en los pacientes fallecidos la fuente primaria tuvo que

constatarse en la planilla de entrega de nutricional parenteral, dado que el prestador refiere que al momento de fallecer el paciente la receta digital se elimina del sistema.

Por lo anterior, se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APF 1.7 / FUNDAMENTOS

Farmacia (1-0-NA)	Farmacia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

SERVICIOS DE APOYO – ESTERILIZACIÓN (APE)

CARACTERÍSTICA APE 1.1 / HALLAZGOS

APE 1.1 – Primer elemento medible: Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia					
Prestador al que compra	N° Autorización Sanitaria (A.S.)	Fecha A.S.	SEREMI/SSDS	Copia fiel original documento (Si/No)	N° Registro reacreditación
Clínica La Portada	NA	NA	NA	NA	61
Hospital Militar del Norte	NA	NA	NA	NA	89
Clínica BUPA Antofagasta	NA	NA	NA	NA	76

CARACTERÍSTICA APE 1.1 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA APE 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

APE 1.2 – Primer elemento medible: Se constata que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada. *

Metodología de constatación: Se realiza visita de inspección a las áreas sucias de las unidades y servicios puntos de verificación para esta característica, con el objeto de verificar el manejo de material contaminado, que requiere ser esterilizado. Luego, se entrevista al personal de turno para conocer el manejo del material contaminado, de manera de constatar si las unidades y servicios puntos de verificación para esta característica participan en algunas de las etapas del proceso de esterilización, para tal efecto se realizan las siguientes consultas:
¿Qué se hace con el material contaminado, luego de ser utilizado?
¿Dónde se realiza la esterilización del material?
¿Quién realiza el traslado del material contaminado a la central de esterilización?

Constata lavado y preparación de material centralizado	
Punto	Describir resultado de la constatación
PQ 1	Se realiza entrevista al personal de turno, entre ellas 1 enfermera y 3 técnicos paramédicos. Se constata que la etapa de lavado y preparación de material se realiza en forma centralizada en el servicio de esterilización del Hospital Regional de Antofagasta, por cuanto el personal afirma que el pabellón no se realiza lavado del material solo una descarga bacteriana con agua bidestilada o suero, luego se traslada al sector de área sucia. (mueble con lavadero profundo). El traslado a la central de esterilización lo realiza el TENS, arsenalera o encargado de traslado de material. Al momento de la visita se observa material en el depósito de área sucia, listo para ser trasladado al central de esterilización. Por lo anterior expuesto, se da por cumplido el elemento medible en Pabellón central.
PQ 2	Personal entrevistado 1. Se realiza inspección visual del área de acopio del material sucio y se constata que la etapa de lavado y preparación se lleva a cabo en la unidad de esterilización.
PQ 3	Personal entrevistado 1. Se realiza inspección visual del área de acopio del material sucio y se constata que la etapa de lavado y preparación se lleva a cabo en la unidad de esterilización.
UPC Ad 1	Se realiza entrevista al personal de turno, entre ellas 2 enfermeras y 1 técnico paramédico. Se constata que la etapa de lavado y preparación de material se realiza en forma centralizada en el servicio de esterilización del Hospital Regional de Antofagasta, por cuanto el personal afirma que la UCI Adulto no se realiza lavado del material solo una descarga bacteriana con agua, luego se traslada al sector de área sucia y posteriormente se traslada a la central de esterilización. El traslado a la central de esterilización lo realiza el TENS. Por lo anterior expuesto, se da por cumplido el elemento medible en UCI Adulto.
UPC Ad 2	Personal entrevistado 2, se constata que la etapa de lavado y preparación se lleva a cabo en la unidad de esterilización.
UPC Ad 3	Se realiza entrevista al personal de turno, entre ellas 1 enfermera y 2 técnicos paramédicos. Se constata que la etapa de lavado y preparación de material se realiza en forma centralizada en el servicio de esterilización del Hospital Regional de Antofagasta, por cuanto el personal afirma que la UCI Adulto no se realiza lavado del material sólo una descarga bacteriana con agua, luego se traslada al sector de área sucia y posteriormente se traslada a la central de esterilización. El traslado a la central de esterilización lo realiza el TENS. Por lo anterior expuesto, se da por cumplido el elemento medible en UCI Coronaria
UPC Ped	Personal entrevistado 2, se constata que la etapa de lavado y preparación se lleva a cabo en la unidad de

	esterilización.
UPC Neo	Personal entrevistado 1, se constata que la etapa de lavado y preparación se lleva a cabo en la unidad de esterilización.
Obst-gine	Se realiza inspección visual y entrevista al personal de turno 1 técnico paramédico. Se constata que la etapa de lavado y preparación de material se realiza en forma centralizada en el servicio de esterilización del Hospital Regional de Antofagasta, por cuanto el personal afirma que no se realiza lavado del material solo una descarga bacteriana con agua, luego se traslada al sector de área sucia. El traslado a la central de esterilización lo realiza el Auxiliar de Servicio. Al momento de la visita no existe material en el depósito de área sucia ya que había sido trasladado al servicio de esterilización. Por lo anterior expuesto, se da por cumplido el elemento medible en Servicio de Obstetricia y Ginecología.
MQ 1	Personal entrevistado 1, se constata mediante inspección visual, que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada.
MQ 2	Personal entrevistado 1, se constata mediante inspección visual, que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada.
MQ 3	Personal entrevistado 1, se constata mediante inspección visual, que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada.
MQ 4	Personal entrevistado 1, se constata mediante inspección visual, que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada.
MQ 5	Personal entrevistado 2, se constata que la etapa de lavado y preparación se lleva a cabo en la unidad de esterilización.
MQ 6	Personal entrevistado 2, se constata que la etapa de lavado y preparación se lleva a cabo en la unidad de esterilización.
Cirugía	Cirugía infantil Personal entrevistado 1, se constata que la etapa de lavado y preparación se lleva a cabo en la unidad de esterilización.
Dental	Para la constatación, se realiza entrevista a 8 funcionarios de la unidad de Dental, realizando la siguiente pregunta: ¿Dónde se lava el material a ser esterilizado? Funcionarios entrevistados responden que en el servicio no se realiza lavado de material contaminado, que solo se realiza descarga bacteriana, colocando el material bajo el chorro de agua y posteriormente es dejado en la caja plástica de traslado. Se realiza inspección visual de la unidad, y se graba video explicativo respaldando lo declarado por los entrevistados. Por lo anteriormente descrito se da por cumplido el elemento medible.
URG:	Para la constatación, se realiza entrevista a 5 funcionarios de la unidad de emergencia, pidiéndoles que respondan la siguiente pregunta ¿Realizan en el servicio lavado de material estéril contaminado? Funcionarios entrevistados responden que en el servicio no se realiza lavado de material contaminado, que solo se realiza descarga bacteriana, colocando el material bajo el chorro de agua y posteriormente es dejado en la caja plástica de traslado. Se realiza inspección visual de la unidad, respaldando lo declarado por los entrevistados. Se da por cumplido el elemento medible.

APE 1.2 – Segundo elemento medible: Se constata que la etapa de esterilización propiamente tal se realiza en el Servicio de Esterilización.

Metodología de constatación:Se realiza visita de inspección a las áreas sucias de las unidades y servicios puntos de verificación para esta característica, con el objeto de verificar el manejo de material contaminado, que requiere ser esterilizado. Luego, se entrevista al personal de turno para conocer el manejo del material contaminado de manera de constatar si las unidades y servicios puntos de verificación para esta característica participan en algunas de las etapas del proceso de esterilización, para tal efecto se realizan las siguientes consultas:
¿Qué se hace con el material contaminado, luego de ser utilizado?
¿Dónde se realiza la esterilización del material?
¿Quién realiza el traslado del material contaminado a la central de esterilización?

Constata la etapa de esterilización en el Servicio de Esterilización

Punto	Describir resultado de la constatación
PQ 1	Se constata que el proceso de esterilización se lleva a cabo en forma centralizada en el servicio de esterilización, en el servicio de pabellón, sólo se realiza una descarga bacteriana del material, previo al traslado a central de esterilización. Por lo anterior expuesto, se da por cumplido el elemento medible en pabellón central.
PQ 2	Personal entrevistado 1, se constata mediante inspección visual, que la etapa de esterilización se realiza en forma centralizada.
PQ 3	Personal entrevistado 1, se constata mediante inspección visual, que la etapa de esterilización se realiza en forma centralizada.
UPC Ad 1	Se constata que el proceso de esterilización se lleva a cabo en forma centralizada en el servicio de esterilización, en el servicio UCI Adulto, solo se realiza una descarga bacteriana del material, previo al traslado a central de esterilización. Por lo anterior expuesto, se da por cumplido el elemento medible en UCI Adulto.
UPC Ad 2	Personal entrevistado 2, se constata que la etapa de esterilización se realiza en forma centralizada.
UPC Ad 3	Se constata que el proceso de esterilización se lleva a cabo en forma centralizada en el servicio de esterilización, en el servicio UCI Coronaria, sólo se realiza una descarga bacteriana del material, previo al traslado a central de esterilización.

	Por lo anterior expuesto, se da por cumplido el elemento medible en UCI Coronaria.
UPC Ped	Personal entrevistado 2, se constata que la etapa de esterilización se realiza en forma centralizada.
UPC Neo	Personal entrevistado 1, se constata que la etapa de esterilización se realiza en forma centralizada.
Obst-gine	Se realiza entrevista al personal de turno 1 técnico paramédico. Se constata que la etapa de lavado y preparación de material se realiza en forma centralizada en el servicio de esterilización del Hospital Regional de Antofagasta, por cuanto el personal afirma que no se realiza lavado del material solo una descarga bacteriana con agua, luego se traslada al sector de área sucia. El traslado a la central de esterilización lo realiza el Auxiliar de Servicio. Al momento de la visita no existe material en el depósito de área sucia ya que había sido trasladado al servicio de esterilización. Por lo anterior expuesto, se da por cumplido el elemento medible en Servicio de Obstetricia y Ginecología.
MQ 1	Personal entrevistado 1, se constata mediante inspección visual, que la etapa de esterilización se realiza en forma centralizada.
MQ 2	Personal entrevistado 1, se constata mediante inspección visual, que la etapa de esterilización se realiza en forma centralizada.
MQ 3	Personal entrevistado 1, se constata mediante inspección visual, que la etapa de esterilización se realiza en forma centralizada.
MQ 4	Personal entrevistado 1, se constata mediante inspección visual, que la etapa de esterilización se realiza en forma centralizada.
MQ 5	Personal entrevistado 2, se constata que la etapa de esterilización se realiza en forma centralizada.
MQ 6	Personal entrevistado 2, se constata que la etapa de esterilización se realiza en forma centralizada.
Cirugía	Cirugía Infantil Personal entrevistado 1, se constata que la etapa de esterilización se realiza en forma centralizada.
Dental	Para la constatación, se realiza entrevista a 8 funcionarios de la unidad de Dental, realizando la siguiente pregunta: ¿Dónde se realiza el proceso de esterilización del material? Funcionarios entrevistados responden que todo el proceso de esterilización del material, se realiza en forma centralizada en el servicio de esterilización. Se realiza inspección visual de la unidad, y se graba video explicativo respaldando lo declarado por los entrevistados. Por lo anteriormente descrito se da por cumplido el elemento medible.
URG:	Para la constatación, se realiza entrevista a 5 funcionarios de la unidad de emergencia, pidiéndoles que respondan la siguiente pregunta ¿Dónde se realiza el proceso de esterilización del material? Funcionarios entrevistados responden que todo el proceso de esterilización del material, se realiza en forma centralizada en el servicio de esterilización. Se realiza inspección visual de la unidad, respaldando lo declarado por los entrevistados. Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APE 1.2 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	PQ	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Obst-gine	Cirugía	Dental	URG
Primer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1
Segundo elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 16/16			Porcentaje obtenido: 100%			**Cumple: SI**	

CARACTERÍSTICA APE 1.3 / HALLAZGOS

APE 1.3 – Primer elemento medible: En documentos elaborados por el Servicio de Esterilización se describen.

Servicio de Esterilización					
Nombre del documento (1): PROCEDIMIENTO: ESTERILIZACION EN AUTOCLAVE MATACHANA-MODELO 1008					
N° Resolución: no consigna.	Versión: 00	Fecha: enero 2018	Fecha vigencia:5 años.		N° páginas: 11
Elaborado por: Katherine Ruz Plaza, Enfermera Esterilización.		Aprobado por: Irene Castillo, Enfermera de esterilización.			
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (SI/NO)					
1. Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico	SI				
2. Transporte de material contaminado	NA	3. Recepción de material esterilizado fuera de la institución	NA		
4. Recepción de materiales a ser esterilizados	NA	5. Lavado y secado	NA	6. Inspección y preparación	NA
7. Operación de equipos de esterilización	SI	8. Distribución	NA	9. Controles del proceso	NA

Breve descripción del contenido del documento: El documento tenido a la vista destaca los siguientes elementos:
En página 2, alcance y responsables:
Enfermera de esterilización: supervisar y controlar que todo el proceso de autoclave de vapor se realice correctamente.
Técnico paramédico y/o auxiliar: realizar proceso carga y descarga del instrumental que se procesa en los artículos autoclave de vapor.
En página 2, ítem 7.2, se describe los materiales que se esterilizan en autoclave a vapor dependiendo de los programas de temperaturas.
En ítem 7.3.1 se estipula el programa que el operador debe elegir dependiendo del tipo de material que debe esterilizar, según temperatura y tipo de carga, por ejemplo:

PROGRAMA	TEMPERATURA	TIPO DE CARGA

P1	134º	Bowie dick.
P2	134º	Programa técnico de test vacío.
P3	121º	Programa gomas, siliconas, esponjas y otros resistentes a esta temperatura.

En página 7, ítem 7.5 se establece **manejo de autoclaves** a vapor, se describen 11 actividades entre ellas:
Aseo Cámara.
Se prepara solución jabonosa suave.
Con un paño limpio o escobillón se pasa por el interior de la cámara, luego se enjuaga con agua limpia y se limpian restos.
Se limpia la autoclave por fuera, lo mismo que los carros de carga y transporte.

En página 8, ítem 7.6 se establece el procedimiento de carga de canasta de autoclave matachana –modelo 1008, se describen 16 actividades, entre ellas:
Lavado de manos según norma.
La capacidad de la autoclave es de 9 canastos, como máximo, o similar.
Identificar día, en hoja de registro de la autoclave.
Colocar el material más pesado en la parte más baja del carro de transporte

En página 9, ítem 7.7 se describe el qué hacer cuando el autoclave se produce error:
Apagar la alarma apretando su pulsador y el de inicio de ciclo, con esto se silencia la alarma acústica. En seguida se vuelven apretar los mismos pulsadores para que aborte el ciclo y cuando termine, si es que ha normalizado la llegada del insumo faltante, en el panel se indica que se puede abrir la puerta anterior encendiendo la luz correspondiente. Simultáneamente se enciende la luz del pulsador de inicio del ciclo se pulsa este y empieza el proceso de esterilización en forma normal.

Observaciones:
Se tiene a la vista versiones anteriores del documento: "Procedimiento esterilización en autoclave getinge", versión 3, de febrero 2016, elaborado por Irene Castillo Ravello, enfermera Central de Esterilización y aprobado por Javier Pino Jiménez, jefe centro responsabilidad de operaciones.
Cumple el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.El documento tenido a la vista aplica para métodos de esterilización de acuerdo a los tipos de materiales según tipo de material de uso clínico y para manejo de autoclave.
El prestador refiere que el documento "Esterilización en autoclave Matachana-Modelo 1008, es de versión 00, porque a partir de enero 2018 se comenzó a utilizar el equipo.

Nombre del documento (2): PROCEDIMIENTO DE TRANSPORTE Y RECEPCIÓN MATERIAL CONTAMINADO					
N° Resolución: no consigna	Versión:3	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia: 5 años		N° páginas: 8
Elaborado por: Irene Castillo, Enfermera de esterilización.			Aprobado por: Javier Pino J., Jefe centro de responsabilidad Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (SI/NO)					
1. Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico				SI	
2. Transporte de material contaminado	SI	3. Recepción de material esterilizado fuera de la institución			NA
4. Recepción de materiales a ser esterilizados	NA	5. Lavado y secado	NA	6. Inspección y preparación	NA
7. Operación de equipos de esterilización	NA	8. Distribución	NA	9. Controles del proceso	NA

Breve descripción del contenido del documento: El documento tenido a la vista destaca los siguientes elementos
En página 2, alcance y responsables:
Enfermera de esterilización: supervisar y controlar que todo el proceso de autoclave de vapor se realice correctamente.
Supervisor y/o clínico de la unidad asistencial: supervisar el traslado del material contaminado.
Arsenaleras pabellón: entrega del material contaminado.
Técnico Paramédico y/o auxiliar de la central de esterilización: recepción del material contaminado.
Técnico paramédico y auxiliar del servicio clínico: entrega del material contaminado.
En página 3, ítem 7, se describe el proceso, se detallan algunos puntos:
Recibir todo el material contaminado, de todas las Unidades del Hospital Regional Antofagasta.
Registro de cada artículo, en libro del servicio de esterilización.
Registrar en libro de cada servicio, con un ticket lo recepcionado con verificación o chequeo con listado
En caso de que un artículo no este registrado se le avisa al funcionario de dicho servicio, para que lo registre.
Las gomas, conexiones, frascos de aspiración, sondas, humidificadores, respiradores, se les registran en hoja individual, que servirá para identificar durante el proceso de armado y esterilización de dicho material.

Observaciones:
Por lo anterior, se cumple el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Nombre del documento (3): PROCEDIMIENTO RECEPCION DE MATERIAL CLINICO					
N° Resolución: no consigna.	Versión: 3	Fecha: septiembre 2015	Fecha vigencia: 5 años.		N° páginas: 7
Elaborado por: Irene Castillo, Enfermera de esterilización.			Aprobado por: Javier Pino J., Jefe centro de responsabilidad Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (SI/NO)					
1. Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico				SI	
2. Transporte de material contaminado	NA	3. Recepción de material esterilizado fuera de la institución			NA
4. Recepción de materiales a ser esterilizados	SI	5. Lavado y secado	NA	6. Inspección y preparación	NA
7. Operación de equipos de esterilización	NA	8. Distribución	NA	9. Controles del proceso	NA

Breve descripción del contenido del documento: El documento tenido a la vista destaca los siguientes elementos

En página 2, alcance y responsables:
Profesionales áreas clínicas: entregar material en la central de esterilización en forma completa y oportuna.
Técnico paramédico y/o auxiliar de la central de esterilización: recepcionar material proveniente de las unidades clínicas y su registro.
Arsenaleras pabellón: entregar material en la central de esterilización en forma completa y oportuna.

En página 3, ítem 7, se describe el proceso, se describen 13 actividades, entre ellas:
Lavado de manos clínico.
La recepción solo se realiza por la "ventana de recepción".
Uso obligatorio de barreras protectoras, en punto 6.1.
Se recibe y revisa cada artículo con inventario, si es un equipo o caja de varias piezas asegurándose que estén completos.
Si un artículo está dañado se informa de inmediato a la persona que lo está entregando.

Observaciones:
Por lo anterior, se cumple el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Nombre del documento (4): LAVADO INSTRUMENTAL				
N° Resolución: no consigna	Versión: 5	Fecha: agosto 2018	Fecha vigencia: 5 años.	N° páginas: 16
Elaborado por: Irene Castillo, Enfermera de Esterilización		Aprobado por: Carmen Schweitzer, Sub Director Médico Hospital Regional de Antofagasta.		

El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (SI/NO)					
1. Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico	SI				
2. Transporte de material contaminado	NA	3. Recepción de material esterilizado fuera de la institución			NA
4. Recepción de materiales a ser esterilizados	NA	5. Lavado y secado	NA	6. Inspección y preparación	NA
7. Operación de equipos de esterilización	NA	8. Distribución	NA	9. Controles del proceso	NA

Breve descripción del contenido del documento: el documento tenido a la vista destaca los siguientes elementos
En página 2, alcance y responsables:
Enfermeras de esterilización: hacer que se cumpla el procedimiento.
Técnicos paramédicos y/o auxiliar de la central: retirar por técnica de lavado y según procedimiento, fluidos visibles e invisibles del material de uso clínico.

En página 6, ítem 7, se describe el proceso, se detallan algunos puntos:
En ítem 7.1, se describe el procedimiento de lavado de instrumental indicando que los procesos de limpieza comienzan durante la cirugía o procedimiento y que la arsenalera/o debe mantener el instrumental libre de sangre y materia orgánica durante la cirugía con una compresa húmeda con agua destilada estéril. Las piezas que ya no se vuelven a utilizar, pueden sumergirse en una palangana con agua. Los instrumentos con lumen deben mantenerse permeables, por lo cual deben ser irrigados periódicamente durante su uso.

En ítem 7.2, se describe el procedimiento de lavado máquina ultrasónica, se detallan algunos pasos:
Una vez recibido el instrumental, se introduce el instrumental abierto en el canasto colocando las piezas de mayor tamaño y peso en la parte inferior y el instrumental más pequeño y liviano, en la parte superior.
Después de los 15 minutos, se saca el material y se enjuaga con agua corriente pieza por pieza, se pasa al área limpia para la etapa siguiente. Al sacar las piezas de la lavadora se debe revisar el fondo del estanque por si ha quedado alguna pieza pequeña o tornillos en el fondo.

En ítem 7.3, se describe el procedimiento de lavado en máquina descontaminadoras, se detallan algunos pasos:
Asegurarse que los depósitos tengan suficiente detergente y que estos sean los que corresponden.
Usar uno o dos canastos por caja de instrumental (según número de piezas).
Ubicar en el canasto los instrumentos abiertos y poner abajo las piezas más pesadas y grandes y sobre ellas las más pequeñas y livianas. Colocar placa de identificación color celeste con nombre de la caja, para no confundir cajas quirúrgicas, ni instrumental.

En ítem 7.4, se describe el procedimiento de lavado manual, se detallan algunos pasos:
Preparar solución detergente enzimático, según indicación del fabricante, con agua fría o tibia.
Introducir el instrumental desarmado, lo que se pueda y se deja en remojo algunos minutos, la solución debe cubrir el instrumental.
Luego cepillar con escobilla de plástico suave, pieza por pieza, abiertas y poniendo énfasis en ángulos, la punta y lugares de agarre.
Pasar las piezas al lavandino de enjuague dejándolas en el fondo, no tirándolas.
Enjuagar pieza por pieza bajo agua corriente. Poner en su caja ya lavada y pasarla al área limpia.

En ítem 7.5, se describe 11 consideraciones para el lavado de instrumental, entre ellas:
La Persona que efectúa el procedimiento debe estar capacitada.
Se debe descartar las piezas en mal estado.
Privilegiar el uso de máquinas sobre el lavado manual.
Siempre se debe usar barrera protectora.
Todo el personal debe conocer las normas de precauciones estándar
El lavado debe asegurar la eliminación completa de toda la materia orgánica e inorgánica, en otras palabras, el lavado debe ser muy bien hecho.

Observaciones:
Se tiene a la vista versiones anteriores del documento: Procedimiento lavado instrumental, versión 4, de enero 2017, elaborado

por Irene Castillo, enfermera central de esterilización y aprobado por Cristian Quispe Arredondo, sub director administrativo.
Procedimiento lavado instrumental, versión 3, de julio 2016, elaborado por Irene Castillo, enfermera central de esterilización y aprobado por Cristian Quispe Arredondo, sub director administrativo.
Por lo anterior, se cumple el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Nombre del documento (5): SECADO DE MATERIAL

N° Resolución: no consigna	Versión: 3	Fecha: septiembre 2015	Fecha vigencia: 5 años.	N° páginas: 6

Elaborado por: Irene Castillo, Enfermera de Esterilización	Aprobado por: Javier Pino J., Jefe Centro de Responsabilidad Operaciones

El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (SI/NO)

1. Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico	SI				
2. Transporte de material contaminado	NA	3. Recepción de material esterilizado fuera de la institución	NA		
4. Recepción de materiales a ser esterilizados	NA	5. Lavado y secado	SI	6. Inspección y preparación	NA
7. Operación de equipos de esterilización	NA	8. Distribución	NA	9. Controles del proceso	NA

Breve descripción del contenido del documento:nEl documento tenido a la vista destaca los siguientes elementos:
En página 2, alcance y responsables:
Técnico Paramédico y/o Auxiliar de la central de esterilización: retirar todo vestigio de humedad del instrumental quirúrgico, con paños limpios secos de algodón o aire comprimido
En página 3, ítem 7, se describe el proceso, se describen 11 actividades, entre ellas:
Se recibe todo el material desde la Unidad de lavado.
Las conexiones y sondas se conectan a las llaves de aire comprimido para que se sequen por su interior, por fuera se secan con una gasa.
Los frascos de aspiración, humidificadores y sus respectivas tapas se ponen en la máquina secadora de tubos.
Las piezas de los ventimax, nebulizadores, cánulas mayo, mascarillas, etc. se ponen ordenadamente en una bandeja y también se ponen en la secadora
Al ordenar el material se revisa y se devuelve las piezas sucias y se descartan las deterioradas. Nunca se prepara material en mal estado, a menos que la persona responsable del servicio al cual pertenece así lo disponga.
El material que se va a esterilizarse en óxido de etileno debe estar libre de humedad.

En ítem 7.2, se describe 7 consideraciones, entre ellas:
Devolver a la Unidad de lavado todo el material que se encuentra sucio.
Poner en forma ordenada el material que va a la maquina secadora, llenarla de una vez para no abrirla mientras está secando.
Secar completamente todo el material que va a esterilizarse con óxido de etileno o se entrega limpio.
Tratar con cuidado el material, cuidar de no apretar los tubos corrugados con la puerta de la máquina secadora.

Observaciones:
Por lo anterior, se cumple el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Nombre del documento (6): INSPECCION DEL MATERIAL CLÍNICO

N° Resolución: no consigna.	Versión: 3	Fecha: septiembre 2015	Fecha vigencia: 5 años.	N° páginas: 5

Elaborado por: Irene Castillo, Enfermera de Esterilización	Aprobado por: Javier Pino J., Jefe centro de responsabilidad Operaciones

El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (SI/NO)

1. Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico	NA				
2. Transporte de material contaminado	NA	3. Recepción de material esterilizado fuera de la institución	NA		
4. Recepción de materiales a ser esterilizados	NA	5. Lavado y secado	NA	6. Inspección y preparación	SI
7. Operación de equipos de esterilización	NA	8. Distribución	NA	9. Controles del proceso	NA

Breve descripción del contenido del documento: El documento tenido a la vista destaca los siguientes elementos
En página 2, alcance y responsables:
Técnico Paramédico y/o Auxiliar de la central de esterilización: verificar el instrumental clínico esté completo y sin daño.
En página 3, ítem 7, se describe el proceso, se detallan algunos puntos:
Lavado clínico de manos.
Revisar con lupa de luz cada artículo en busca de manchas, daños y/o de materia orgánica.
En el caso de las ópticas se deben sostener por el ocular, no por el extremo distal, no curvar, ni golpear, no deben tener daño visible u opacidad del lente, revisar hacia una fuente de luz, girando el instrumental suavemente.
Si algún artículo durante la revisión, se le encuentra algún tipo de residuo orgánico o de otro tipo, debe ser devuelto al área de lavado, para su reproceso
Todo material con daño evidente se debe devolver a unidad original con informe escrito de la enfermera jefe de la central de esterilización.

Observaciones:
Por lo anterior, se cumple el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Nombre del documento (7): PREPARACIÓN DE CAJAS QUIRÚRGICAS

N° Resolución: no consigna	Versión: 5	Fecha: octubre 2018	Fecha vigencia:5 años	N° páginas: 8

Elaborado por: Irene Castillo, enfermera de esterilización	Aprobado por: Carmen Schweitzer, sub director médico Hospital Regional de Antofagasta.

El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (SI/NO)

1. Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico	NA				
2. Transporte de material contaminado	NA	3. Recepción de material esterilizado fuera de la institución	NA		
4. Recepción de materiales a ser esterilizados	NA	5. Lavado y secado	NA	6. Inspección y preparación	SI
7. Operación de equipos de esterilización	NA	8. Distribución	NA	9. Controles del proceso	NA

Breve descripción del contenido del documento: El documento tenido a la vista destaca los siguientes elementos
En página 2, alcance y responsables:
Técnico Paramédico y/o Auxiliar de la central de esterilización: armar las cajas quirúrgicas.

En página 3, ítem 7, se describe el proceso, se describen 17 actividades, entre ellas:
Lavado clínico de manos.
Recibir el material proveniente del área de lavado verificando que el instrumental no tenga presencia de materia orgánica.
Depositar el material en los mesones dispuestos para esa actividad.
Retirar el instrumental de las cajas o contenedores para comenzar a armar.
Corroborar según inventario la cantidad de instrumental perteneciente a cada caja.

Observaciones:
Se tiene a la vista versiones anteriores del documento: Procedimiento de preparación de cajas quirúrgicas, versión 3, de septiembre 2015, elaborado por Irene Castillo Ravello, enfermera Central de Esterilización y aprobado por Javier Pino Jiménez, jefe centro responsabilidad de operaciones. Por lo anterior, se cumple el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Nombre del documento (8): PROCEDIMIENTO ENTREGA Y DISTRIBUCION DE MATERIAL ESTERILIZADO CON CONTROLL BIOLOGICO RAPIDO.

N° Resolución: no consigna.	Versión: 3	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia: Septiembre 2020	N° páginas: 9

Elaborado por: Irene Castillo, Enfermera de Esterilización	Aprobado por: Javier Pino J., Jefe Centro de Responsabilidad Operaciones

El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (SI/NO)

1. Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico					
2. Transporte de material contaminado	NA	3. Recepción de material esterilizado fuera de la institución			NA
4. Recepción de materiales a ser esterilizados	NA	5. Lavado y secado	NA	6. Inspección y preparación	NA
7. Operación de equipos de esterilización	NA	8. Distribución	SI	9. Controles del proceso	NA

Breve descripción del contenido del documento: El documento tenido a la vista destaca los siguientes elementos
En página 2, alcance y responsables:
Técnico paramédico y/o auxiliar de la central de esterilización: colocar un control biológico, en las cargas que requieran: autoclave de vapor, óxido de etileno y plasma.
En página3, se establece las cajas de instrumental que deben ser procesadas con controles biológicos rápidos: entre ellas:
Alambres Kirschner
Clavos Ender
Placas DGP (Ploma)
Mini fragmentos
Pequeños Fragmentos.
Bloqueo Universal
Placas Rectas
Set de Clavos Ten

En ésta misma página se establece que las cajas quirúrgicas deben tener un control biológico rápido y debe esperarse su resultado antes de ser entregadas al pabellón, su duración de control mínimo es de tres horas y que deben ser usados según las indicaciones.

En página 7, ítem 7 se describe el proceso de entrega y distribución del material, se mencionan algunos pasos, entre ellos:
La funcionaria de la central que está a cargo de la ventana, realiza la entrega de material esterilizado con control biológico rápido.
Lavado manos, previo a la entrega y distribución del material procesado.
Verificar libro de servicios clínicos.
Registrar en sistema computacional de la central: Número de código del servicio, articulo y código asignado, cantidad y fecha, en caso que falle la energía eléctrica, se deberá hacer manualmente el registro en libro entrega de esterilización, con datos de: Fecha, artículo, cantidad, persona que recibe, hora entrega.
Registrar en libro de cada servicio, nombre del funcionario que retira.
Al entregar el material, se debe revisar: fecha de vencimiento, código de artículo, que el paquete este sellado e indemne, que esté estéril.

Observaciones:
Por lo anterior, se cumple el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Nombre del documento (9): PROCEDIMIENTO MANEJO AUTOCLAVE DE OXIDO DE ETILENO

N° Resolución: No consigna.	Versión: 4	Fecha: Octubre 2018	Fecha vigencia: Octubre 2023	N° páginas: 9

Elaborado por: Irene Castillo, Enfermera de esterilización	Aprobado por: Carmen Schweitzer, Sub Director Médico Hospital Regional de Antofagasta

El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (SI/NO)

1. Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico					NA
2. Transporte de material contaminado	NA	3. Recepción de material esterilizado fuera de la institución			NA
4. Recepción de materiales a ser esterilizados	NA	5. Lavado y secado	NA	6. Inspección y preparación	NA
7. Operación de equipos de esterilización	SI	8. Distribución	NA	9. Controles del proceso	NA

Breve descripción del contenido del documento: El documento tenido a la vista destaca los siguientes elementos
En página 2, alcance y responsables:
Enfermera de esterilización: supervisar y controlar que todo el proceso de óxido de etileno que se realice correctamente.
Técnico paramédico y/o auxiliar: realizar proceso carga y descarga del instrumental que se procesa en óxido de etileno.

En página 3, ítem 7 se describe 15 actividades para el manejo de autoclave por óxido de etileno, entre ellas:
Limpiar bien el esterilizador con un paño húmedo con agua jabonosa suave, por dentro y por fuera.
Hacer el despiche, abriendo la llave del aire comprimido, si sale agua, se deja correr, cuando haya salido toda, se cierra la llave.
Abrir la llave de un filtro y si sale humedad se debe avisar porque no deben estar húmedos, luego se prueba el otro filtro y se cierra su llave.
Se revisa el contenedor de agua, se tiene por debajo de la marca, se agrega agua bidestilada.
Se revisa el rollo de papel de la gráfica, se cambia si es necesario.
Se pone el cartridge, de prueba, si perfora el papel se avisa por que indica que una falla, el catridge debe ser perforado durante la etapa de esterilización y no antes.

Observaciones:
Se tiene a la vista versiones anteriores del documento: Procedimiento manejo autoclave de óxido de etileno, versión 3, febrero 2016, elaborado por Irene Castillo Ravello, enfermera Central de Esterilización y aprobado por Javier Pino, jefe centro responsabilidad de operaciones. Por lo anterior, se cumple el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Nombre del documento (10): PROCEDIMIENTO EQUIPO DE PLASMA 100 NX

N° Resolución: No consigna	Versión: 00	Fecha: abril 2018	Fecha vigencia: 5 años.	N° páginas: 7
Elaborado por: Katherine Ruz Plaza, Enfermera Esterilización.		Aprobado por: Irene Castillo, Enfermera de Esterilización		

El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (SI/NO)

1. Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico	NA				
2. Transporte de material contaminado	NA	3. Recepción de material esterilizado fuera de la institución			NA
4. Recepción de materiales a ser esterilizados	NA	5. Lavado y secado	NA	6. Inspección y preparación	NA
7. Operación de equipos de esterilización	SI	8. Distribución	NA	9. Controles del proceso	NA

Breve descripción del contenido del documento: El documento tenido a la vista destaca los siguientes elementos
En página 2, alcance y responsables:
Enfermera de esterilización: supervisar y controlar que todo el procedimiento.
Técnico paramédico y/o auxiliar: retirar por técnica de lavado y según procedimiento fluidos visibles e invisibles del material de uso clínico.
En página 3, ítem 7 se describe el proceso, algunos puntos se detallan a continuación:
Los artículos que van a ser esterilizados son colocados en la cámara de esterilización, la cámara es cerrada y se produce el vacío.
Se inyecta y se vaporiza una solución acuosa de Peróxido de Hidrógeno dentro de la cámara de tal forma que el vapor penetre en el empaque y rodee a los artículos a esterilizar.
Después de una reducción de la presión dentro de la cámara de esterilización, se genera plasma de baja temperatura generada por la aplicación de radiofrecuencia (RF), esto genera un campo eléctrico el que cuando se activa, inicia la generación del plasma.

En página 4, se desarrollan los siguientes ítems:
Requerimiento para funcionar.
Características de peróxido de hidrógeno.
Especificaciones de Sterrad 100NX.

En página 5, se desarrollan los siguientes ítems:
Carga del equipo
Precauciones.
Término del proceso.

En página 6, ítem 7.7 se describe los Materiales que se procesan en plasma 100NX, entre ellos:
Optimcas de diferentes grados.
Cables amonic.
Set ameu.
Cable marcapaso externo.
Cables bipolares.
Conos de lámparas.
Endoscopios rígidos o de 1 canal.

Observaciones:
A partir de abril 2018 se comienza a utilizar el equipo de plasma. Por lo anterior, cumple con la retrospectividad para esta acreditación.

Nombre del documento (11): PROCEDIMIENTO CONTROL DE PROCESO DE ESTERILIZACION

N° Resolución: no consigna	Versión: 5	Fecha: abril 2018	Fecha vigencia: 5 años.	N° páginas: 13
Elaborado por: Katherine Ruiz Plaza, Enfermera Esterilización		Aprobado por: Irene Castillo Ravello, Enfermera Supervisora Central de Esterilización.		

El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (SI/NO)

1. Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico	NA				
2. Transporte de material contaminado	NA	3. Recepción de material esterilizado fuera de la institución			NA
4. Recepción de materiales a ser esterilizados	NA	5. Lavado y secado	NA	6. Inspección y preparación	NA
7. Operación de equipos de esterilización	NA	8. Distribución	NA	9. Controles del proceso	SI

Breve descripción del contenido del documento: El documento tenido a la vista destaca los siguientes elementos
En página 2, alcance y responsables: Técnico paramédico y/o auxiliar de la central: instalar, en las cargas y paquetes de

controles respectivos.
En página 3, ítem 7 se describe el proceso, algunos puntos se detallan a continuación:
Se realiza control biológico a una carga por día (autoclave-óxido de etileno-plasma).
Colocar un control biológico, entre la carga.
Al término de la carga, identificar el control biológico (C.B.) con los siguientes datos:
Fecha
Hora
Número del Autoclave (vapor, óxido de Etileno, plasma peróxido de hidrógeno).
Incubación:
Lavarse las manos y usar guantes de procedimientos para la manipulación del control biológico
Se insertan en ranuras de incubadora para romper tubo interno de control biológico y así liberar las esporas.
Si es control biológico rápido, a las 3 horas se controla.
Evaluar a las: 3 -12-24 y 48 horas control biológico de rutina.
Cualquier cambio de color (amarillo), debe avisarse en forma inmediata a la jefatura. Apagar alarma sonora.
Se deben registrar en cuaderno según método de esterilización (autoclave, óxido de etileno, plasma) de control los controles biológicos cada vez que se usen y sus resultados.

Observaciones:
Se tiene a la vista versiones anteriores del documento: Procedimiento de control de proceso de esterilización, versión 4, de septiembre 2015, elaborado por Irene Castillo Ravello, enfermera Central de Esterilización y aprobado por Javier Pino, jefe centro responsabilidad de operaciones. Por lo anterior, se cumple el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Nombre del documento (12): PROCEDIMIENTO ENTREGA Y RECEPCION DE MATERIAL CLINICO A SER ESTERILIZADO FUERA DEL HRA				
N° Resolución: no consigna.	Versión: 4	Fecha: Julio 2016	Fecha vigencia: 5 años.	N° páginas: 9
Elaborado por: Irene Castillo, Enfermera de Esterilización		Aprobado por: Cristian Quispe A, Sub Director Administrativo.		

El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (SI/NO)					
1. Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico	NA				
2. Transporte de material contaminado	NA	3. Recepción de material esterilizado fuera de la institución	SI		
4. Recepción de materiales a ser esterilizados	NA	5. Lavado y secado	NA	6. Inspección y preparación	NA
7. Operación de equipos de esterilización	NA	8. Distribución	NA	9. Controles del proceso	NA

Breve descripción del contenido del documento: El documento tenido a la vista destaca los siguientes elementos
En página 2, alcance y responsables:
Técnico Paramédico y/o Auxiliar de la central de esterilización: preparación, registro y control de todo el material que será trasladado a otra institución para su proceso.

En página 4, ítem 7 se describe el proceso, algunos puntos se detallan a continuación:
Comunicarse con instituciones acreditadas y autorizadas.
Confeccionar una lista de chequeo, con todo el material que requiera proceso fuera de la institución, con una copia.
Cargar contenedores o sacos limpios destinados al traslado del material no sobre cargando los materiales entre sí y cuidando los artículos, más delicados y frágiles.
Cada artículo que será enviado para su proceso, debe estar empaquetado e identificado (Nombre de la caja y/o artículos y nombre de quién lo preparó). Con fecha, proceso y vencimiento.
Las cajas quirúrgicas deben contar con una lista de chequeo externa y estar con respectivos sellos y controles químicos externo, que no permitan su apertura involuntaria. Si el material será trasladado en días festivos o en horario no hábil, la jefa de turno de la central de esterilización, será la encargada de realizar el listado detallando los artículos, con un original y una copia, la que permanecerá en la central de esterilización y la segunda copia queda en la institución que realiza el proceso, para cobro posterior.
Se deberá contar con un vehículo institucional para el traslado del material para lo cual, en horario hábil, se deberá coordinar con el servicio de movilización y contratos. En caso de horario inhábil, sábados, domingos o festivos, se deberá solicitar un vehículo a la central de operadores del SAMU.

Observaciones:
Se tiene a la vista versiones anteriores del documento: "Procedimiento: entrega y recepción de material clínico a ser esterilizado fuera del HRA", versión 3, fecha julio 2013, elaborado por Irene Castillo Ravelo, enfermera Central de Esterilización y aprobado por Paola Rojas Luan, jefe centro de responsabilidad operaciones de Hospital Regional de Antofagasta.
Se cumple el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Por lo anterior expuesto, se da por cumplido el elemento medible.

APE 1.3 – Segundo elemento medible: Se han definido al menos 2 indicadores y umbrales de cumplimiento.

Servicio de Esterilización		
Nombre indicador (1)	MEDIR LA EFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES BIOLÓGICOS RÁPIDOS PARA VAPOR SATURADO A PRESIÓN	
Fórmula matemática	N° de controles biológicos rápidos negativos entregados por período de tiempo /N° de controles biológicos rápidos realizados en el mismo periodo de tiempo X 100	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre indicador (2)	Medir la efectividad de los controles biológicos rápidos para el proceso de óxido de etileno	
Fórmula matemática	N° de controles biológicos rápidos negativos de óxido de etileno en un periodo de tiempo / N° de controles biológicos de óxido de etileno realizados X 100	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: Mensual

APE 1.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

<table>
<tr><th colspan="2">Servicio de Esterilización (Indicador 1)</th></tr>
<tr><td>Nombre documento</td><td>INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR</td></tr>
<tr><td>Responsable medición</td><td>Enfermera de central esterilización</td></tr>
<tr><td>Fuente primaria</td><td>Libro de registro de controles biológico, libro de carga de autoclaves, hoja de control de parámetros físicos del autoclave.</td></tr>
<tr><td>Fuente secundaria</td><td>Informe evaluación periódica del indicador.</td></tr>
<tr><td>Periodo evaluado</td><td>01 de junio 2016 al 31 de mayo 2019.</td></tr>
<tr><td>Metodología de medición del prestador</td><td>Metodología de cálculo de la muestra: controles biológico rápidos de autoclaves en cajas con implantes en cargas realizadas todos los días de la semana.
Metodología de muestreo: para la evaluación se consideran todos los controles biológicos negativos en cajas con implante en cargas de autoclaves.
Criterios de cumplimiento: Control biológico negativo.</td></tr>
<tr><td>Metodología de constatación</td><td>
Periodo evaluado: dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.
Selección de la muestra: la constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 meses, correspondiendo a mayo 2018 y diciembre 2018.
Registros revisados:
Informe evaluación periódica del indicador.
Libro de registro de controles biológico.
Libro de carga de autoclaves.
Hoja de control de parámetros físicos de la autoclave. (programación de proceso).
De la constatación: (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019)
Informe evaluación periódica del indicador, contiene los resultados de las mediciones del indicador.
Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (36 meses), con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento.
Se verifica que la cantidad de controles biológicos reportados por el prestador y la cantidad de controles biológicos negativos corresponden a lo informado, en el mes de mayo 2018 y diciembre 2018.
Se constatan 5 fuentes primarias de los 2 meses a evaluar utilizando la herramienta randomizer, anteriormente se aleatoriza la autoclave (2) en donde a partir del número de cargas realizadas se obtiene las 5 fuentes primarias a constatar.
<table>
<tr><td colspan="5">Mayo 2018</td><td colspan="2">Cumplimiento reportado</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Autoclave</td><td colspan="4">Criterios</td><td rowspan="2">Prestador</td><td rowspan="2">EA</td></tr>
<tr><td>Fecha control</td><td>Control biológico</td><td>Libro Cargas autoclave 2</td><td>Hoja control parámetros</td></tr>
<tr><td>2</td><td>2/05/2018</td><td>Negativo</td><td>Con control biológico</td><td>Programa 4 Fecha 2/05/2018</td><td>Cumple</td><td>Cumple</td></tr>
<tr><td>2</td><td>17/05/2018</td><td>Negativo</td><td>Con control biológico</td><td>Programa 3 Fecha 17/05/2018</td><td>Cumple</td><td>Cumple</td></tr>
<tr><td>2</td><td>21/05/2018</td><td>Negativo</td><td>Con control biológico</td><td>Programa 4 Fecha 21/05/2018</td><td>Cumple</td><td>Cumple</td></tr>
<tr><td>2</td><td>23/05/2018</td><td>Negativo</td><td>Con control biológico</td><td>Programa 4 Fecha 23/05/2018</td><td>Cumple</td><td>Cumple</td></tr>
<tr><td>2</td><td>30/05/2018</td><td>Negativo</td><td>Con control biológico</td><td>Programa 4 Fecha 30/05/2018</td><td>Cumple</td><td>Cumple</td></tr>
</table>
<table>
<tr><td colspan="5">Diciembre 2018</td><td colspan="2">Cumplimiento reportado</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Autoclave</td><td colspan="4">Criterios</td><td rowspan="2">Prestador</td><td rowspan="2">EA</td></tr>
<tr><td>Fecha control</td><td>Control biológico</td><td>Libro Cargas autoclave 2</td><td>Hoja control parámetros</td></tr>
<tr><td>2</td><td>04/12/2018</td><td>Negativo</td><td>Con control biológico</td><td>Programa 4 Fecha 4/12/2018</td><td>Cumple</td><td>Cumple</td></tr>
<tr><td>2</td><td>12/12/2018</td><td>Negativo</td><td>Con control biológico</td><td>Programa 5 Fecha 12/12/2018</td><td>Cumple</td><td>Cumple</td></tr>
<tr><td>2</td><td>16/12/2018</td><td>Negativo</td><td>Con control biológico</td><td>Programa 5 Fecha 16/12/2018</td><td>Cumple</td><td>Cumple</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

2	20/12/2018	Negativo	Con control biológico	Programa 5 Fecha 20/12/2018	Cumple	Cumple
2	31/12/2018	Negativo	Con control biológico	Programa 5 Fecha 31/12/2018	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	60	60	100%			
Julio 2016	63	63	100%			
Agosto 2016	69	69	100%			
Septiembre 2016	68	68	100%			
Octubre 2016	71	71	100%			
Noviembre 2016	77	77	100%			
Diciembre 2016	86	86	100%			
Enero 2017	86	86	100%			
Febrero 2017	75	75	100%			
Marzo 2017	88	88	100%			
Abril 2017	73	73	100%			
Mayo 2017	77	77	100%			
Junio 2017	76	76	100%			
Julio 2017	76	76	100%			
Agosto 2017	88	88	100%			
Septiembre 2017	63	63	100%			
Octubre 2017	69	69	100%			
Noviembre 2017	65	65	100%			
Diciembre 2017	87	87	100%			
Enero 2018	85	85	100%			
Febrero 2018	91	91	100%			
Marzo 2018	98	98	100%			
Abril 2018	94	94	100%			
Mayo 2018	**99**	**99**	**100%**	**99**	**99**	**100%**
Junio 2018	97	97	100%			
Julio 2018	109	109	100%			
Agosto 2018	96	96	100%			
Septiembre 2018	84	84	100%			
Octubre 2018	100	100	100%			
Noviembre 2018	104	104	100%			
Diciembre 2018	**102**	**102**	**100%**	**102**	**102**	**100%**
Enero 2019	103	103	100%			
Febrero 2019	95	95	100%			
Marzo 2019	111	111	100%			
Abril 2019	114	114	100%			
Mayo 2019						

Descripción de los hallazgos:
Lo reportado por el prestador es consistente con lo constatado por la entidad, cumple lo solicitado en el elemento medible.

Servicio de Esterilización (Indicador 2)	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera de central esterilización
Fuente primaria	Libro de registro de controles biológico, libro de carga de óxido de etileno, hoja de control de parámetros físicos.
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	01 de junio 2016 al 31 de mayo 2019.
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra**: controles biológico rápidos de óxido de etileno en cargas realizadas todos los días de la semana. **Metodología de muestreo**: para la evaluación se consideran todos los controles biológicos negativos de óxido de etileno. **Criterios de cumplimiento:** Control biológico negativo.
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de junio de 2016 al 30 de mayo de 2019. **Selección de la muestra**: la constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 meses, correspondiendo a mayo 2018 y diciembre 2018. **Registros revisados:**

Informe evaluación periódica del indicador.
Libro de registro de controles biológico.
Libro de carga de autoclaves.
Hoja de control de parámetros físicos de la autoclave. (programación de proceso).
De la constatación: (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019)
Informe evaluación periódica del indicador, contiene los resultados de las mediciones del indicador.
Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (36 meses), con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento.
Se verifica que la cantidad de controles biológicos reportados por el prestador y la cantidad de controles biológicos negativos corresponden a lo informado, en el mes de mayo 2018 y diciembre 2018.
Se constata 5 fuentes primarias de los 2 meses a evaluar utilizando la herramienta randomizer, anteriormente se aleatoriza la autoclave de gas óxido de etileno (2) en donde a partir del número de cargas realizadas se obtiene las 5 fuentes primarias a constatar.

Mayo 2018					Cumplimiento reportado	
Autoclave	Criterios				Prestador	EA
	Fecha control	Control biológico	Libro Cargas autoclave 2	Hoja control parámetros		
2	8/05/2018	Negativo	Con control biológico	Programa ETO Fecha 8/05/2018	Cumple	Cumple
2	10/05/2018	Negativo	Con control biológico	Programa ETO Fecha 10/05/2018	Cumple	Cumple
2	12/05/2018	Negativo	Con control biológico	Programa ETO Fecha 10/05/2018	Cumple	Cumple
2	17/05/2018	Negativo	Con control biológico	Programa ETO Fecha 17/05/2018	Cumple	Cumple
2	22/05/2018	Negativo	Con control biológico	Programa ETO Fecha 22/05/2018	Cumple	Cumple

Diciembre 2018					Cumplimiento reportado	
Autoclave	Criterios				Prestador	EA
	Fecha control	Control biológico	Libro Cargas autoclave 2	Hoja control parámetros		
2	11/12/2018	Negativo	Con control biológico	Programa ETO Fecha 11/12/2018	Cumple	Cumple
2	15/12/2018	Negativo	Con control biológico	Programa ETO Fecha 15/12/2018	Cumple	Cumple
2	16/12/2018	Negativo	Con control biológico	Programa ETO Fecha 16/12/2018	Cumple	Cumple
2	17/12/2018	Negativo	Con control biológico	Programa ETO Fecha 17/12/2018	Cumple	Cumple
2	20/12/2018	Negativo	Con control biológico	No se constata	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	73	73	100%			
Julio 2016	75	75	100%			
Agosto 2016	75	75	100%			

Septiembre 2016	61	61	100%			
Octubre 2016	59	59	100%			
Noviembre 2016	56	56	100%			
Diciembre 2016	55	55	100%			
Enero 2017	59	59	100%			
Febrero 2017	59	59	100%			
Marzo 2017	60	60	100%			
Abril 2017	59	59	100%			
Mayo 2017	64	64	100%			
Junio 2017	55	55	100%			
Julio 2017	71	71	100%			
Agosto 2017	66	66	100%			
Septiembre 2017	57	57	100%			
Octubre 2017	50	50	100%			
Noviembre 2017	46	46	100%			
Diciembre 2017	47	47	100%			
Enero 2018	46	46	100%			
Febrero 2018	34	34	100%			
Marzo 2018	38	38	100%			
Abril 2018	41	41	100%			
Mayo 2018	**44**	**44**	**100%**	**44**	**44**	**100%**
Junio 2018	38	38	100%			
Julio 2018	41	41	100%			
Agosto 2018	41	41	100%			
Septiembre 2018	41	41	100%			
Octubre 2018	43	43	100%			
Noviembre 2018	42	42	100%			
Diciembre 2018	**40**	**40**	**100%**	**40**	**40**	**100%**
Enero 2019	42	42	100%			
Febrero 2019	38	38	100%			
Marzo 2019	39	39	100%			
Abril 2019	40	40	100%			
Mayo 2019						

Descripción de los hallazgos:
No se puede constatar la hoja de control de proceso de autoclave de óxido de etileno del día 17-12-2018, al consultar la enfermera refiere que ese la autoclave presentó falla, necesitando revisión por servicio técnico, lo anterior es constatado a través de la entrega de turno de los técnicos paramédicos de ese día.
Se constata que los registros evaluados en los meses seleccionados, dan cuenta de los controles biológicos realizados en las cargas con implantes, dada la revisión del libro de cargas y hoja de parámetros de autoclaves a vapor y de óxido de etileno.
Por lo anterior expuesto, cumple con la retrospectividad para esta acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APE 1.3 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Servicio de Esterilización (0-1-NA)	Esterilización	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA APE 1.4 / HALLAZGOS

APE 1.4 – Primer elemento medible: Se describe en documento de carácter institucional el procedimiento de almacenamiento de material estéril.

Servicio de Esterilización		
Nombre del documento: ALAMACENAMIENTO Y MANEJO DEL MATERIAL ESTÉRIL EN UNIDADES CLÍNICAS HRA		
N° Resolución: Memorandum N° 000071 22 de octubre 2018	Versión: 05	Fecha: Octubre 2018
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: Octubre 2023	N° páginas: 14
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Supervisora Central Esterilización	Aprobado por: Ricardo Salazar C., Director Hospital de Antofagasta	
Describe (SI/NO)	Procedimiento de almacenamiento de material estéril: SI	

Breve descripción del contenido del documento:Se tiene a la vista documento de carácter institucional.
En página 2, ítem 1,2 y 3, se describe Objetivo, Alcance y Responsables:
Enfermera Supervisión: Supervisar el procedimiento.
Enfermera, Matrona Supervisora de Unidades clínicas: Supervisar el adecuado manejo del material.
Técnico Paramédico y/o Auxiliar de Central de Esterilización: Resguarda la integridad de los artículos.
Técnico Paramédico y Arsenalera de Pabellones: Resguarda la integridad de los artículos.

Página 3 y 4, ítem 6.1, 6.2, 6.3 y 6.4 define los aspectos relacionados con el almacenamiento y conservación del material.
Muebles y estantes:

Revestimientos lisos, lavables y de bordes redondeados.
Ideal mueble cerrado y vitrina a 30 cms, del suelo y techo, protegidos del calor y sol.
Muebles tipo mecano o estantes deben estar anclados a piso o pared.
Luz:
Idealmente luz natural, en su defecto luz artificial suficiente.
Evitar la luz natural directa sobre el material limpio, esterilizado y/o desinfectado.
Temperatura: 18° C a 20° C y Humedad 35% a 50%.

En página 5, ítem 7.4, se describe el procedimiento:
Lavado de manos clínico.
Revisar los artículos antes de guardarlos en los contenedores, estanterías o vitrinas y verificar: empaques indemnes, etiquetas con fechas, material debe estar frío, controles virados, materiales secos.
Distribuir en los contenedores y estanterías dejando al final cerradas las tapas y las puertas.
Revisar los días sábados las fechas de vigencia del material de área de resguardo del material.
Limpiar semanalmente o cada vez que sea necesario los contenedores, baldes o repisas, con paños limpios con solución jabonosa suave, enjuagar con paño húmedo con agua y secar.
En esta área sólo debe permanecer personal de esterilización asignado.

En página 6, ítem 7.5, se establece la mantención de la esterilidad, se detallan algunos puntos:
Un artículo permanecerá estéril mientras el empaque reúna a las características que impidan el ingreso de microorganismos.
Las recomendaciones sobre la duración del material estéril, se basa en la racionalidad para establecer el tiempo promedio en condiciones normales de almacenamiento, distintos empaques que se conserven indemnes.

Observaciones:
Se tiene a la vista versiones anteriores del documento:
Almacenamiento y manejo del material estéril en unidades clínicas HRA, versión 4, con fecha diciembre 2016, confeccionado por Irene Castillo Ravello, enfermera supervisora central de esterilización, aprobado por Juan Urrutia Reyes, director Hospital Regional de Antofagasta.
Almacenamiento y manejo del material estéril en unidades clínicas HRA, versión 3, con fecha diciembre 2013, confeccionado por Irene Castillo Ravello, enfermera supervisora central de esterilización, aprobado por Juan Mattatal, director Hospital Regional de Antofagasta.
Se cumple el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de reacreditación.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA						
Esterilización	PQ	Cirugía	UPC Ad	UPC Neo	UPC Ped	Obst-gine
SI	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**

APE 1.4 – Segundo elemento medible: Se han definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Esterilización		
Nombre del indicador	ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTÉRIL	
Fórmula matemática	N° de criterios que cumplen con la pauta de almacenamiento de material estéril en la unidad por un período / N° total de criterio de la pauta de la unidad por un período.	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
PQ 1		
Nombre indicador (1) Octubre 2018 a la fecha	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTÉRIL EN LAS UNIDADES CLÍNICAS.	
Fórmula matemática	(N° de criterios que cumplen con la pauta de almacenamiento de material estéril en la unidad por un periodo/N° total de criterios de la pauta de la unidad en un periodo) x 100	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre indicador (2) May-2016 a Sept-2018	EVALUAR EL CORRECTO MANEJO DEL MATERIAL ESTÉRIL Y LIMPIO EN LAS DEPENDENCIAS DE LAS UNIDADES CLÍNICA DEL HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA.	
Fórmula matemática	Nº deáreas de almcenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de material estéril por unidad / Nº totalde áreasde almacenamiento de matrial estéril por unidad	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
PQ 2		
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTÉRIL EN LAS UNIDADES CLÍNICAS.	
Fórmula matemática	N° de criterios que cumplen con la pauta de almacenamiento de material estéril en la unidad por un periodo/N° total de criterios de la pauta de la unidad en un periodo x 100	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
PQ 3		
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTÉRIL EN LAS UNIDADES CLÍNICAS.	
Fórmula matemática	N° de criterios que cumplen con la pauta de almacenamiento de material estéril en la unidad por un periodo/N° total de criterios de la pauta de la unidad en un periodo x 100	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 1		
Nombre de indicador (1) Nov-2018 a la fecha	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTÉRIL EN LAS UNIDADES CLÍNICAS	
Fórmula matemática	Nº de criterios que cumplen con la pauta de almacenamiento de material estéril con la unidad x en un período / Nº total de criterios de la pauta de la unidad x en un período	

Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre de indicador (2) May-2016 a oct-2018	EVALUAR EL CORRECTO MANEJO DEL MATERIAL ESTÉRIL Y LIMPIO EN LAS DEPENDENCIAS DE LAS UNIDADES CLÍNICA DEL HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA.	
Fórmula matemática	Número de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de material estéril por unidad/Nº total de áreas de almacenamiento de material estéril por unidad	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 2		
Nombre de indicador (1) Nov-2018 a la fecha	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTÉRIL EN LAS UNIDADES CLÍNICAS	
Fórmula matemática	Nº de criterios que cumplen con la pauta de almacenamiento de material estéril con la unidad "x" en un período / nº total de criterios de la pauta de la unidad x en un período	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre de indicador (2) May-2016 a oct-2018	EVALUAR EL CORRECTO MANEJO DEL MATERIAL ESTÉRIL Y LIMPIO EN LAS DEPENDENCIAS DE LAS UNIDADES CLÍNICA DEL HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA.	
Fórmula matemática	Número de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de material estéril por unidad/Nº total de áreas de almacenamiento de material estéril por unidad	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 3		
Nombre de indicador (1) Nov-2018 a la fecha	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTÉRIL EN LAS UNIDADES CLÍNICAS	
Fórmula matemática	Nº de criterios que cumplen con la pauta de almacenamiento de material estéril con la unidad x en un período /Nº total de criterios de la pauta de la unidad x en un período	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre de indicador (2) May-2016 a oct-2018	EVALUAR EL CORRECTO MANEJO DEL MATERIAL ESTÉRIL Y LIMPIO EN LAS DEPENDENCIAS DE LAS UNIDADES CLÍNICA DEL HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA.	
Fórmula matemática	Número de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de material estéril por unidad/Nº total de áreas de almacenamiento de material estéril por unidad	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 4		
Nombre del indicador	ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTÉRIL	
Fórmula matemática	N° de criterios que cumplen con la pauta de almacenamiento de material estéril en la unidad por un período /N° total de criterio de la pauta de la unidad por un período.	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 5		
Nombre indicador (1) Nov 2018 a la fecha	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTERIL EN LAS UNIDADES CLÍNICAS.	
Fórmula matemática	Número de criterios que cumplen con la pauta de almacenamiento de material estéril en la unidad X en un periodo/Nº total de criterios de la pauta de la unidad x en un periodo	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: mensual
Nombre indicador (2) May-2016 a Oct-2018	EVALUAR EL CORRECTO MANEJO DEL MATERIAL ESTÉRIL Y LIMPIO EN LAS DEPENDENCIAS DE LAS UNIDADES CLINICAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.	
Fórmula matemática	Número de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de material estéril por unidad/Nº total de áreas de almacenamiento de material estéri por unidad	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: mensual
MQ 6		
Nombre indicador (1) Nov 2018 a la fecha	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTERIL EN LAS UNIDADES CLÍNICAS.	
Fórmula matemática	Número de criterios que cumplen con la pauta de almacenamiento de material estéril en la unidad X en un periodo/Nº total de criterios de la pauta de la unidad x en un periodo	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: mensual
Nombre indicador (2) May-2016 a Oct-2018	EVALUAR EL CORRECTO MANEJO DEL MATERIAL ESTÉRIL Y LIMPIO EN LAS DEPENDENCIAS DE LAS UNIDADES CLINICAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.	
Fórmula matemática	Número de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de material estéril por unidad/Nº total de áreas de almacenamiento de material estéril por unidad	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: mensual
Cirugía Infantil		
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTERIL EN LAS UNIDADES CLÍNICAS.	
Fórmula matemática	Número de criterios que cumplen con la pauta de almacenamiento de material estéril en la unidad X en un periodo/Nº total de criterios de la pauta de la unidad x en un periodo	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: mensual
UPC Adulto 1		
Nombre indicador (1) Octubre 2018 a la fecha	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTÉRIL EN LAS UNIDADES CLÍNICAS.	
Fórmula matemática	(N° de criterios que cumplen con la pauta de almacenamiento de material estéril en la unidad por un periodo/N° total de criterios de la pauta de la unidad en un periodo) x 100	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre indicador (2) May-2016 a Sept-2018	EVALUAR EL CORRECTO MANEJO DEL MATERIAL ESTÉRIL Y LIMPIO EN LAS DEPENDENCIAS DE LAS UNIDADES CLÍNICA DEL HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA.	
UPC Adulto 2		

Nombre indicador (1) Nov 2018 a la fecha	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTERIL EN LAS UNIDADES CLÍNICAS.
Fórmula matemática	Número de criterios que cumplen con la pauta de almacenamiento de material estéril en la unidad X en un periodo/Nº total de criterios de la pauta de la unidad x en un periodo
Umbral de cumplimiento: 100%	Periodicidad de la evaluación: mensual
Nombre indicador (2) May-2016 a Oct-2018	EVALUAR EL CORRECTO MANEJO DEL MATERIAL ESTÉRIL Y LIMPIO EN LAS DEPENDENCIAS DE LAS UNIDADES CLINICAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.
Fórmula matemática	Número de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de material estéril por unidad/Nº total de áreas de almacenamiento de material estéril por unidad
Umbral de cumplimiento: 100%	Periodicidad de la evaluación: mensual
UPC Adulto 3	
Nombre indicador (1) Octubre 2018 a la fecha	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTÉRIL EN LAS UNIDADES CLÍNICAS.
Fórmula matemática	(N° de criterios que cumplen con la pauta de almacenamiento de material estéril en la unidad por un periodo/N° total de criterios de la pauta de la unidad en un periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre indicador (2) May-2016 a Sept-2018	EVALUAR EL CORRECTO MANEJO DEL MATERIAL ESTÉRIL Y LIMPIO EN LAS DEPENDENCIAS DE LAS UNIDADES CLÍNICA DEL HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA.
UPC Neo	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTERIL EN LAS UNIDADES CLÍNICAS.
Fórmula matemática	Número de criterios que cumplen con la pauta de almacenamiento de material estéril en la unidad X en un periodo/Nº total de criterios de la pauta de la unidad x en un periodo
Umbral de cumplimiento: 100%	Periodicidad de la evaluación: mensual
UPC Ped	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTERIL EN LAS UNIDADES CLÍNICAS.
Fórmula matemática	Número de criterios que cumplen con la pauta de almacenamiento de material estéril en la unidad X en un periodo/Nº total de criterios de la pauta de la unidad x en un periodo
Umbral de cumplimiento: 100%	Periodicidad de la evaluación: mensual
Obst- gine	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTÉRIL EN LAS UNIDADES CLÍNICAS
Fórmula matemática	Nº de criterios que cumplen con la pauta de almacenamiento de material estéril en la unidad en un período / Nº total de criterios de la pauta de la unidad en un período
Umbral de cumplimiento: 100%	Periodicidad de la evaluación: mensual

APE 1.4 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Esterilización	
Nombre documento	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera de central de esterilización.
Fuente primaria	Pauta de supervisión
Fuente secundaria	Informe de evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de junio 2016 al 31 de mayo 2019.
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra**: no aplica. **Metodología de muestreo**: para la evaluación a principio de año se realiza la calendarización de las evaluaciones, asignando a una supervisora de cada servicio clínico, la cual aplica la pauta una vez al mes por oportunidad. **Criterios de cumplimiento:** la pauta de supervisión utilizada manejo de material estéril contiene una tabla que indica los criterios evaluados, servicio, fecha, porcentaje de cumplimiento y observaciones. Los criterios de evaluación son: El material estéril está almacenado en área seca, alejado de humedad y libre de polvo. El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin. Los envoltorios y as etiquetas están indemnes. El material estéril se encuentra vigente.
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de junio de 2016 al 30 de mayo de 2019. **Selección de la muestra**: la constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 meses, correspondiendo a mayo 2018 y diciembre 2018. **Registros revisados:** Informe evaluación periódica del indicador. Pautas de supervisión aplicadas. Calendario de supervisión de material estéril. **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) Informe evaluación periódica del indicador, contiene los resultados de las mediciones del indicador. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (36 meses), con el objeto de conocer el denominador, numerador

y % de cumplimiento.
Se verifica que el cumplimiento reportado por el prestador y la cantidad de criterios cumplidos corresponden a lo informado, en el mes de mayo 2018 y diciembre 2018.
Se constata pauta de supervisión aplicada en los 2 meses a evaluar. **(No aplica obtener 5 fuentes primarias a constatar, ya que se aplica una pauta mensual).**

Mayo 2018					Cumplimiento reportado	
Pauta	Criterios				Prestador	EA
	Fecha	Firma de Supervisora	Supervisora concuerda con Calendario	Criterios Cumplidos		
	31/05/2018	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Diciembre 2018					Cumplimiento reportado	
Pauta	Criterios				Prestador	EA
	Fecha	Firma de Supervisora	Supervisora concuerda con Calendario	Criterios Cumplidos		
	26/12/2018	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	4	4	100%			
Julio 2016	3	4	75%			
Agosto 2016	4	4	100%			
Septiembre 2016	3	4	75%			
Octubre 2016	4	4	100%			
Noviembre 2016	4	4	100%			
Diciembre 2016	4	4	100%			
Enero 2017	3	4	75%			
Febrero 2017	2	4	50%			
Marzo 2017	3	4	75%			
Abril 2017	4	4	100%			
Mayo 2017	4	4	100%			
Junio 2017	4	4	100%			
Julio 2017	4	4	100%			
Agosto 2017	4	4	100%			
Septiembre 2017	4	4	100%			
Octubre 2017	4	4	100%			
Noviembre 2017	3	4	75%			
Diciembre 2017	4	4	100%			
Enero 2018	4	4	100%			
Febrero 2018	3	4	75%			
Marzo 2018	4	4	100%			
Abril 2018	4	4	100%			
Mayo 2018	**4**	**4**	**100%**	**4**	**4**	**100%**
Junio 2018	2	4	50%			
Julio 2018	4	4	100%			
Agosto 2018	4	4	100%			
Septiembre 2018	4	4	100%			
Octubre 2018	4	4	100%			
Noviembre 2018	3	4	75%			
Diciembre 2018	**4**	**4**	**100%**	**4**	**4**	**100%**
Enero 2019	4	4	100%			
Febrero 2019	4	4	100%			
Marzo 2019	4	4	100%			
Abril 2019	4	4	100%			
Mayo 2019	4	4	100%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Por lo descrito se da por cumplido el elemento medible.

PQ 1	
Nombre documento	PROGRAMA SUPERVISIÓN MANEJO DE MATERIALES ESTÉRILES EN UNIDADES CLÍNICAS DEL HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA
Responsable medición	Enfermera Jefe Central de esterilización Hospital Regional de Antofagasta.
Fuente primaria	Pauta de supervisión procedimiento "manejo de material estéril en unidades clínicas"
Fuente secundaria	Informe del programa de supervisión manejo de materiales estériles en unidades clínicas del Hospital Regional Antofagasta
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra:** No aplica **Metodología de muestreo:** Se aplica una pauta de supervisión en cada unidad clínica 1 vez al mes. Para esto se randomiza 1 día a la semana, según calendarización de la Unidad de Esterilización. **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión del procedimiento manejo de material estéril en unidades clínicas, contiene una tabla que incluye el servicio, fecha de evaluación, los criterios de evaluación y porcentaje de cumplimiento. Los criterios de evaluación corresponden a: 1. El material estéril está almacenado en áreas seca, alejado de humedad y libre de polvo. (Criterio 1) 2. El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin (Criterio 2) 3. Los envoltorios y las etiquetas están indemnes (Criterio 3) 4. El material estéril se encuentre vigente. (Criterio 4)
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** Periodo evaluado: Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el mes de junio de 2018 y febrero de 2019. **Registros revisados:** Programa supervisión manejo de materiales estériles en unidades clínicas del Hospital Regional Antofagasta, del periodo retrospectivo evaluado. Pauta de supervisión procedimiento "manejo de material estéril en unidades clínicas" **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) Pauta de supervisión contiene 4 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se constata que el resultado de la pauta aplicada por el prestador corresponde a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) de los meses de junio 2018 y febrero 2019 (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
May-16	0	1	0%			
Jun-16	0	1	0%			
Jul-16	1	1	100%			
Ago-16	0	1	0%			
Sep-16	1	1	100%			
Oct-16	1	1	100%			
Nov-16	1	1	100%			
Dic-16	0	1	0%			
Ene-17	0	1	0%			
Feb-17	1	1	100%			
Mar-18	0	1	0%			
Abr-18	1	1	100%			
May-18	1	1	100%			
Jun-18	0	1	0%			
Jul-18	1	1	100%			
Ago-18	1	1	100%			
Sep-18	1	1	100%			
Oct-18	1	1	100%			
Nov-18	1	1	100%			
Dic-18	1	1	100%			
Ene-18	1	1	100%			
Feb-18	1	1	100%			
Mar-18	1	1	100%			
Abr-18	0	1	0%			
May-18	1	1	100%			
Jun-18	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**

Jul-18	1	1	100%			
Ago-18	0	1	0%			
Sep-18	0	1	0%			
Oct-18	1	1	100%			
Nov-18	0	1	0%			
Dic-18	0	1	0%			
Ene-19	0	1	0%			
Feb-19	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Mar-19	0	1	0%			
Abr-19	0	1	0%			
May-19	0	1	0%			

Descripción de los hallazgos:
1.En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
4. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible en Pabellón Central.

PQ 2	
Nombre documento	PROGRAMA DE SUPERVISIÓN MANEJO DE MATERIAL ESTÉRIL EN UNIDADES CLÍNICAS DEL HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA MANEJO DE MATERIAL ESTÉRIL EN UNIDADES CLÍNICAS
Responsable medición	Enfermera jefa central de esterilización
Fuente primaria	Pauta de supervisión
Fuente secundaria	Informe del indicador
Periodo evaluado	Octubre 2018 a mayo 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** se aplica una pauta de supervisión en cada unidad 1 vez al mes. **Metodología del muestreo:** se randomiza 1 día de la semana. **Criterios de cumplimiento:** La pauta se da por cumplida cuando los 4 criterios evaluados en la pauta de supervisión "manejo de material estéril en las unidades clínicas" cumplan. Los Criterios son: 1. El material estéril está almacenado en área seca, alejado de humedad y libre de polvo. 2. El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin. 3. Los envoltorios y las etiquetas están indemnes. 4. El material cesteril se encuentra vigente. Los criterios se encuentran descrito en el documento institucional.
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** dado que el PQ de CMA comienza sus actividades el 09 de octubre del año 2018, correspondiendo su evaluación desde esa fecha hasta el mes de mayo del año 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza de los meses de enero y febrero 2019. **Registros revisados:** Informe de programa de supervisión, pautas de supervisión. **De la constatación:** Pauta de supervisión contiene 4 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (octubre 2018 a mayo 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se constata que el resultado de la pauta aplicada por el prestador corresponde a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) de los meses de enero y febrero 2019 (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Octubre 2018	1	1	100%			
Noviembre 2018	1	1	100%			
Diciembre 2018	1	1	100%			
Enero 2019	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Febrero 2019	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Marzo 2019	1	1	100%			
Abril 2019	1	1	100%			
Mayo 2019	1	1	100%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible en Pabellón de CMA.

PQ 3	
Nombre documento	PROGRAMA DE SUPERVISIÓN MANEJO DE MATERIAL ESTÉRIL EN UNIDADES CLÍNICAS DEL HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA MANEJO DE MATERIAL ESTÉRIL EN UNIDADES CLÍNICAS
Responsable medición	Enfermera jefa central de esterilización
Fuente primaria	Pauta de supervisión
Fuente secundaria	Informe del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** Se aplica una pauta de supervisión en cada unidad 1 vez al mes. **Metodología del muestreo:** Se randomiza 1 día de la semana. **Criterios de cumplimiento:** La pauta se da por cumplida cuando los 4 criterios evaluados en la pauta de supervisión "manejo de material estéril en las unidades clínicas" cumplan. Los Criterios son: 1. El material estéril está almacenado en área seca, alejado de humedad y libre de polvo. 2. El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin. 3. Los envoltorios y las etiquetas están indemnes. 4. El material cesteril se encuentra vigente. Los criterios se encuentran descrito en el documento institucional.
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** Para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 31 de mayo de 2019. **Selección de la muestra:** La medición del indicador es mensual. La constatación se realiza en los usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: junio 2018 y febrero 2019. **Registros revisados:** Informe de programa de supervisión, pautas de supervisión. **De la constatación:** Pauta de supervisión contiene 4 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de mayo 2016 al 30 mayo de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se constata que el resultado de la pauta aplicada por el prestador corresponde a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico junio 2018 y febrero 2019 (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016	0	1	0%			
Junio 2016	1	1	100%			
Julio 2016	1	1	100%			
Agosto 2016	1	1	100%			
Septiembre 2016	1	1	100%			
Octubre 2016	1	1	100%			
Noviembre 2016	1	1	100%			
Diciembre 2016	1	1	100%			
Enero 2017	1	1	100%			
Febrero 2017	1	1	100%			
Marzo 2017	1	1	100%			
Abril 2017	1	1	100%			
Mayo 2017	1	1	100%			
Junio 2017	1	1	100%			
Julio 2017	0	1	0%			
Agosto 2017	0	1	0%			
Septiembre 2017	1	1	100%			
Octubre 2017	1	1	100%			
Noviembre 2017	1	1	100%			
Diciembre 2017	1	1	100%			
Enero 2018	1	1	100%			
Febrero 2018	1	1	100%			
Marzo 2018	1	1	100%			
Abril 2018	0	1	0%			
Mayo 2018	1	1	100%			
Junio 2018	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**

Julio 2018	1	1	100%			
Agosto 2018	0	1	0%			
Septiembre 2018	1	1	100%			
Octubre 2018	1	1	100%			
Noviembre 2018	1	1	100%			
Diciembre 2018	1	1	100%			
Enero 2019	1	1	100%			
Febrero 2019	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Marzo 2019	1	1	100%			
Abril 2019	1	1	100%			
Mayo 2019	1	1	100%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible en Pabellón Cardiológico.

MQ 1

Nombre documento	PROGRAMA DE SUPERVISIÓN MANEJO DE MATERIAL ESTÉRIL EN UNIDADES CLÍNICAS DEL HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA MANEJO DE MATERIAL ESTÉRIL EN UNIDADES CLÍNICAS
Responsable medición	Enfermera jefa central de esterilización
Fuente primaria	Pauta de supervisión
Fuente secundaria	Informe del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** se aplica una pauta de supervisión en cada unidad 1 vez al mes. **Metodología del muestreo:** se randomiza 1 día de la semana. **Criterios de cumplimiento:** la pauta se da por cumplida cuando los 4 criterios evaluados en la pauta de supervisión "manejo de material estéril en las unidades clínicas" cumplan. Los Criterios son: 1.El material estéril está almacenado en área seca, alejado de humedad y libre de polvo. 2.El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin. 3.Los envoltorios y las etiquetas están indemnes. 4.El material cesteril se encuentra vigente.
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 31 de mayo de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza en los usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: junio 2018 y febrero 2019. **Registros revisados:** Informe de programa de supervisión y pautas de supervisión. **De la constatación:** Pauta de supervisión contiene 4 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de mayo 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se constata que el resultado de la pauta aplicada por el prestador corresponde a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico junio 2018 y febrero 2019 (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016,	1	2	50%			
Junio 2016	1	2	50%			
Julio 2016	1	2	50%			
Agosto 2016	0	2	0%			
Septiembre 2016	2	2	100%			
Octubre 2016	1	2	50%			
Noviembre 2016	1	2	50%			
Diciembre 2016	2	2	100%			
Enero 2017	0	2	0%			
Febrero 2017	2	2	100%			
Marzo 2017	1	2	50%			
Abril 2017,	1	2	50%			
Mayo 2017	1	2	50%			
Junio 2017	1	2	50%			

Julio 2017	0	2	0%			
Agosto 2017	1	2	50%			
Septiembre 2017	1	2	50%			
Octubre 2017	1	2	50%			
Noviembre 2017	1	2	50%			
Diciembre 2017	1	1	100%			
Enero 2018	0	1	0%			
Febrero 2018	1	1	100%			
Marzo 2018	1	1	100%			
Abril 2018	1	1	100%			
Mayo 2018	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Junio 2018	0	1	0%			
Julio 2018	1	1	100%			
Agosto 2018	1	1	100%			
Septiembre 2018	1	1	100%			
Octubre 2018	1	1	100%			
Noviembre 2018	1	1	100%			
Diciembre 2018	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Enero 2019	0	1	0%			
Febrero 2019	0	1	0%			
Marzo 2019	0	1	0%			
Abril 2019	1	1	100%			

Descripción de los hallazgos:
Durante los años 2016 y 2017, el indicador se medía por sectores, Hombres y Mujeres. Si cumplía un sector ya sea hombres o mujeres se consideraba 50% de cumplimiento, si ninguno cumplía 0% de cumplimiento y si ambos cumplían 100% de cumplimiento.
Desde 2018 se considera el servicio como medicina, realizándose medición única.
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Por lo anterior descrito, se da por cumplido el elemento medible.

MQ 2

Nombre documento	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera de central de esterilización
Fuente primaria	Pauta supervisión
Fuente secundaria	Informe de evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de junio 2016 al 31 de mayo 2019.
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra**: No aplica. **Metodología de muestreo**: Para la evaluación a principio de año se realiza la calendarización de las evaluaciones, asignando a una supervisora de cada servicio clínico, la cual aplica la pauta una vez al mes por oportunidad. **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión utilizada manejo de material estéril contiene una tabla que indica los criterios evaluados, servicio, fecha, porcentaje de cumplimiento y observaciones. Los criterios de evaluación son los siguientes: 1.El material estéril está almacenado en área seca, alejado de humedad y libre de polvo. 2.El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin. 3.Los envoltorios y as etiquetas están indemnes. 4.El material estéril se encuentra vigente.
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 31 de mayo de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: junio 2018 y febrero 2019. **Registros revisados:** Informe de programa de supervisión y pautas de supervisión. **De la constatación:** Pauta de supervisión contiene 4 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de mayo 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se constata que el resultado de la pauta aplicada por el prestador corresponde a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico junio 2018 y febrero 2019 (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplida	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento

	s					
Mayo 2016	2	3	66,6%			
Junio 2016	3	3	100%			
Julio 2016	0	3	0%			
Agosto 2016	3	3	100%			
Septiembre 2016	3	3	100%			
Octubre 2016	2	3	66,6%			
Noviembre 2016	3	3	100%			
Diciembre 2016	1	3	33,3%			
Enero 2017	3	3	100%			
Febrero 2017	2	3	66,6%			
Marzo 2017	3	3	100%			
Abril 2017,	3	3	100%			
Mayo 2017	3	3	100%			
Junio 2017	3	3	100%			
Julio 2017	2	3	66,6%			
Agosto 2017	2	3	66,6%			
Septiembre 2017	1	3	33,3%			
Octubre 2017	3	3	100%			
Noviembre 2017	3	3	100%			
Diciembre 2017	3	3	100%			
Enero 2018	1	1	100%			
Febrero 2018	0	1	0%			
Marzo 2018	0	1	0%			
Abril 2018	1	1	100%			
Mayo 2018	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Junio 2018	1	1	100%			
Julio 2018	1	1	100%			
Agosto 2018	1	1	100%			
Septiembre 2018	1	1	100%			
Octubre 2018	1	1	100%			
Noviembre 2018	1	1	100%			
Diciembre 2018	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Enero 2019	0	1	0%			
Febrero 2019	0	1	0%			
Marzo 2019	1	1	100%			
Abril 2019	1	1	100%			

Descripción de los hallazgos:
Durante los años 2016 y 2017 el servicio estaba sectorizado en Urología, Traumatología y Neurología, el indicador se medía en cada uno de estos sectores. Si cumplía un sector se consideraba 33.3% de cumplimiento, si cumplían dos de los tres sectores se consideraba 66,6% de cumplimiento, si los tres servicios cumplían se consideraba 100% de cumplimiento, finalmente si ninguno cumplía 0% de cumplimiento.
Desde 2018 la medición es única, se considera el servicio como un Bloque, realizándose medición única.
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 3	
Nombre documento	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera de central de esterilización
Fuente primaria	Pauta supervisión
Fuente secundaria	Informe de evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de junio 2016 al 31 de mayo 2019.
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra**: no aplica. **Metodología de muestreo**: para la evaluación a principio de año se realiza la calendarización de las evaluaciones, asignando a una supervisora de cada servicio clínico, la cual aplica la pauta una vez al mes por oportunidad. **Criterios de cumplimiento:** la pauta de supervisión utilizada manejo de material estéril contiene una tabla que indica los criterios evaluados, servicio, fecha, porcentaje de cumplimiento y observaciones. 1.Los criterios de evaluación son: 2.El material estéril está almacenado en área seca, alejado de humedad y libre de polvo. 3.El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin. 4.Los envoltorios y as etiquetas están indemnes. El material estéril se encuentra vigente.
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 31 de mayo de 2019.

	Selección de la muestra: la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza en los usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: junio 2018 y febrero 2019. **Registro revisado:** informe de programa de supervisión y pautas de supervisión. **De la constatación:** Pauta de supervisión contiene 4 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de mayo 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se constata que el resultado de la pauta aplicada por el prestador corresponde a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico junio 2018 y febrero 2019 (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016,	2	2	100%			
Junio 2016	2	2	100%			
Julio 2016	2	2	100%			
Agosto 2016	2	2	100%			
Septiembre 2016	2	2	100%			
Octubre 2016	2	2	100%			
Noviembre 2016	2	2	100%			
Diciembre 2016	2	2	100%			
Enero 2017	2	2	100%			
Febrero 2017	2	2	100%			
Marzo 2017	2	2	100%			
Abril 2017,	2	2	100%			
Mayo 2017	2	2	100%			
Junio 2017	2	2	100%			
Julio 2017	2	2	100%			
Agosto 2017	0	2	0%			
Septiembre 2017	2	2	100%			
Octubre 2017	2	2	100%			
Noviembre 2017	2	2	100%			
Diciembre 2017	1	1	100%			
Enero 2018	0	1	0%			
Febrero 2018	1	1	100%			
Marzo 2018	0	1	0%			
Abril 2018	1	1	100%			
Mayo 2018	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Junio 2018	0	1	0%			
Julio 2018	1	1	100%			
Agosto 2018	1	1	100%			
Septiembre 2018	1	1	100%			
Octubre 2018	1	1	100%			
Noviembre 2018	1	1	100%			
Diciembre 2018	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Enero 2019	0	1	0%			
Febrero 2019	0	1	0%			
Marzo 2019	1	1	100%			
Abril 2019	0	1	0%			

Descripción de los hallazgos:
Hasta el año 2017, el indicador se medía por sectores, Hombres y Mujeres, en cada uno de estos sectores. Si cumplía un sector ya sea hombres o mujeres se consideraba 50% de cumplimiento, si ninguno cumplía 0% de cumplimiento y si ambos cumplían 100% de cumplimiento.
Desde 2018 se considera como un solo servicio, Cirugía, por lo que se aplica una pauta
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 4	
Nombre documento	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera de central de esterilización
Fuente primaria	Pauta de supervisión

Fuente secundaria	Informe de evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	20 de enero al 31 de mayo de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra**: No aplica. **Metodología de muestreo**: Para la evaluación a principio de año se realiza la calendarización de las evaluaciones, asignando a una supervisora de cada servicio clínico, la cual aplica la pauta una vez al mes por oportunidad. **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión utilizada manejo de material estéril contiene una tabla que indica los criterios evaluados, servicio, fecha, porcentaje de cumplimiento y observaciones. Los criterios de evaluación son: 1.El material estéril está almacenado en área seca, alejado de humedad y libre de polvo. 2.El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin. 3.Los envoltorios y as etiquetas están indemnes. 4.El material estéril se encuentra vigente
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación, dado que la unidad de camas básicas inicia su funcionamiento en enero del año 2019, aplica un periodo retrospectivo de 3 meses, correspondiendo a 01 de febrero de 2019 al 31 de mayo de 2019 **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando el mes de marzo de 2019. **Registros revisados:** informe de programa de supervisión y pautas de supervisión. **De la constatación:** Pauta de supervisión contiene 4 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se constata que el resultado de la pauta aplicada por el prestador corresponde a lo informado, la la evaluación registra no cumplimiento del criterio 2 de la pauta de supervisión.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Febrero 2019	0	1	0%			
Marzo 2019	**0**	**1**	**0%**	**0**	**1**	**0%**
Abril 2019	0	1	0%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, dado que este servicio inició su funcionamiento en enero del 2019, se realiza evaluación de los meses reportados por el prestador, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 5	
Nombre documento	PROGRAMA DE SUPERVISIÓN MANEJO DE MATERIAL ESTÉRIL EN UNIDADES CLÍNICAS DEL HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA MANEJO DE MATERIAL ESTÉRIL EN UNIDADES CLÍNICAS
Responsable medición	Enfermera jefe central de esterilización
Fuente primaria	Pauta de supervisión
Fuente secundaria	Informe del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** se aplica una pauta de supervisión en cada unidad 1 vez al mes. **Metodología del muestreo:** se randomiza 1 día de la semana. **Criterios de cumplimiento:** la pauta se da por cumplida cuando los 4 criterios evaluados en la pauta de supervisión "manejo de material estéril en las unidades clínicas" cumplan. Los Criterios son: El material estéril está almacenado en área seca, alejado de humedad y libre de polvo. El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin. Los envoltorios y las etiquetas están indemnes. 4. El material cesteril se encuentra vigente.
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 31 de mayo de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza en los usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: junio 2018 y febrero 2019. **Registro revisado:** informe de programa de supervisión, pautas de supervisión. **De la constatación:** Pauta de supervisión contiene 4 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de mayo 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de

	conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se constata que el resultado de la pauta aplicada por el prestador corresponde a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico junio 2018 y febrero 2019 (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Abril 2016 M	0	1	0%			
Abril 2016 H	0	1	0%			
Mayo 2016 M	0	1	0%			
Mayo 2016 H	1	1	100%			
Junio 2016 M	1	1	100%			
Junio 2016 H	1	1	100%			
Julio 2016 M	1	1	100%			
Julio 2016 H	1	1	100%			
Agosto 2016 M	1	1	100%			
Agosto 2016 H	1	1	100%			
Septiembre 2016 M	1	1	100%			
Septiembre 2016 H	0	1	0%			
Octubre 2016 M	0	1	0%			
Octubre 2016 H	0	1	0%			
Noviembre 2016 M	1	1	100%			
Noviembre 2016 H	0	1	0%			
Diciembre 2016 M	0	1	0%			
Diciembre 2016 H	1	1	100%			
Enero 2017 M	0	1	0%			
Enero 2017 H	0	1	0%			
Febrero 2017 M	1	1	100%			
Febrero 2017 H	1	1	100%			
Marzo 2017 M	0	1	0%			
Marzo 2017 H	0	1	0%			
Abril 2017 M	1	1	100%			
Abril 2017 H	0	1	0%			
Mayo 2017 M	1	1	100%			
Mayo 2017 H	1	1	100%			
Junio 2017 M	1	1	100%			
Junio 2017 H	1	1	100%			
Julio 2017 M	1	1	100%			
Julio 2017 H	1	1	100%			
Agosto 2017 M	0	1	0%			
Agosto 2017 H	0	1	0%			
Septiembre 2017 M	0	1	0%			
Septiembre 2017 H	0	1	0%			
Octubre 2017 M	1	1	100%			
Octubre 2017 H	1	1	100%			
Noviembre 2017 M	1	1	100%			
Noviembre 2017 H	1	1	100%			
Diciembre 2017 M	1	1	100%			
Diciembre 2017 H	1	1	100%			
Enero 2018	1	1	100%			
Febrero 2018	0	1	0%			
Marzo 2018	0	1	0%			
Abril 2018	1	1	100%			
Mayo 2018	1	1	100%			
Junio 2018	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Julio 2018	1	1	100%			
Agosto 2018	1	1	100%			
Septiembre 2018	1	1	100%			
Octubre 2018	1	1	100%			
Noviembre 2018	1	1	100%			
Diciembre 2018	1	1	100%			
Enero 2019	1	1	100%			
Febrero 2019	**0**	**1**	**0%**	**0**	**1**	**0%**
Marzo 2019	1	1	100%			
Abril 2019	1	1	100%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido lo solicitado en el elemento medible.

MQ 6	
Nombre documento	PROGRAMA DE SUPERVISIÓN MANEJO DE MATERIAL ESTÉRIL EN UNIDADES CLÍNICAS DEL HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA MANEJO DE MATERIAL ESTÉRIL EN UNIDADES CLÍNICAS
Responsable medición	Enfermera jefe central de esterilización
Fuente primaria	Pauta de supervisión
Fuente secundaria	Informe del indicador
Periodo evaluado	01 de febrero 2018 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** Se aplica una pauta de supervisión en cada unidad 1 vez al mes. **Metodología del muestreo:** Se randomiza 1 día de la semana. **Criterios de cumplimiento:** La pauta se da por cumplida cuando los 4 criterios evaluados en la pauta de supervisión "manejo de material estéril en las unidades clínicas" cumplan. Los Criterios son: El material estéril está almacenado en área seca, alejado de humedad y libre de polvo. El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin. Los envoltorios y las etiquetas están indemnes. El material cesteril se encuentra vigente.
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 31 de mayo de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza en los usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: junio 2018 y febrero 2019. **Registros revisados:** Informe de programa de supervisión, pautas de supervisión. **De la constatación:** Pauta de supervisión contiene 4 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de febrero 2018 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se constata que el resultado de la pauta aplicada por el prestador corresponde a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico junio 2018 y febrero 2019 (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Febrero 2018	1	1	100%			
Marzo 2018	0	1	0%			
Abril 2018	1	1	100%			
Mayo 2018	1	1	100%			
Junio 2018	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Julio 2018	1	1	100%			
Agosto 2018	1	1	100%			
Septiembre 2018	1	1	100%			
Octubre 2018	1	1	100%			
Noviembre 2018	1	1	100%			
Diciembre 2018	1	1	100%			
Enero 2019	1	1	100%			
Febrero 2019	**0**	**1**	**0%**	**0**	**1**	**0%**
Marzo 2019	1	1	100%			
Abril 2019	1	1	100%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido lo solicitado en el elemento medible.

Cirugía Infantil	
Nombre documento	PROGRAMA DE SUPERVISIÓN MANEJO DE MATERIAL ESTÉRIL EN UNIDADES CLÍNICAS DEL HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA

Responsable medición	Enfermera jefa central de esterilización
Fuente primaria	Pauta de supervisión
Fuente secundaria	No Aplica
Periodo evaluado	01 de junio 2016 a 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Cálculo de la muestra:** se aplica la pauta de supervisión en cada unidad 1 vez al mes. **Metodología del muestreo:** para esto randomiza 1 día de la semana. **Criterios de cumplimiento:** la pauta se da por cumplida cuando los 4 criterios evaluados en la pauta de supervisión Manejo de material estéril en las unidades clínicas cumplan. Los Criterios son: 1.El material estéril está almacenado en área seca, alejado de humedad y libre de polvo. 2.El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin. 3.Los envoltorios y las etiquetas están indemnes. 4. El material cesteril se encuentra vigente.
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza en los usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: junio 2018 y febrero 2019. **Registros revisados:** Informe de programa de supervisión. **De la constatación:** Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de junio 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se verifica el cumplimiento de SI o NO en los criterios evaluados en la pauta y si corresponde a lo informado, en los meses de junio 2018 y febrero 2019, para ello se revisa el total de evaluaciones (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	0	1	0			
Julio 2016	1	1	100%			
Agosto 2016	1	1	100%			
Septiembre 2016	0	1	0			
Octubre 2016	1	1	100%			
Noviembre 2016	1	1	100%			
Diciembre 2016	1	1	100%			
Enero 2017	1	1	100%			
Febrero 2017	1	1	100%			
Marzo 2017	1	1	100%			
Abril 2017	0	1	0			
Mayo 2017	1	1	100%			
Junio 2017	1	1	100%			
Julio 2017	1	1	100%			
Agosto 2017	1	1	100%			
Septeimbre 2017	1	1	100%			
Octubre 2017	1	1	100%			
Noviembre 2017	1	1	100%			
Diciembre	1	1	100%			
Enero 2018	1	1	100%			
Febrero 2018	0	1	0			
Marzo 2018	0	1	0			
Abril 2018	1	1	100%			
Mayo 2018	1	1	100%			
Junio 2018	**0**	**1**	**0**	**0**	**1**	**0**
Julio 2018	1	1	100%			
Agosto 2018	0	1	0			
Septiembre 2018	1	1	100%			
Octubre 2018	0	1	0			
Noviembre 2018	1	1	100%			
Diciembre 2018	1	1	100%			
Enero 2019	0	1	0			
Febrero 2019	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Marzo 2019	0	1	0			
Abril 2019	0	1	0			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Adulto 1	
Nombre documento	PROGRAMA SUPERVISIÓN MANEJO DE MATERIALES ESTÉRILES EN UNIDADES CLÍNICAS DEL HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA
Responsable medición	Enfermera Jefe Central de esterilización Hospital Regional de Antofagasta.
Fuente primaria	Pauta de supervisión procedimiento "manejo de material estéril en unidades clínicas"
Fuente secundaria	Programa supervisión manejo de materiales estériles en unidades clínicas del Hospital Regional Antofagasta
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra:** no aplica **Metodología de muestreo:** se aplica una pauta de supervisión en cada unidad clínica 1 vez al mes. Para esto se randomiza 1 día a la semana, según calendarización de la Unidad de Esterilización. **Criterios de cumplimiento:** la pauta de supervisión del procedimiento manejo de material estéril en unidades clínicas, contiene una tabla que incluye el servicio, fecha de evaluación, los criterios de evaluación y porcentaje de cumplimiento. Los criterios de evaluación corresponden a: El material estéril está almacenado en áreas seca, alejado de humedad y libre de polvo. (Criterio 1) El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin (Criterio 2) Los envoltorios y las etiquetas están indemnes (Criterio 3) El material estéril se encuentre vigente. (Criterio 4)
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** la constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el mes de junio de 2018 y febrero de 2019. **Registros revisados:** Programa supervisión manejo de materiales estériles en unidades clínicas del Hospital Regional Antofagasta, del periodo retrospectivo evaluado. Pauta de supervisión procedimiento "manejo de material estéril en unidades clínicas" **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) Pauta de supervisión contiene 4 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se constata que el resultado de la pauta aplicada por el prestador corresponde a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) de los meses de junio 2018 y febrero 2019 (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	1	1	100%			
Julio 2016	0	1	0%			
Agosto 2016	1	1	100%			
Septiembre 2016	1	1	100%			
Octubre 2016	1	1	100%			
Noviembre 2016	1	1	100%			
Diciembre 2016	0	1	0%			
Enero 2017	1	1	100%			
Febrero 2017	1	1	100%			
Marzo 2017	1	1	100%			
Abril 2017	1	1	100%			
Mayo 2017	1	1	100%			
Junio 2017	1	1	100%			
Julio 2017	1	1	100%			
Agosto 2017	0	1	0%			
Septeimbre 2017	1	1	100%			
Octubre 2017	1	1	100%			
Noviembre 2017	1	1	100%			
Diciembre	1	1	100%			
Enero 2018	1	1	100%			
Febrero 2018	1	1	100%			
Marzo 2018	0	1	0%			
Abril 2018	1	1	100%			

Mayo 2018	1	1	100%			
Junio 2018	0	1	0%			
Julio 2018	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Agosto 2018	1	1	100%			
Septiembre 2018	1	1	100%			
Octubre 2018	1	1	100%			
Noviembre 2018	1	1	100%			
Diciembre 2018	1	1	100%			
Enero 2019	1	1	100%			
Febrero 2019	1	1	100%			
Marzo 2019	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Abril 2019	1	1	100%			
Junio 2016	0	1	0%			
Julio 2016	1	1	100%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible en UCI Adulto

UPC Adulto 2

Nombre documento	PROGRAMA DE SUPERVISIÓN MANEJO DE MATERIAL ESTÉRIL EN UNIDADES CLÍNICAS DEL HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA MANEJO DE MATERIAL ESTÉRIL EN UNIDADES CLÍNICAS
Responsable medición	Enfermera jefe central de esterilización
Fuente primaria	Pauta de supervisión
Fuente secundaria	Informe del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** se aplica una pauta de supervisión en cada unidad 1 vez al mes. **Metodología del muestreo:** se randomiza 1 día de la semana. **Criterios de cumplimiento:** la pauta se da por cumplida cuando los 4 criterios evaluados en la pauta de supervisión "manejo de material estéril en las unidades clínicas" cumplan. Los Criterios son: El material estéril está almacenado en área seca, alejado de humedad y libre de polvo. El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin. Los envoltorios y las etiquetas están indemnes. El material cesteril se encuentra vigente.
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 31 de mayo de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza en los usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: junio 2018 y febrero 2019. **Registros revisados:** informe de programa de supervisión, pautas de supervisión. **De la constatación:** Pauta de supervisión contiene 4 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de mayo 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerado y % de cumplimiento. Se constata que el resultado de la pauta aplicada por el prestador corresponde a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico junio 2018 y febrero 2019 (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016, sector 1	1	1	100%			
Mayo 2016, sector 2	1	1	100%			
Junio 2016, sector 1	1	1	100%			
Junio 2016, sector 2	1	1	100%			
Julio 2016, sector 1	1	1	100%			
Julio 2016, sector 2	0	1	0%			
Agosto 2016, sector 1	1	1	100%			
Agosto 2016, sector 2	1	1	100%			
Septiembre 2016, sector 1	1	1	100%			
Septiembre 2016	1	1	100%			

sector 2						
Octubre 2016, sector 1	1	1	100%			
Octubre 2016, sector 2	1	1	100%			
Noviembre 2016, sector 1	1	1	100%			
Noviembre 2016, sector 2	1	1	100%			
Diciembre 2016, sector 1	1	1	100%			
Diciembre 2016, sector 2	1	1	100%			
Enero 2017	1	1	100%			
Febrero 2017	1	1	100%			
Marzo 2017, sector 1	1	1	100%			
Marzo 2017, sector 2	1	1	100%			
Abril 2017, sector 1	1	1	100%			
Abril 2017, sector 2	1	1	100%			
Mayo 2017, sector 1	1	1	100%			
Mayo 2017, sector 2	1	1	100%			
Junio 2017, sector 1	1	1	100%			
Junio 2017, sector 2	1	1	100%			
Julio 2017, sector 1	1	1	100%			
Julio 2017, sector 2	1	1	100%			
Agosto 2017, sector 1	1	1	100%			
Agosto 2017, sector 2	1	1	100%			
Septiembre 2017, sector 1	1	1	100%			
Septiembre 2017, sector 2	1	1	100%			
Octubre 2017, sector 1	1	1	100%			
Octubre 2017, sector 2	1	1	100%			
Noviembre 2017, sector 1	1	1	100%			
Noviembre 2017, sector 2	1	1	100%			
Diciembre 2017, sector 1	1	1	100%			
Diciembre 2017, sector 2	1	1	100%			
Enero 2018	1	1	100%			
Febrero 2018	1	1	100%			
Marzo 2018	1	1	100%			
Abril 2018	1	1	100%			
Mayo 2018	0	1	0%			
Junio 2018	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Julio 2018	1	1	100%			
Agosto 2018	1	1	100%			
Septiembre 2018	1	1	100%			
Octubre 2018	1	1	100%			
Noviembre 2018	1	1	100%			
Diciembre 2018	1	1	100%			
Enero 2019	1	1	100%			
Febrero 2019	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Marzo 2019	1	1	100%			
Abril 2019	0	1	0%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Adulto 3	
Nombre documento	Programa supervisión manejo de materiales estériles en unidades clínicas del Hospital Regional Antofagasta
Responsable medición	Enfermera Jefe Central de esterilización Hospital Regional de Antofagasta.
Fuente primaria	Pauta de supervisión procedimiento "manejo de material estéril en unidades clínicas"
Fuente secundaria	Informe de programa de supervisión manejo de materiales estériles en unidades clínicas del Hospital Regional Antofagasta
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra:** no aplica **Metodología de muestreo:** se aplica una pauta de supervisión en cada unidad clínica 1 vez al mes. Para esto se randomiza 1 día a la semana, según calendarización de la Unidad de

	Esterilización. **Criterios de cumplimiento:** la pauta de supervisión del procedimiento manejo de material estéril en unidades clínicas, contiene una tabla que incluye el servicio, fecha de evaluación, los criterios de evaluación y porcentaje de cumplimiento. Los criterios de evaluación corresponden a: El material estéril está almacenado en áreas seca, alejado de humedad y libre de polvo. (Criterio 1) El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin (Criterio 2) Los envoltorios y las etiquetas están indemnes (Criterio 3) El material estéril se encuentre vigente. (Criterio 4)
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** la constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el mes de junio de 2018 y febrero de 2019. **Registros revisados:** Programa supervisión manejo de materiales estériles en unidades clínicas del Hospital Regional Antofagasta, del periodo retrospectivo evaluado. Pauta de supervisión procedimiento "manejo de material estéril en unidades clínicas" **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) Pauta de supervisión contiene 4 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se constata que el resultado de la pauta aplicada por el prestador corresponde a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) de los meses de junio 2018 y febrero 2019 (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016	1	1	100%			
Junio 2016	1	1	100%			
Julio 2016	1	1	100%			
Agosto 2016	0	1	0%			
Septiembre 2016	1	1	100%			
Octubre 2016	1	1	100%			
Noviembre 2016	1	1	100%			
Diciembre 2016	NE	NE	NE			
Enero 2017	1	1	100%			
Febrero 2017	0	1	0%			
Marzo 2018	1	1	100%			
Abril 2018	0	1	0%			
Mayo 2018	1	1	100%			
Junio 2018	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Julio 2018	1	1	100%			
Agosto 2018	1	1	100%			
Septiembre 2018	1	1	100%			
Octubre 2018	1	1	100%			
Noviembre 2018	1	1	100%			
Diciembre 2018	1	1	100%			
Enero 2018	NE	NE	NE			
Febrero 2018	1	1	100%			
Marzo 2018	0	1	0%			
Abril 2018	0	1	0%			
Mayo 2018	0	1	0%			
Junio 2018	0	1	0%			
Julio 2018	1	1	100%			
Agosto 2018	1	1	100%			
Septiembre 2018	1	1	100%			
Octubre 2018	1	1	100%			
Noviembre 2018	1	1	100%			
Diciembre 2018	1	1	100%			
Enero 2019	1	1	100%			
Febrero 2019	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Marzo 2019	0	1	0%			
Abril 2019	1	1	100%			

Mayo 2019	1	1	100%			

Descripción de los hallazgos:
NE (No evaluado).
En el mes de diciembre del 2016, la unidad coronaria no fue evaluada por estar en proceso de cambio, según lo consignado en el informe "Programa supervisión manejo de materiales estériles en unidades clínicas del Hospital Regional Antofagasta", y en el mes de enero del 2018, no fue evaluada, dado que la unidad se encontraba en el hospital antiguo.
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible en UCI Coronaria.

UPC Neo

Nombre documento	PROGRAMA DE SUPERVISIÓN MANEJO DE MATERIAL ESTÉRILES EN UNIDADES CLÍNICAS DEL HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA
Responsable medición	Enfermera jefe Esterilización
Fuente primaria	Pautas de supervisión
Fuente secundaria	Informe del indicador
Periodo evaluado	01 de junio 2016 a 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Cálculo de la muestra:** Se aplica la pauta de supervisión en cada unidad 1 vez al mes. **Metodología del muestreo:** Para esto randomiza 1 día de la semana. **Criterios de cumplimiento:** La pauta se da por cumplida cuando los 4 criterios evaluados en la pauta de supervisión Manejo de material estéril en las unidades clínicas cumplan. Los Criterios son: El material estéril está almacenado en área seca, alejado de humedad y libre de polvo. El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin. Los envoltorios y las etiquetas están indemnes. El material cesteril se encuentra vigente.
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** Para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019. **Selección de la muestra:** La medición del indicador es mensual. La constatación se realiza en los usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: junio 2018 y febrero 2019. **Registros revisados:** Informe de programa de supervisión. **De la constatación:** Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de junio 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se verifica el cumplimiento de SI o NO en los criterios evaluados en la pauta y si corresponde a lo informado, en los meses de junio 2018 y febrero 2019, para ello se revisa el total de evaluaciones (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016	1	1	100%			
Junio 2016	0	1	0%			
Julio 2016	1	1	100%			
Agosto 2016	1	1	100%			
Septiembre 2016	1	1	100%			
Octubre 2016	1	1	100%			
Noviembre 2016	1	1	100%			
Diciembre 2016	1	1	100%			
Enero 2017	1	1	100%			
Febrero 2017	1	1	100%			
Marzo 2017	1	1	100%			
Abril 2017	1	1	100%			
Mayo 2017	1	1	100%			
Junio 2017	1	1	100%			
Julio 2017	1	1	100%			
Agosto 2017	1	1	100%			
Septeimbre 2017	1	1	100%			
Octubre 2017	1	1	100%			
Noviembre 2017	1	1	100%			

Diciembre	1	1	100%			
Enero 2018	1	1	100%			
Febrero 2018	1	1	100%			
Marzo 2018	1	1	100%			
Abril 2018	1	1	100%			
Mayo 2018	0	1	0%			
Junio 2018	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Julio 2018	1	1	100%			
Agosto 2018	0	1	0%			
Septiembre 2018	0	1	0%			
Octubre 2018	1	1	100%			
Noviembre	0	1	0%			
Diciembre 2018	1	1	100%			
Enero 2019	0	1	0%			
Febrero 2019	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Marzo 2019	1	1	100%			
Abril 2019	1	1	100%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Ped.

Nombre documento	PROGRAMA DE SUPERVISIÓN MANEJO DE MATERIAL ESTÉRIL EN UNIDADES CLÍNICAS DEL HOSPITAL REGIONAL ANTOFAGASTA MANEJO DE MATERIAL ESTÉRIL EN UNIDADES CLÍNICAS
Responsable medición	Enfermera jefe central de esterilización
Fuente primaria	Pauta de supervisión
Fuente secundaria	Informe del indicador
Periodo evaluado	01 de junio 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Cálculo de la muestra:** Se aplica la pauta de supervisión en cada unidad 1 vez al mes. **Metodología del muestreo:** Para esto randomiza 1 día de la semana. **Criterios de cumplimiento:** La pauta se da por cumplida cuando los 4 criterios evaluados en la pauta de supervisión "manejo de material estéril en las unidades clínicas" cumplan. Los Criterios son: El material estéril está almacenado en área seca, alejado de humedad y libre de polvo. El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin. Los envoltorios y las etiquetas están indemnes El material cesteril se encuentra vigente.
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** Para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019. **Selección de la muestra:** La medición del indicador es mensual. La constatación se realiza en los usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: junio 2018 y febrero 2019. **Registros revisados:** Informe de programa de supervisión. **De la constatación:** Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de junio 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se verifica el cumplimiento de SI o NO en los criterios evaluados en la pauta y si corresponde a lo informado, en los meses de junio 2018 y febrero 2019, para ello se revisa el total de evaluaciones (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016	1	1	100%			
Junio 2016	0	1	0%			
Julio 2016	1	1	100%			
Agosto 2016	1	1	100%			
Septiembre 2016	1	1	100%			
Octubre 2016	1	1	100%			
Noviembre 2016	1	1	100%			
Diciembre 2016	1	1	100%			

Enero 2017	1	1	100%			
Febrero 2017	1	1	100%			
Marzo 2017	1	1	100%			
Abril 2017	1	1	100%			
Mayo 2017	1	1	100%			
Junio 2017	1	1	100%			
Julio 2017	1	1	100%			
Agosto 2017	1	1	100%			
Septeimbre 2017	1	1	100%			
Octubre 2017	1	1	100%			
Noviembre 2017	1	1	100%			
Diciembre	1	1	100%			
Enero 2018	1	1	100%			
Febrero 2018	0	1	0%			
Marzo 2018	1	1	100%			
Abril 2018	1	1	100%			
Mayo 2018	1	1	100%			
Junio 2018	**0**	**1**	**0%**	**0**	**1**	**0%**
Julio 2018	1	1	100%			
Agosto 2018	1	1	100%			
Septiembre 2018	1	1	100%			
Octubre 2018	1	1	100%			
Noviembre	1	1	100%			
Diciembre 2018	1	1	100%			
Enero 2019	1	1	100%			
Febrero 2019	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Marzo 2019	1	1	100%			
Abril 2019	1	1	100%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

Obst-Gine	
Nombre documento	ALMACENAMIENO Y MANEJO DE MATERIAL ESTÉRIL EN UNIDADES CLÍNICAS HRA - INDICADOR
Responsable medición	Enfermera Jefe de Central de Esterilización
Fuente primaria	Pauta de supervisión
Fuente secundaria	Informes de programa de supervisión manejo de materiales estériles en unidades clínicas del HRA
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 a 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra:** No aplica **Metodología de muestreo:** Se aplica una pauta de supervisión en cada unidad clínica 1 vez al mes. Para esto se randomiza 1 día a la semana, según calendarización de la Unidad de Esterilización. **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión del procedimiento manejo de material estéril en unidades clínicas, contiene una tabla que incluye el servicio, fecha de evaluación, los criterios de evaluación y porcentaje de cumplimiento. Los criterios de evaluación corresponden a: El material estéril está almacenado en áreas seca, alejado de humedad y libre de polvo. (Criterio 1) El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin (Criterio 2) Los envoltorios y las etiquetas están indemnes (Criterio 3) El material estéril se encuentre vigente. (Criterio 4)
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** Periodo evaluado: Dado a que corresponde un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el mes de junio de 2018 y febrero de 2019. **Registros revisados:** Programa supervisión manejo de materiales estériles en unidades clínicas del Hospital Regional Antofagasta, del periodo retrospectivo evaluado. Pauta de supervisión procedimiento "manejo de material estéril en unidades clínicas" **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) Pauta de supervisión procedimiento "manejo de material estéril en unidades clínicas", contiene 4 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo local. Para que la pauta cumpla debe cumplirse el 100% de los criterios definidos. El informe "Programa supervisión manejo de materiales estériles en unidades clínicas del

	Hospital Regional Antofagasta", indica el cumplimiento del 100% de los criterios evaluados, en la pauta de supervisión aplicada, cuando la unidad o servicio esta en incumplimiento, se indica una observación del incumplimiento. Se solicita a unidad de esterilización las pautas de supervisión aplicadas al servicio, lo anterior dado que el informe "Programa supervisión manejo de materiales estériles en unidades clínicas del Hospital Regional Antofagasta", indica los criterios que fueron evaluados y el responsable de la evaluación. Para efectos de comprensión y registro de cumplimiento del indicador se registra el cumplimiento con un 100% y el incumplimiento con un 0%.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Unidad de Puerperio						
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	1	1	100%			
Julio 2016	1	1	100%			
Agosto 2016	1	1	100%			
Septiembre 2016	1	1	100%			
Octubre 2016	1	1	100%			
Noviembre 2016	1	1	100%			
Diciembre 2016	1	1	100%			
Enero 2017	1	1	100%			
Febrero 2017	1	1	100%			
Marzo 2017	1	1	100%			
Abril 2017	1	1	100%			
Mayo 2017	1	1	100%			
Junio 2017	1	1	100%			
Julio 2017	1	1	100%			
Agosto 2017	0	1	0%			
Septiembre 2017	1	1	100%			
Octubre 2017	1	1	100%			
Noviembre 2017	1	1	100%			
Diciembre 2017	1	1	100%			
Enero 2018	1	1	100%			
Febrero 2018	0	1	0%			
Marzo 2018	0	1	0%			
Abril 2018	1	1	100%			
Mayo 2018	1	1	100%			
Junio 2018	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Julio 2018	1	1	100%			
Agosto 2018	1	1	100%			
Septiembre 2018	1	1	100%			
Octubre 2018	1	1	100%			
Noviembre 2018	1	1	100%			
Diciembre 2018	1	1	100%			
Enero 2019	1	1	100%			
Febrero 2019	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Marzo 2019	1	1	100%			
Abril 2019	1	1	100%			
Mayo 2019	1	1	100%			
Unidad de ARO						
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	1	1	100%			
Julio 2016	1	1	100%			
Agosto 2016	1	1	100%			
Septiembre 2016	1	1	100%			
Octubre 2016	1	1	100%			
Noviembre 2016	1	1	100%			
Diciembre 2016	0	1	0%			
Enero 2017	1	1	100%			
Febrero 2017	1	1	100%			
Marzo 2017	1	1	100%			
Abril 2017	1	1	100%			
Mayo 2017	1	1	100%			
Junio 2017	1	1	100%			
Julio 2017	1	1	100%			
Agosto 2017	1	1	100%			

Septiembre 2017	0	1	0%			
Octubre 2017	0	1	0%			
Noviembre 2017	1	1	100%			
Diciembre 2017	1	1	100%			
Enero 2018	0	1	0%			
Febrero 2018	1	1	100%			
Marzo 2018	1	1	100%			
Abril 2018	1	1	100%			
Mayo 2018	1	1	100%			
Junio 2018	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Julio 2018	1	1	100%			
Agosto 2018	1	1	100%			
Septiembre 2018	1	1	100%			
Octubre 2018	1	1	100%			
Noviembre 2018	1	1	100%			
Diciembre 2018	1	1	100%			
Enero 2019	1	1	100%			
Febrero 2019	**0**	**1**	**0%**	**0**	**1**	**0%**
Marzo 2019	1	1	100%			
Abril 2019	0	1	0%			
Mayo 2019	0	1	0%			
Unidad de Ginecología						
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	1	1	100%			
Julio 2016	1	1	100%			
Agosto 2016	1	1	100%			
Septiembre 2016	1	1	100%			
Octubre 2016	1	1	100%			
Noviembre 2016	1	1	100%			
Diciembre 2016	0	1	0%			
Enero 2017	1	1	100%			
Febrero 2017	0	1	0%			
Marzo 2017	1	1	100%			
Abril 2017	1	1	100%			
Mayo 2017	1	1	100%			
Junio 2017	1	1	100%			
Julio 2017	1	1	100%			
Agosto 2017	1	1	100%			
Septiembre 2017	1	1	100%			
Octubre 2017	1	1	0%			
Noviembre 2017	1	1	100%			
Diciembre 2017	1	1	100%			
Enero 2018	1	1	100%			
Febrero 2018	1	1	100%			
Marzo 2018	0	1	0%			
Abril 2018	1	1	100%			
Mayo 2018	1	1	100%			
Junio 2018	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Julio 2018	1	1	100%			
Agosto 2018	1	1	100%			
Septiembre 2018	1	1	100%			
Octubre 2018	1	1	100%			
Noviembre 2018	1	1	100%			
Diciembre 2018	1	1	100%			
Enero 2019	0	1	0%			
Febrero 2019	**0**	**1**	**0%**	**0**	**1**	**0%**
Marzo 2019	1	1	100%			
Abril 2019	1	1	100%			
Mayo 2019	0	1	0%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

APE 1.4 – Cuarto elemento medible: Se constata en terreno almacenamiento de material estéril de acuerdo a norma local que considera las orientaciones del MINSAL.

Metodología de constatación Central de Esterilización: en compañía de enfermera encargada de calidad y supervisora, se revisa el almacenamiento del material estéril en bodegas de la central de esterilización.
Se utiliza los criterios definidos por el prestador en su documento institucional que considera orientaciones del Minsal:
Muebles lisos, lavables y de bordes redondeados:
Muebles cerrado y virinas a 30 cms del suelo y techo, protegidos del calor y sol.
Contenedores plásticos.
Muebles tipo mecano o estanterías ancladas a piso y pared.
Evitar luz natural directa sobre material limpio, esterilizado y/o desinfectado.
35 o 50% de humedad.
Empaques indemnes, etiquetas con fechas, controles virados.

Constatación:
Muebles lisos, lavables y de bordes redondeados: **si cumple**
Muebles cerrado y virinas a 30 cms del suelo y techo, protegidos del calor y sol: **si cumple.**
Contenedores plásticos: **si cumple**
Muebles tipo mecano o estanterías ancladas a piso y pared: **si cumple**
Evitar luz natural directa sobre material limpio, esterilizado y/o desinfectado: **no cumple**.
35 o 50% de humedad: **no cumple**
Empaques indemnes, etiquetas con fechas, controles virados: **si cumple.**

Por lo anteriormente expuesto no se da por cumplido el elemento medible.

Constata almacenamiento de material estéril

Punto	Describir resultado de la constatación
PQ 1	En compañía de enfermera encargada de calidad y supervisora, se verifica el almacenamiento del material estéril en salas destinadas para ese fin en Pabellón Quirúrgico (dispone de dos salas de almacenamiento de material estéril y una sala para el almacenamiento de ropa estéril). Para la constatación se verifica el cumplimiento de acuerdo a los criterios definidos por el prestador en su documento institucional que considera las orientaciones del Minsal: N° | Criterio | Cumplimiento (SI/NO) 1 | Muebles y estante con revestimientos lisos, lavables y de bordes redondeados. | SI 2 | Uso de muebles cerrados según disponibilidad y vitrinas a 30 cms del suelo y techo, protegidos del calor y sol. | SI 3 | Uso de contenedores plásticos, para almacenamiento de material estéril. | SI 4 | Muebles tipo mecano o estanterías ancladas a piso y pared. | SI 5 | Material limpio, esterilizado y/o desinfectado libre de luz natural directa | SI 6 | Temperatura ambiental entre 18° C y 20° C, Humedad entre 35 o 50% | NO 7 | Empaques indemnes, etiquetas con fechas, controles virados. | SI 8 | Material estéril debe ser guardado en sitio exclusivo | SI El criterio en incumplimiento es la mantención de la humedad en los rangos predefinidos, al momento de la visita en terreno. No cumple el elemento medible en Pabellón Central.
PQ 2	En compañía de la enfermera de calidad de PQ de CMA, se constata el cumplimiento de los siguientes criterios según procedimiento y orientaciones MINSAL: **Criterios y cumplimiento** Muebles tipo mecano o estantes deben estar anclados a piso o pared. **Cumple** **Luz:** Idealmente luz natural, en su defecto luz artificial suficiente. **Cumple** Evitar la luz natural directa sobre el material limpio, esterilizado y/o desinfectado. **Cumple** Se da por cumplido el elemento medible.
PQ 3	En compañía de la enfermera clínica PQ Cardiovascular, se constata el cumplimiento de los siguientes criterios según procedimiento y orientaciones MINSAL: **Criterios y cumplimiento** **Muebles y estantes:** Muebles tipo mecano o estantes deben estar anclados a piso o pared. **Cumple** **Luz:** Idealmente luz natural, en su defecto luz artificial suficiente. **Cumple** Evitar la luz natural directa sobre el material limpio, esterilizado y/o desinfectado. **Cumple** Se da por cumplido el elemento medible.
MQ 1	Se realiza inspección visual de sala destinada para el almacenamiento del material estéril. Para la constatación del correcto almacenamiento del material estéril, se utilizan como criterios de cumplimientos los mismos evaluados en pauta de cotejo contenida en procedimiento local y que se encuentra conforme a

	normativa vigente: El material estéril está almacenado en áreas seca, alejado de humedad y libre de polvo. El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin. Los envoltorios y las etiquetas están indemnes. El material estéril se encuentre vigente. Se constata cumplimiento de los cuatro criterios utilizados en la pauta de cotejo definida para la medición. Se da por cumplido el elemento medible.
MQ 2	Se realiza inspección visual de sala destinada para el almacenamiento del material estéril. Para la constatación del correcto almacenamiento del material estéril, se utilizan como criterios de cumplimientos los mismos evaluados en pauta de cotejo contenida en procedimiento local y que se encuentra conforme a normativa vigente: El material estéril está almacenado en áreas seca, alejado de humedad y libre de polvo. El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin. Los envoltorios y las etiquetas están indemnes. El material estéril se encuentre vigente. Se constata cumplimiento de los cuatro criterios utilizados en la pauta de cotejo definida para la medición. Se da por cumplido el elemento medible.
MQ 3	Se realiza inspección visual de sala destinada para el almacenamiento del material estéril. Para la constatación del correcto almacenamiento del material estéril, se utilizan como criterios de cumplimientos los mismos evaluados en pauta de cotejo contenida en procedimiento local y que se encuentra conforme a normativa vigente: El material estéril está almacenado en áreas seca, alejado de humedad y libre de polvo. El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin. Los envoltorios y las etiquetas están indemnes. El material estéril se encuentre vigente. Se constata cumplimiento de los cuatro criterios utilizados en la pauta de cotejo definida para la medición. Se da por cumplido el elemento medible.
MQ 4	Se realiza inspección visual de sala destinada para el almacenamiento del material estéril. Para la constatación del correcto almacenamiento del material estéril, se utilizan como criterios de cumplimientos los mismos evaluados en pauta de cotejo contenida en procedimiento local y que se encuentra conforme a normativa vigente: El material estéril está almacenado en áreas seca, alejado de humedad y libre de polvo. El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin. Los envoltorios y las etiquetas están indemnes. El material estéril se encuentre vigente. Se constata cumplimiento de los cuatro criterios utilizados en la pauta de cotejo definida para la medición. Se da por cumplido el elemento medible.
MQ 5	En compañía de la enfermera jefe, se constata el cumplimiento de los siguientes criterios según procedimiento y orientaciones MINSAL: **Criterios y cumplimiento** **Muebles y estantes:** Revestimientos lisos, lavables y de bordes redondeados. **No cumple,** los bordes de los muebles no son redondeados. Ideal mueble cerrado y vitrina a 30 cms, del suelo y techo, protegidos del calor y sol. **Cumple** Muebles tipo mecano o estantes deben estar anclados a piso o pared. **Cumple** **Luz:** Idealmente luz natural, en su defecto luz artificial suficiente. **Cumple** Evitar la luz natural directa sobre el material limpio, esterilizado y/o desinfectado. **Cumple** **Temperatura:** 18° C a 20° C y Humedad 35% a 50%. **Cumple** con la medición de la humedad. Se da por cumplido el elemento medible.
MQ 6	En compañía de la enfermera jefe, se constata el cumplimiento de los siguientes criterios según procedimiento y orientaciones MINSAL: **Criterios y cumplimiento** **Muebles y estantes:** Revestimientos lisos, lavables y de bordes redondeados. **No cumple,** los bordes de los muebles no son redondeados. Ideal mueble cerrado y vitrina a 30 cms, del suelo y techo, protegidos del calor y sol. **Cumple** Muebles tipo mecano o estantes deben estar anclados a piso o pared. **Cumple** **Luz:** Idealmente luz natural, en su defecto luz artificial suficiente. **Cumple** Evitar la luz natural directa sobre el material limpio, esterilizado y/o desinfectado. **Cumple** **Temperatura:** 18° C a 20° C y Humedad 35% a 50%. **No Cumple** con la medición de la humedad. No se da por cumplido el elemento medible.
Cirugía Infantil	Se realiza inspección visual, en el PV Cirugía Infantil, del lugar donde se realiza el almacenamiento del material estéril. Para la constatación del correcto almacenamiento del material estéril, se utilizan como criterios de cumplimientos

<table>
<tr><td></td><td>los mismos evaluados en pauta de cotejo contenida en procedimiento local y que se encuentra conforme a normativa vigente:
El material estéril está almacenado en áreas seca, alejado de humedad y libre de polvo.
El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin.
Los envoltorios y las etiquetas están indemnes.
El material estéril se encuentre vigente.
Se constata cumplimiento de los cuatro criterios utilizados en la pauta de cotejo definida para la medición.

Se da por cumplido el elemento medible.</td></tr>
<tr><td>UPC Ad 1</td><td>En compañía de enfermera encargada de calidad y supervisora, se verifica el almacenamiento del material estéril en salas destinadas para ese fin en el servicio de UCI adulto, donde se almacena el material estéril en clínica de enfermería.
Para la constatación se verifica el cumplimiento de acuerdo a los criterios definidos por el prestador en su documento institucional que considera las orientaciones del Minsal:

<table>
<tr><th>N°</th><th>Criterio</th><th>Cumplimiento (SI/NO)</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Muebles y estante con revestimientos lisos, lavables y de bordes redondeados.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Uso de muebles cerrados según disponibilidad y vitrinas a 30 cms del suelo y techo, protegidos del calor y sol.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Uso de contenedores plásticos, para almacenamiento de material estéril.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Muebles tipo mecano o estanterías ancladas a piso y pared.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Material limpio, esterilizado y/o desinfectado libre de luz natural directa</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Temperatura ambiental entre 18° C y 20° C, Humedad entre 35 o 50%</td><td>NO</td></tr>
<tr><td>7</td><td>Empaques indemnes, etiquetas con fechas, controles virados.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>8</td><td>Material estéril debe ser guardado en sitio exclusivo</td><td>SI</td></tr>
</table>

El criterio en incumplimiento es el criterio 8, lo anterior es que en el área limpia (clínica de enfermería) no se realiza control de temperatura y humedad ambiental.
No se constata existencia de un termómetro de control de temperatura ambiental.

No cumple el elemento medible en UCI Adulto.</td></tr>
<tr><td>UPC Ad 2</td><td>En compañía de la enfermera jefe, se constata el cumplimiento de los siguientes criterios según procedimiento y orientaciones MINSAL:
Criterios y cumplimiento
Muebles y estantes:
Revestimientos lisos, lavables y de bordes redondeados. No cumple, los bordes de los muebles no son redondeados.
Ideal mueble cerrado y vitrina a 30 cms, del suelo y techo, protegidos del calor y sol. Cumple
Muebles tipo mecano o estantes deben estar anclados a piso o pared. Cumple
Luz:
Idealmente luz natural, en su defecto luz artificial suficiente. Cumple
Evitar la luz natural directa sobre el material limpio, esterilizado y/o desinfectado. Cumple
Temperatura: 18° C a 20° C y Humedad 35% a 50%. Cumple

Se da por cumplido el elemento medible.</td></tr>
<tr><td>UPC Ad 3</td><td>En compañía de enfermera encargada de calidad y supervisora, se verifica el almacenamiento del material estéril en salas destinadas para ese fin en el servicio de UCI coronaria, donde se almacena el material estéril en clínica de enfermería.
Para la constatación se verifica el cumplimiento de acuerdo a los criterios definidos por el prestador en su documento institucional que considera las orientaciones del Minsal:

<table>
<tr><th>N°</th><th>Criterio</th><th>Cumplimiento (SI/NO)</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Muebles y estante con revestimientos lisos, lavables y de bordes redondeados.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Uso de muebles cerrados según disponibilidad y vitrinas a 30 cms del suelo y techo, protegidos del calor y sol.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Uso de contenedores plásticos, para almacenamiento de material estéril.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Muebles tipo mecano o estanterías ancladas a piso y pared.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Material limpio, esterilizado y/o desinfectado libre de luz natural directa</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Temperatura ambiental entre 18° C y 20° C, Humedad entre 35 o 50%</td><td>NO</td></tr>
<tr><td>7</td><td>Empaques indemnes, etiquetas con fechas, controles virados.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>8</td><td>Material estéril debe ser guardado en sitio exclusivo</td><td>SI</td></tr>
</table>

El criterio en incumplimiento es el criterio 6, lo anterior es que en el área limpia (clínica de enfermería) no se realiza control de temperatura y humedad ambiental.</td></tr>
</table>

	No se constata existencia de un termómetro de control de temperatura ambiental. No se da por cumplido el elemento medible en UCI Coronaria.
UPC Neo	Se realiza inspección visual, en el Servicio de UPC Neo, del lugar donde se realiza el almacenamiento del material estéril. Para la constatación del correcto almacenamiento del material estéril, se utilizan como criterios de cumplimientos los mismos evaluados en pauta de cotejo contenida en procedimiento local y que se encuentra conforme a normativa vigente: El material estéril está almacenado en áreas seca, alejado de humedad y libre de polvo. El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin. Los envoltorios y las etiquetas están indemnes. El material estéril se encuentre vigente. Se constata cumplimiento de los cuatro criterios utilizados en la pauta de cotejo definida para la medición. Se da por cumplido el elemento medible.
UPC Ped	Se realiza inspección visual, en el Servicio de UPC pediátrica, del lugar donde se realiza el almacenamiento del material estéril. Para la constatación del correcto almacenamiento del material estéril, se utilizan como criterios de cumplimientos los mismos evaluados en pauta de cotejo contenida en procedimiento local y que se encuentra conforme a normativa vigente: El material estéril está almacenado en áreas seca, alejado de humedad y libre de polvo. El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin. Los envoltorios y las etiquetas están indemnes. El material estéril se encuentre vigente. Se constata cumplimiento de los cuatro criterios utilizados en la pauta de cotejo definida para la medición. Se da por cumplido el elemento medible.
Obst-gine	Se realiza inspección visual de sala de procedimientos del Servicio de Gineco-obstetricia, lugar donde se realiza el almacenamiento del material estéril. Para la constatación del correcto almacenamiento del material estéril, se utilizan como criterios de cumplimientos los mismos evaluados en pauta de cotejo contenida en procedimiento local y que se encuentra conforme a normativa vigente: El material estéril está almacenado en áreas seca, alejado de humedad y libre de polvo. El material estéril está guardado en sitio exclusivo para ese fin. Los envoltorios y las etiquetas están indemnes. El material estéril se encuentre vigente. Se constata cumplimiento de los cuatro criterios utilizados en la pauta de cotejo definida para la medición. Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APE 1.4 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Esterilización	PQ	Cirugía	UPC Ad	UPC Neo	UPC Ped	Obst-gine
Primer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1
Segundo elemento medible	1	1	1	1	1	1	1
Tercer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1
Cuarto elemento medible	0	0	0	0	1	1	1
Umbral de la característica: ≥75%	Puntaje total: 24/28		Porcentaje obtenido: 86%			**Cumple: SI**	

CARACTERÍSTICA APE 1.5 / HALLAZGOS

APE 1.5 – Primer elemento medible: Se describe en un documento elaborado por el Servicio de Esterilización** el procedimiento de desinfección de alto nivel.

Servicio de Esterilización (o Comité de IIH en caso de Servicio de Esterilización externalizado)				
Nombre del documento: PROCEDIMIENTO DESINFECCION DE ALTO NVEL (DAN)				
N° Resolución: no consigna.	Versión: 3	Fecha: Diciembre 2018	Fecha vigencia: Diciembre 2023	N° páginas: 23
Elaborado por: Irene Castillo, Enfermera de Esterilización		Aprobado por: Carmen Schweitzer, Sub Director Médico Hospital Regional de Antofagasta		
Describe explícitamente (SI/NO)	Procedimiento de desinfección de alto nivel: SI			
Breve descripción del contenido del documento: El documento tenido a la vista destaca los siguientes elementos: En página 2, alcance y responsables: Enfermera de la central de esterilización: supervisión y capacitación del cumplimiento del procedimiento de desinfección de alto nivel. Técnico paramédico y/o auxiliar de la central de esterilización: Es responsable de realizar el procedimiento de desinfección de alto nivel. En página 4, ítem 7 se describe el proceso, algunos puntos se detallan a continuación: En ítem 7.1 se establecen aspectos generales: Los procedimientos de desinfección de alto nivel (DAN) a equipos, son los procedimientos que se realizan a los equipos que son termo sensibles y que entran a través de cavidades naturales de los pacientes. Los agentes desinfectantes apropiados para la desinfección de alto nivel deben cumplir varias características: amplio espectro,				

estabilidad frente a materia orgánica, compatibilidad con el material de los equipos, medir su actividad o concentración por medio de indicadores químicos.
En ítem 7.2 se establecen consideraciones para realizar la desinfección de alto nivel, algunos puntos son:
El material que será sometido a desinfección de alto nivel debe estar totalmente libre de materia orgánica, porque esta interfiere en el proceso de desinfección. Se recomienda la utilización de detergentes de tipos enzimáticos o neutros y sumergir el endoscopio inmediatamente después de ser utilizado. Enjuagar y secar prolijamente para evitar dilución del desinfectante y alterar su concentración.
Los agentes químicos utilizados deben responder a los aprobados por la Norma del Ministerio de Salud y del Instituto de Salud Pública Chileno.
Se deben utilizar controles químicos que midan la concentración del desinfectante de acuerdo con el procedimiento y según recomendación del fabricante.
En ítem 7.3 se establece el procedimiento de lavado manual y la preparación de Orthoftaldehído, mencionando la definición, equipos a utilizar y el responsable que corresponde al técnico paramédico de esterilización, se menciona algunos puntos del procedimiento:
Reúna el equipo necesario.
Vístase con mecanismos de barrera para protección personal.
Verter la solución de Orthoftalaldehido (Opa) en los contenedores,
Rotule el contenedor con: fecha de elaboración, fecha de vencimiento y nombre del preparador.
Realice medición de la solución activada para referencia inicial según procedimiento con tira reactiva o kit de análisis.
Registre el resultado del control diario de la tira reactiva.

En ítem 7.4 se establece la preparación del detergente enzimático.
En ítem 7.5 se consigna la monitorización del Orthoftalaldehido (Opa), estableciendo la definición, materiales y responsable que corresponde al técnico paramédico de esterilización, se menciona algunos puntos:
Realice el procedimiento de monitorización del Orthoftalaldehido (OPA), al iniciar la jornada de trabajo.
Tome la tira reactiva por el extremo distal (sin reactivo).
Sumerja la tira por el área con reactivo de la solución Orthoftalaldehido (OPA).
Espere como mínimo 1 segundo y retírela.
Remover el exceso de solución de la tira, tocando los extremos y lados en una hoja de toalla de papel desechable limpia.
Debe realizar la lectura después de 90 segundos, indicado por el fabricante.
Comparar el resultado con la escala del indicador, en el frasco contenedor de las tiras reactivas.
En ítem 7.6, se establece el lavado manual de endoscopio, mencionando la definición, equipos y responsables que corresponde al técnico paramédico de esterilización, se menciona algunos pasos:
Una vez terminado el procedimiento Medico:
Apriete la válvula de aire / agua para expulsar la materia orgánica del endoscopio al mismo tiempo que debe aspirar agua.
Limpie la superficie externa del endoscopio con una compresa limpia con alcohol al 70%.
Aspire detergente enzimático desde un pocillo, hasta que la solución salga aparentemente limpia.
Desconecte el equipo de la torre de trabajo para evitar riesgo eléctrico grave, poner la tapa hermética de seguridad y lave el endoscopio.
Del ítem 7.7 al 7.9, se establece la limpieza, lavado y enjuague del endoscopio.

En ítem 7.10 se establece la desinfección de alto nivel, estableciendo la definición, materiales y responsable que corresponde al técnico paramédico de esterilización, se menciona algunos puntos:
Lavado de manos clínico
Colóquese los elementos de protección personal obligatorios: delantal impermeable, guantes, lentes y/o antiparras, delantal protector.
En los endoscopios especiales, tape los ductos por los cuales no debe ingresar líquidos.
Sumerja el endoscopio en el contenedor con OPA 0,55%.
Irrigue los canales con jeringa de 20 cc. con pivot angosto y oclúyalos.
Deje sumergido durante 10 minutos el endoscopio, controle el tiempo con reloj y alarma.
En ítem 7.15 se establece el procedimiento de desinfección de alto nivel automatizado, con la definición, equipos y responsables, se mencionan algunos puntos:
Realizar prelavado de material endoscópico (según lo estipulado en el procedimiento de lavado de Endoscopios
Abrir la tapa de la lavadora en forma manual, introducir el equipo en la lavadora de manera cuidadosa, evitando golpear el equipo. Realizar las conexiones respectivas. Cerrar la tapa. Verificar que la perilla se encuentre en proceso de lavado y desinfección. Apretar el botón de inicio,
Esperar los cinco procesos de la lavadora: Lavado, detergente, lavado, desinfección, enjuague (alcohol), secado con aire (Proceso completo en 20 minutos).
Una vez terminado el proceso, observar que aparezca en el monitor (led rojo) intermitente.
Una vez visualizada las luces de término del proceso en el panel de lavadora, abrir la tapa de la lavadora, desconectar el equipo, esperar que escurra el mínimo de agua residual, colocar el equipo en la mesa para su secado externo de manera manual con técnica aséptica.

En ítem 7.14 se establece almacenamiento y vencimiento del proceso:
Guardar el instrumento absolutamente seco en una funda de género o plástico estéril.
Guardar en vitrina en posición vertical en un sitio, seco, ventilado y fresco.
Consignar la fecha vencimiento de 7 días de proceso, (Según recomendaciones de nueva Norma MINSAL, Técnicas sobre Esterilización y Desinfección de alto Nivel y uso de Artículos médicos estériles en establecimientos de Salud, marzo 2018) en cinta Masking tape, en la funda del endoscopio.

Observaciones:
Se tiene versiones anteriores del documento:

Procedimiento de desinfección de alto nivel, versión 2, de noviembre 2016, elaborado por Irene Castillo Ravello, enfermera supervisora central de esterilización, aprobado Cristián Quispe, sub director administrativo.
Procedimiento de desinfección de alto nivel, versión 1, de noviembre 2013, elaborado por Irene Castillo Ravello, enfermera supervisora central de esterilización, aprobado Paola Rojas, jefe de centro de responsabilidad.
Por lo anterior, se cumple el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación

Por lo anterior, se da por cumplido el elemento medible.

APE 1.5 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Esterilización* (Sala de DAN)	
Nombre del indicador	Porcentaje de controles de test de efectividad de OPA aprobados según procedimiento
Fórmula matemática	N° de controles de test de efectividad del OPA aprobados según procedimiento / N° total de controles de test de efectividad del OPA realizados en un período X 100
Umbral de cumplimiento: 100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual.

APE 1.5 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Esterilización* (Sala de DAN)	
Nombre documento	Informe de evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Enfermeras de central de esterilización.
Fuente primaria	Libro de registro de test OPA
Fuente secundaria	Informe de evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de junio 2016 al 31 de mayo 2019.
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra**: No aplica, se evalúan todos los controles de test de efectividad realizado a los contenedores de OPA en lavadoras. **Metodología de muestreo**: Para la evaluación mensualmente se evalúa las cintas reactivas de efectividad de OPA que se realiza todos los días hábiles al inicio de la jornada por el técnico paramédico de central de esterilización que ejecuta funciones en la unidad de endoscopia. **Criterios de cumplimiento:** EL prestador no cuenta con pauta de supervisión, los datos se obtienen directamente del libro de registro de test OPA, el cual contiene las tiras reactivas del test adheridas, se espera que se encuentren de color verde limón.
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de junio de 2016 al 30 de mayo de 2019. **Selección de la muestra**: La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 meses, correspondiendo a mayo 2018 y diciembre 2018. **Registros revisados:** Informe evaluación periódica del indicador. Libro de registro de test OPA. **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) Informe evaluación periódica del indicador, contiene los resultados de las mediciones del indicador. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (36 meses), con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se verifica que el cumplimiento reportado por el prestador y la cantidad de test observados cumplen con lo informado, en el mes de mayo 2018 y diciembre 2018. Se verifica la totalidad de los test de los meses a constatar, verificando en todos de ellos el color virado a verde limón.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	63	63	100%			
Julio 2016	63	63	100%			
Agosto 2016	66	66	100%			
Septiembre 2016	60	60	100%			
Octubre 2016	57	57	100%			
Noviembre 2016	64	64	100%			
Diciembre 2016	53	53	100%			
Enero 2017	66	66	100%			
Febrero 2017	59	59	100%			
Marzo 2017	69	69	100%			
Abril 2017	54	54	100%			
Mayo 2017	66	66	100%			
Junio 2017	63	63	100%			
Julio 2017	63	63	100%			
Agosto 2017	66	66	100%			
Septiembre 2017	57	57	100%			
Octubre 2017	60	60	100%			
Noviembre 2017	63	63	100%			
Diciembre 2017	53	53	100%			

Enero 2018	77	77	100%			
Febrero 2018	77	77	100%			
Marzo 2018	84	84	100%			
Abril 2018	84	84	100%			
Mayo 2018	**84**	**84**	**100%**	**84**	**84**	**100%**
Junio 2018	84	84	100%			
Julio 2018	80	80	100%			
Agosto 2018	92	92	100%			
Septiembre 2018	68	68	100%			
Octubre 2018	88	88	100%			
Noviembre 2018	80	80	100%			
Diciembre 2018	**69**	**69**	**100%**	**69**	**69**	**100%**
Enero 2019	79	79	100%			
Febrero 2019	76	76	100%			
Marzo 2019	84	84	100%			
Abril 2019	80	80	100%			
Mayo 2019						

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Por lo anterior, se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APE 1.5 / FUNDAMENTOS

Servicio de Esterilización (0-1-NA)	Servicio de Esterilización	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM:1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

SERVICIOS DE APOYO – UNIDAD DE TRANSPORTE DE PACIENTES O SERVICIO DE MOVILIZACIÓN (APT)

CARACTERÍSTICA APT 1.1 / HALLAZGOS

APT 1.1 – Elemento medible: Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia					
Prestador al que compra	N° Autorización Sanitaria (A.S.)	Fecha A.S.	SEREMI/SSDS	Copia fiel original documento (Si/No)	N° Registro Rereacreditación
Emergency Medical Service Limitada	3211	19/08/2016	Seremi Salud Antofagasta	SI	NA
Emergency Medical Service Limitada	0017	05/01/2018	Seremi Salud Antofagasta	SI	NA

CARACTERÍSTICA APT 1.1 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA APT 1.2 / HALLAZGOS

APT 1.2– Primer elemento medible: Se describe en documento(s) de carácter institucional.

Unidad de Transporte de Pacientes					
Nombre del documento: CONDICIONES MÍNIMAS DE SEGURIDAD PARA EL TRASLADO DE PACIENTES					
N° Resolución: 36	Versión: 00		Fecha: Mayo 2018		
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: Abril 2023		N° páginas: 16		
Elaborado por: Patricio Aguilera		Aprobado por: Ricardo Salzar Cabrera, Director Hospital Regional Antofagasta			
El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO)					
1. Tipos de móvil, su equipamiento y personal	SI	2. Procedimientos relacionados con la fijación y disposición del paciente y acompañantes en el móvil	SI	3. Procedimiento de entrega de pacientes al centro receptor y límites de responsabilidad establecidos	SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento de carácter institucional que describe
En página 2, ítem 1 describe el objetivo general: Garantizar el traslado seguro y oportuno de pacientes adultos y pediátricos, sin complejidad clínica.
En página 3, ítem 3, responsables:
Jefe Departamento Apoyo a la Gestión Asistencial: supervisar al jefe y al personal de la Unidad de Movilización del HRA.
Jefe Unidad de Movilización del HRA: responsabilidad técnica y administrativa sobre los vehículos y el personal.
Médico tratante: autorizar e indicar traslado de pacientes.
Enfermeras, Matronas y Coordinadora de Traslados: gestionar y coordinar los traslados.
Chofer y auxiliares: trasladar a los pacientes.

En página 5, ítem 7 contempla la descripción del proceso:
Cobertura de los móviles: horario de cobertura es de lunes a viernes de 08 a 20 horas y sábado de 08 a 18 horas.
Criterios del traslado: solo se realizarán traslados de pacientes sin complejidad clínica y en los siguientes casos:
Pacientes hospitalizados que deban realizarse exámenes o procedimientos fuera del recinto hospitalario.
Pacientes postrados o con secuela funcional severa que deban trasladarse desde el recinto hospitalario o desde sus domicilios.
Pacientes no postrados, pero con secuela funcional.
Pacientes dados de alta.
Pacientes de operativos quirúrgicos.
No se realizan traslados de pacientes fuera de la ciudad o al Aeropuerto.
Procedimiento general de traslado:
Médico: autorizar el traslado.
Enfermera/Matrona: gestionar el traslado junto con Coordinadora de Traslados y entregar datos de control hemodinámico de pacientes trasladados al extra sistema.
Chofer y camilleros: realizan traslado de paciente.
Tiempos de traslado: se deben valorar los tiempos de traslado y planificar los traslados.
Procedimientos relacionados con la fijación y disposición del paciente y acompañante en el móvil: chofer y/o Auxiliar deben asegurar enganche y fijación de la camilla a ambulancia, así como también de cuna o incubadora. Todo acompañante de pacientes debe ir en compartimiento sanitario de la ambulancia con cinturón de seguridad.
Horario inhábil: de lunes a jueves después de las 17:00 horas hasta las 07:59. Viernes de las 16:00 hasta las 07:59 horas. Además de sábado, domingo y festivos. SAMU realizará los traslados no cubiertos por la unidad de Movilización.

Observaciones:
Se tiene a la vista versión anterior del documento Nº 00 con fecha de emisión de Febrero 2014. Elaborado por Patricio Aguilera, Jefe de Unidad de Movilización y aprobado por el Dr. Juan Pablo Mattatall, Director Hospital Regional Antofagasta. Este documento tiene el mismo código que la versión vigente debido al cambio en la modalidad de administración del prestador en base al sistema de concesiones.

Por lo anteriormente descrito se da por cumplido el elemento medible.

APT 1.2 – Segundo elemento medible: Se constata de acuerdo a complejidad del móvil.

Metodología de constatación:
Período retrospectivo a evaluar: dado que corresponde a un proceso de reacreditación el período de retrospectividad es de 36 meses, correspondiendo al 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.
Selección de la muestra: no aplica muestreo. Se revisan ambas unidades móviles de traslado de pacientes del prestador Hospital Regional Antofagasta.
Registros revisados: Documentación del vehículo.
De la constatación:
Se constata operatividad de los sistemas de fijación y disposición del paciente en el móvil.
Presencia de elementos de protección personal: guantes, pecheras, mascarillas.
Presencia de ropa limpia: frazadas y almohadas.
Presencia de antisépticos: alcohol 70% y alcohol gel.

N°	Modelo/Marca	Año	Tipo Móvil	Patente	Fecha Revisión Técnica	Vigencia Revisión Técnica
1	Mercedes Benz / Sprinter	2012	Ambulancia	DPJX-76	24-09-2018	30-09-2019

Cumple (SI/NO)	a). Sistema de fijación y disposición del paciente en el móvil	SI	b). Condición de operación de equipamiento de soporte	SI	c). Revisión técnica vigente	SI

Descripción de los hallazgos:
Móvil de transporte de pacientes se encuentra operativo y lo constatado cumple lo solicitado en el elemento medible.

N°	Modelo/Marca	Año	Tipo Móvil	Patente	Fecha Revisión Técnica	Vigencia Revisión Técnica
2	Mercedes Benz / Sprinter	2012	Ambulancia	DPJX-72	18-02-2018	18-09-2019

Cumple (SI/NO)	a). Sistema de fijación y disposición del paciente en el móvil	SI	b). Condición de operación de equipamiento de soporte	SI	c). Revisión técnica vigente	SI

Descripción de los hallazgos:
Móvil de transporte de pacientes se encuentra operativo y lo constatado cumple lo solicitado en el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APT 1.2 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Unidad de Transporte de Pacientes	1° EM: 1	2° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

SERVICIOS DE APOYO – UNIDAD DE DIÁLISIS (APD)

CARACTERÍSTICA APD 1.1 / HALLAZGOS

APD 1.1 – Primer elemento medible: Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia					
Prestador al que compra	N° Autorización Sanitaria (A.S.)	Fecha A.S.	SEREMI/SSDS	Copia fiel original documento (Si/No)	N° Registro Reacreditación

Hospital Tocopilla	NA	NA	NA	NA	341
Hospital Taltal	NA	NA	NA	NA	338
Centro Diálisis Renacer Calama	NA	NA	NA	NA	523
Diálisis Nordial	NA	NA	NA	NA	447
Centro de Diálisis EHRLICH	NA	NA	NA	NA	417
Tecdial Limitada	76	8/01/2019	Seremi Salud Antofagasta	NO	NA
Centro Diálisis Calama	NA	NA	NA	NA	271
Diálisis Clínica Antofagasta	5206	19/10/2018	Seremi Salud Antofagasta	NO	NA

CARACTERÍSTICA APD 1.1 / FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA APD 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

APD 1.2– Primer elemento medible: Se describe en documentos elaborados por la Unidad de Diálisis.

Unidad de Diálisis				
Nombre del documento (1): PROCEDIMIENTO: "CONEXIÓN Y DESCONEXIÓN DE PACIENTE A MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS"				
Código: PO- APD-11	Versión: 01	Fecha: Noviembre 2018	Fecha vigencia: Noviembre 2023	N° páginas: 17
Elaborado por: Ana Bacarrezza, Enfermera Supervisora de Unidad de Diálisis.		Aprobado por: Dr. Julio Caamaño, Jefe Técnico Unidad de Diálisis HRA.		
El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO)				
1. Procedimiento de hemodiálisis	SI	2. Procedimiento de peritoneodiálisis	NA	
3. Sistema estandarizado de registros de los procedimientos de hemodiálisis	NO	4. Se han definido los responsables de su aplicación	SI	

Breve descripción del contenido del documento:Se tiene a la vista documento elaborado por unidad de diálisis, donde destaca lo siguiente
Página 2:
Alcance: Este procedimiento aplica a todos los enfermeros especializados en diálisis que deban conectar y desconectar a pacientes con enfermedad renal aguda y/o crónica con indicación de hemodiálisis.
Responsabilidad:
Médico de sala es responsable de indicación de diálisis y evaluación del paciente.
Enfermera supervisora es responsable de capacitar, supervisar, y evaluar el procedimiento.
Enfermera clínica es responsable de evaluar al paciente, programar parámetros de diálisis, ejecutar el procedimiento bajo normas establecidas, monitorear el procedimiento y manejar las complicaciones.
Técnico paramédico es responsable de preparar máquinas, filtros y líneas a usar en la conexión. Controlar peso, presión arterial, pulso pre, durante y post diálisis. Colaborar en conexión y desconexión dl paciente.
Página 6. **Descripción del proceso:**
Conexión de paciente con FAV: describe el procedimiento en 23 pasos, entre los que destacan:
Asepsia de la zona a puncionar con alcohol al 70%.
Punción arterial a tres traveses de dedos de la anastomosis, en ángulo de 45 grados.
Punción venosa en dirección proximal y administrar solución de heparina por trócar venoso.
Aseptizar con alcohol al 70% extremo de línea arterial y conectar a trócar arterial, encender bomba.
Línea venosa con clamp de oclusión abierto hacia recipiente limpio para eliminar solución salina.
Aseptizar extremo de línea venosa y conectar a trócar de retorno al paciente.
Abrir clamps y encender bomba.
Conexión de paciente con catéter central doble lúmen: describe el procedimiento en 19 pasos, entre los que destacan:
Uso de técnica aséptica (guantes, mascarilla para paciente y enfermera, uso de campo estéril).
Sacar las tapas de ambas ramas y aseptizar con alcohol al 70%.
Aspirar 3 cc. por cada rama.
Administrar heparina por la rama venosa.
Aseptizar extremo de línea arterial y conectar a rama arterial del catéter.
Iniciar diálisis con línea venosa abierta hacia un recipiente hasta eliminar la solución salina.
Aseptizar extremo de línea venosa y conectar a rama correspondiente.
Abrir clamps y encender bombas.
Desconexión del paciente con Fístula o prótesis arterio-venosa: describe el procedimiento en 17 pasos, entre los que destacan:
Abrir clamp de línea arterial para que pase suero fisiológico.
Apagar bomba y cerrar clamp de línea y aguja venosa.
Despinzar línea arterial y devolver sangre hacia la fístula.
Desconectar líneas arterial y venosa de las agujas.
Retirar agujas.
Eliminar trócares en contenedor para cortopunzantes.
Desconexión del paciente con catéter central doble lúmen: describe el procedimiento en 16 pasos, entre ellos se encuentran:
Abrir clamp de línea arterial para el paso de soluciones y pinzar línea arterial previo a la bomba.
Dejar pasar suero fisiológico.
Apagar bomba, cerrar clamp de línea venosa y despinzar línea arterial para devolver sangre por gravedad.
Cuando haya aclarado, pinzar línea y rama arterial.
Desconectar línea arterial y venosa de las ramas del catéter.

Aseptizar con alcohol al 70% ambas ramas del catéter.
Administrar heparina por cada rama y sellar con tapones.
Proteger ambas ramas con gasa estéril y fijar con tela adhesiva.

Observaciones:
Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Cuidados de enfermería durante la hemodiálisis", versión 0, fecha de emisión Abril del año 2015, elaborado por Ana Bacarrezza, Enfermera supervisora de unidad de diálisis y aprobado por Dra. Tania Troya, médico de unidad de diálisis.
Se cumple con el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de reacreditación.

Nombre del documento (2): PROCEDIMIENTO: "CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE LA HEMODIÁLISIS"				
Código: PO-APD-08	Versión: 02	Fecha: Noviembre 2018	Fecha vigencia: Noviembre 2024	N° páginas: 10
Elaborado por: Ana Bacarrezza, Enfermera supervisora de unidad de diálisis.		Aprobado por: Dr. Julio Caamaño, médico director técnico unidad de diálisis.		

El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO)

1. Procedimiento de hemodiálisis	SI	2. Procedimiento de peritoneodiálisis	NA
3. Sistema estandarizado de registros de los procedimientos de hemodiálisis	NO	4. Se han definido los responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad de diálisis, donde destaca lo siguiente
Página 2,
Alcance: Todo el equipo de enfermería que trabaje en la unidad de diálisis del hospital Regional de Antofagasta.
Responsabilidad:
Enfermera supervisora: Supervisar el proceso de cuidados de enfermería; educar al paciente y familia y evaluar.
Enfermera clínica: Ejecutar proceso de atención; evaluar, educar y orientar al paciente durante el proceso de hemodiálisis; manejar complicaciones, informar y educar a la familia; informar al médico reacciones adversas que requieran su intervención y registrar documentos establecidos.
Técnico paramédico: Asistir en la alimentación; monitorear signos vitales y atención de las necesidades de eliminación.
Auxiliar de servicio: Apoyar en el traslado y movilización del paciente incapacitado.

Página 4. **Descripción del proceso** en 11 pasos, destaca entre ellos:
Evaluación del paciente previo al procedimiento.
Realizar etapas propias del procedimiento según protocolos establecidos en la unidad, tales como norma de ingreso a la unidad; registros de hemodiálisis; reutilización de capilares y desinfección de monitores entre otros.
Observación contínua del paciente, monitoreo de signos vitales y parámetros del monitor de diálisis.
Manejo de complicaciones propias del procedimiento (protocolo de reacciones adversas).
Manejo de paciente agudo y/o crónico reagudizado proveniente de las distintas unidades del hospital.
Administrar medicamentos intradiálisis prescritos según indicación médica.
Toma de muestras para exámenes.
Manejo de accesos vasculares según normas establecidas.
Página 9. Cuadro con las 10 reacciones adversas más frecuentes, sus causas, acciones a realizar y sus responsables, entre otras:

Reacción adversa	Causa frecuente	Acción a realizar	Responsable
Calambres	Hipotensión; UF excesiva; peso seco debajo del real y solución de diálisis baja en sodio.	Administrar solución salina o hipertónica. Masajear área y controlar hipotensión.	Enfermera Técnico de enfermería
Cefalea	Causa desconocida Síndrome de desequilibrio Diálisis con acetato	Administrar paracetamol Reducción del flujo sanguíneo al inicio Administrar solución de bicarbonato	Tec. Enfermería. Enfermera. Enfermera.

Observaciones:
Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Cuidados de enfermería durante la hemodiálisis". Versión 01, fecha de aprobación Agosto del año 2015, elaborado por Ana Bacarrezza, Enfermera supervisora de unidad de diálisis y aprobado por Dra. Ruth Solís, médico jefe de unidad de diálisis.

Se cumple con el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de reacreditación.

Nombre del documento (3): PROCEDIMIENTO: "NORMA DE INGRESO A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS"				
Código:PO-APD-01	Versión: 02	Fecha: Noviembre 2018	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 11
Elaborado por: Ana Bacarrezza, Enfermera supervisora de unidad de diálisis.		Aprobado por: Dr. Julio Caamaño, médico director técnico unidad de diálisis.		

El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO)

1. Procedimiento de hemodiálisis	SI	2. Procedimiento de peritoneodiálisis	NA
3. Sistema estandarizado de registros de los procedimientos de hemodiálisis	NO	4. Se han definido los responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad de diálisis, donde destaca lo siguiente:
Página 2. Alcance:
Pacientes beneficiarios del sistema público que requiera tratamiento de diálisis crónica y/o aguda sin ventilación mecánica en el hospital clínico Regional de Antofagasta.
Responsables:
Médico: Es responsable de realizar diagnóstico e indicación de diálisis con marcadores virales; interconsulta a cirugía vascular; consentimiento informado; tratamiento farmacológico y evaluación periódica del paciente.

Enfermera supervisora: Supervisar cumplimiento de la norma; otorgar cupos de pacientes y derivar al extra sistema si corresponde y evaluar resultados.
Enfermera clínica: Realizar procedimiento de diálisis; verificar vía de acceso y permeabilidad, resultado de marcadores virales, consentimiento informado y disponibilidad de cupo; llenar registros correspondientes.
Página 3. Definiciones, destaca entre otras:
Ingreso a hemodiálisis: Pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica y/o aguda con indicación médica de diálisis, para lo que requiere un acceso vascular transitorio y/o fístula arteriovenosa; serología para hepatitis B, C y VIH menor a 6 meses; consentimiento informado y copia de informe diagnóstico (IPD) en caso de paciente crónico.
Libro de ingreso y egreso: Libro de registro de ingreso que debe contener información del paciente (nombre, rut, fecha de nacimiento, domicilio, teléfono), fecha de ingreso, procedencia, diagnóstico y destino del paciente.
Página 6. **Descripción del proceso**: Ingreso de paciente a sala de diálisis por indicación médica mediante IC y acceso vascular. Presenta un flujograma que señala:
3 vías de solicitud de cupo: CAE, hospitalización y unidad de emergencia.
Debe ingresar con marcadores virales, IPD, consentimiento informado y acceso vascular.
Si el paciente está estable, ingresa según cupos disponibles a diálisis del HCRA o a un centro externo.
Si el paciente se encuentra inestable, según gravedad, ingresará a diálisis HCRA o a diálisis en UPC.
Si el paciente es minusválido, se solicitará cupo de diálisis HCRA con movilización (según disponibilidad).
Si los marcadores virales son positivos para hepatitis C o VIH, ingresará según cupos disponibles en último turno a diálisis HCRA o centro externo. Si el paciente es positivo para hepatitis B, ingresará a HCRA o centro externo según disponibilidad para aislamiento.

Páginas 8 a 11, se encuentran como anexos:
Indicador de cumplimiento de normas de ingreso a hemodiálisis; consentimiento informado; informe del proceso diagnóstico y recepción y entrega de cupo.

Observaciones:
Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Norma de ingreso a la unidad de hemodiálisis". Versión 01, fecha de aprobación Agosto del año 2014, elaborado por Ana Bacarrezza, Enfermera supervisora de unidad de diálisis y aprobado por Dra. Ruth Solís, médico jefe de unidad de diálisis.
Se cumple con el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de reacreditación.

Nombre del documento (4): PROCEDIMIENTO: "SISTEMA ESTANDARIZADO DE REGISTROS DE LOS PROCEDIMIENTOS DE HEMODIÁLISIS"

Código: PO-APD-06	Versión: 04	Fecha: Enero 2019	Fecha vigencia: Enero 2024	N° páginas: 9
Elaborado por: Ana Bacarrezza, Enfermera supervisora de unidad de diálisis.		Aprobado por: Dr. Julio Caamaño, médico jefe unidad de diálisis.		

El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO)

1. Procedimiento de hemodiálisis	NO	2. Procedimiento de peritoneodiálisis	NA
3. Sistema estandarizado de registros de los procedimientos de hemodiálisis	SI	4. Se han definido los responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad de diálisis, en el que destaca los siguientes contenidos:
Página 2. Alcance: Todo paciente que reciba tratamiento de diálisis crónica en la unidad de diálisis del Hospital Regional de Antofagasta.
Responsables:
Enfermera supervisora: Supervisar, aplicar pautas de supervisión y evaluar resultados.
Enfermera clínica: Realizar registros de enfermería con letra clara y legible, completando la información requerida por el documento de los procedimientos realizados.
Técnicos paramédicos: Realizar los procedimientos de peso pre y post diálisis, volumen residual y registrar éste último.
Página 3. **Descripción del proceso. Requisitos generales de los registros clínicos:**
Identificación: nombre y apellido del paciente.
Letra legible.
Veraz
Identificación del profesional que realiza la atención o registra.
Información mínima indispensable.
Definición de los responsables de realizar los registros clínicos para cada tipo de atención de salud.
Evaluación del cumplimiento de los contenidos mínimos, mediante pauta de supervisión.
Página 4. **Definición de responsables y contenidos mínimos del registro:** Se representa en la siguiente tabla:

Nombre del registro	Responsable del registro	Contenidos mínimos
Hoja de unidad de diálisis	Enfermera clínica	Fecha, identificación de paciente, nombre, apellido, uso diario del filtro, peso pre y post diálisis. Nombre, apellido o timbre y firma del profesional de enfermería.
Hoja de unidad de diálisis	Técnico paramédico	Volúmen residual. Nombre, apellido o timbre o firma del técnico paramédico.
Hoja de unidad de diálisis	Enfermera clínica	Complicaciones que se presentan durante el procedimiento de diálisis.

Menciona que se considerará la legibilidad como contenido mínimo a evaluar en todos los registros.
En pacientes hospitalizados, se enviará informe de hemodiálisis.

Observaciones:

Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Sistema estandarizado de registros de los procedimientos de hemodiálisis", versión 3, fecha de aprobación Octubre del año 2014, elaborado por Ana Bacarrezza, Enfermera supervisora de unidad de diálisis y aprobado por Dra. Ruth Solís, médico jefe de unidad de diálisis. Se cumple con el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de reacreditación. Por lo anterior, se da por cumplido el elemento medible.

APD 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Diálisis		
Nombre del indicador desde enero 2019	PORCENTAJE DE REGISTROS CON DATOS MÍNIMOS REGISTRADOS.	
Fórmula matemática	N° de registros con datos completos según procedimiento/N° total de registros evaluados en un mes x100	
Umbral de cumplimiento: 95%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador desde 2016 a diciembre 2018	PORCENTAJE DE HOJAS DE UNIDAD DE DIALISIS QUE CUMPLEN CON LOS REGISTROS COMPLETOS SEGÚN PROCEDIMIENTO.	
Fórmula matemática	N° de registros con datos completos según procedimiento/N° total de registros evaluados en un mes x100	
Umbral de cumplimiento: 95%		Periodicidad de la evaluación: mensual

APD 1.2 – Tercer elemento medible: Verifica constancia de evaluación periódica.

Unidad de Diálisis	
Nombre documento	Informe de evaluación periódica.
Responsable medición	Enfermera supervisora.
Fuente primaria	Hoja diaria de diálisis.
Fuente secundaria	Pauta de supervisión de registro de hojas de la unidad de diálisis.
Periodo evaluado	1 de mayo del 2016 al 30 de mayo del 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra**: La muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido. Con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se divide por los 12 meses del año, así se obtiene el número de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. **Metodología del muestreo**: Para determinar los días del mes que se se aplicarán estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. La pauta se aplicará a enfermera y tens. Para seleccionar las fichas a evaluar, supervisora randomiza 2 sillones para cada día seleccionado, de lunes a viernes. Mecanismo de sustitución: Si el día coincide con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas en el día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en el sillón aleatorizado, se aplicará la pauta al sillón consecutivo hasta completar la muestra establecida. **Criterios de cumplimiento**: La pauta de supervisión consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Rut del paciente e identificación del evaluador. Evalúa los siguientes criterios: Fecha. Nombre y apellido del paciente. Uso diario del filtro. Peso pre diálisis. Peso post diálisis. Volumen residual y nombre o firma del Tens. Complicaciones durante el procedimiento. Nombre, apellido o timbre y firma del profesional de enfermería. Legibilidad Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado /1: cumple con el parámetro solicitado).
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** Para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses desde el 1 de mayo del 2016 al 30 de abril del 2019. El prestador realiza medición trimestral. **Selección de la muestr**a: constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado el 3º trimestre 2018 y 1º trimestre 2019. **Registros revisados:** Pautas de supervisión de registro de hoja de unidad de diálisis, del periodo evaluado. Informe de evaluación del indicador. Hojas diarias de diálisis, para la constatación de las fuentes primarias. **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) Pauta de supervisión de registro de hoja de unidad de diálisis, contiene 10 criterios que se encuentran descritos en el protocolo. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (1 de mayo del 2016 al 30 de abril del 2019), que señala el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado en el 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019. Se constatan 5 fuentes primarias (hojas diarias de diálisis) de los 2 trimestres a evaluar, utilizando

herramienta Randomizer (según Ord. IP N° 5). Se constatan los 10 criterios mencionados en la pauta de supervisión. Resultado de la constatación de la fuente primaria:

3º trimestre 2018:

Rut paciente	Fecha	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Criterio 5	Criterio 6	Criterio 7	Criterio 8	Criterio 9	Criterio 10	Cumple
7.619xxx-x	20-07	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
9.852xxx-x	25-07	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
5.595xxx-x	30-08	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
8.811xxx-x	10-09	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO
4.160xxx-x	27-09	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Observaciones: Según refiere entrevistada, la paciente cuyo Rut es: 8.811xxx-x no se pesó post diálisis, debido a que se encontraba mareada, lo que está consignado en la hoja de enfermería.

1º trimestre 2019:

Rut paciente	Fecha	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Criterio 5	Criterio 6	Criterio 7	Criterio 8	Criterio 9	Criterio 10	Cumple
11.61xxxx-x	20-07	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
6.528xxx-x	25-07	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
9.563xxx-x	30-08	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
8.244xxx-x	10-09	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO
2.944xxx-x	27-09	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Observaciones: Según refiere entrevistada, la paciente cuyo Rut es: 8.244xxx-x no se pesó pre ni post diálisis, debido a que se encontraba hospitalizada en medicina en ese momento y se trasladó en cama a la unidad de diálisis (se constata en hoja de enfermería que la paciente estaba hospitalizada el día de la evaluación).

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2 trimestre 2016	49	60	81.67%			
3 trimestre 2016	81	90	90%			
4 trimestre 2016	79	90	87.78%			
1 trimestre 2017	87	90	96.67%			
2 trimestre 2017	78	90	86.67%			
3 trimestre 2017	53	60	88.33%			
4 trimestre 2017	53	60	88.33%			
1 trimestre 2018	59	60	98.33%			
2 trimestre 2018	55	60	91.67%			
3 trimestre 2018	**55**	**60**	**91.67%**	**55**	**60**	**91.67%**
4 trimestre 2018	53	60	88.33%			
1 trimestre 2019	**49**	**60**	**81.67%**	**49**	**60**	**81.67%**

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, se revisan las pautas de supervisión del 3 ° trimestre del año 2018 y 1° trimestre del año 2019 y se constata que lo reportado por el prestador, es concordante con lo constatado por la entidad.

Por lo anterior descrito se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APD 1.2 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Diálisis	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA APD 1.3 / HALLAZGOS

APD 1.3– Primer elemento medible: Se describe en documentos elaborados por la Unidad de Diálisis

Unidad de Diálisis					
Nombre del documento (1): PROCEDIMIENTO:" DESINFECCIÓN DE MONITORES HEMODIALISIS"					
Código: PO-APD-04	Versión: 01	Fecha: Noviembre 2018	Fecha vigencia: Noviembre 2023	N° páginas: 6	
Elaborado por: Ana Bacarreza, enfermera supervisora de unidad de diálisis HRA.		Aprobado por: Dr. Julio Caamaño, jefe Técnico Unidad de Diálisis HRA.			
El documento describe los siguientes procedimientos o programa: (SI/NO)					
1. Programa de capacitación a pacientes y/o familiares en peritoneodiálisis	NA	2. Procedimiento manejo de pacientes con infecciones virales	NO	3. Reutilización de dializadores y líneas	NO
4. Desinfección de monitores	SI	5. Manejo de accesos vasculares	NO	6. Se han definido los responsables de su aplicación	SI
Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista, documento elaborado por la unidad de diálisis, que destaca Página 2. Alcance: Todos los funcionarios de la unidad de diálisis del Hospital Regional de Antofagasta deben conocer y aplicar el procedimiento. Responsables: Enfermera supervisora: Supervisa y evalúa el proceso. Enfermera clínica: Supervisa que el procedimiento se realice según protocolo establecido. Técnico paramédico: Inicia el proceso de desinfección que trae incluído el monitor. Página 4. **Descripción del procedimiento**: Descalcificación con citronens (ácido cítrico) entre cada paciente. Finalizada la diálisis, se vacía el bicarbonato y se desmonta el circuito. Regresar Hansen al puente de lavado de la máquina. Sacar restos de concentrado acido utilizado en el procedimiento y volver pipeta roja a cámara de lavado de la máquina. Sacar cartucho de bicarbonato y cerrar soporte de este. Ingresar a menú de desinfección y seleccionar descalcificación con citronens, que dura 25 minutos. Realizar limpieza externa del monitor y sillón del paciente. Página 5. Desinfección al final de la jornada: Al finalizar la diálisis, se debe iniciar vaciado del bicarbonato en polvo y desmontar circuito utilizado en el paciente. Regresar Hansen al puente de lavado de la máquina. Sacar restos de concentrado ácido y volver pipeta roja a cámara de lavado de la máquina. Sacar cartucho de bicarbonato y cerrar soporte de éste. Ingresar a menú de desinfección y seleccionar desinfección química. que dura desde 35 a 55 minutos. Seleccionar encendido y apagado automático. **Observaciones:** Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Desinfección de monitores hemodiálisis". Versión 0, fecha de aprobación julio del año 2014, elaborado por Ana Bacarrezza, Enfermera supervisora de unidad de diálisis y aprobado por Dra. Ruth Solís, médico jefe de unidad de diálisis. Se cumple con el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.					
Nombre del documento (2): PROCEDIMIENTO " MANEJO DE ACCESOS VASCULARES"					
Código: PO-APD-02	Versión: 01	Fecha: Diciembre 2018	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 12	
Elaborado por: Ana Bacarreza, enfermera supervisora de unidad de diálisis HRA.		Aprobado por: Dr. Julio Caamaño, jefe Técnico Unidad de Diálisis HRA.			
El documento describe los siguientes procedimientos o programa: (SI/NO)					
1. Programa de capacitación a pacientes y/o familiares en peritoneodiálisis	NA	2. Procedimiento manejo de pacientes con infecciones virales	NO	3. Reutilización de dializadores y líneas	NO
4. Desinfección de monitores	NO	5. Manejo de accesos vasculares	SI	6. Se han definido los responsables de su aplicación	SI
Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad de diálisis, donde destaca Página 2, Alcance: El procedimiento aplica a todos los enfermeros especializados en diálisis que manejan accesos vasculares y puede ser utilizado en otras unidades del hospital, donde se realicen procedimientos de hemodialfiltración. Responsables: Enfermera supervisora: Capacitar, supervisar y evaluar el procedimiento realizado. Implementa programa de intervenciones en caso necesario. Enfermera clínica: Ejecutar procedimiento bajo normas establecidas y monitorear el procedimiento. Técnico paramédico: Colaborar durante el procedimiento para mantener técnica aséptica. Página 5, d**escripción del proceso**: **Manejo del Paciente con fistula arterio-venosa o Prótesis arterio-venosa:** describe el procedimiento en 30 pasos, entre los que destacan: Desinfectar piel con alcohol 70%. Realizar punción con técnica aséptica. Proteger ambos sitios de punción con gasa estéril. Fijar ambos trócares. En las primeras punciones, usar flujos bajos en bomba de sangre, alrededor de 200 mi/ min. y agujas N° 17. Evitar realizar punciones en zonas enrojecidas, con supuración, en zonas con hematoma, costra o piel erosionada.					

Para retiro de trocares, retirar telas y gasas protectoras de los sitios de punción.
La hemostasia de los puntos de punción se hará ejerciendo presión con torulón de gasa por un mínimo de 5 minutos en fístulas y de 10 a 15 minutos en caso de prótesis arteria-venosas.
Se retira primero el trocar proximal a la fistula arteria venosa, para evitar sangramiento.
Manejo del paciente con CVC doble lúmen: se describe en 11 pasos, entre ellos:
Lavado de manos clínico.
Uso de técnica aséptica (guantes, mascarilla y campo estéril).
Sacar las tapas de ambas ramas y aseptizar con solución de alcohol 70% cada rama.
Aspirar ambas ramas, al menos 3 cc. y administrar heparina por rama venosa.
Cubrir las ramas del catéter y fijar las líneas.
Curación de catéter de diálisis: procedimiento que se describe en 13 pasos, entre ellos:
Lavado de manos clínico según norma IAAS NT-IIH-14.
Con guantes de procedimientos retirar los apósitos o gasas antiguas que cubren el sitio de inserción del catéter.
Retirar guantes de procedimiento.
Colocarse guantes estériles, para realizar la curación y limpiar sitio de inserción con solución salina.
Pincelar el sitio de inserción con tintura de clorhexidina al 2%.
Dejar secar y cubrir el sitio de inserción con gasas estériles y tela o con apósito transparente.
Al costado del apósito que cubre el sitio de inserción registrar fecha e iniciales de quién realizó la curación.

Página 11, anexo 2: **Recolección de muestra sanguínea a través del catéter de diálisis para estudio de bacteremia** que se describe en 10 pasos, destaca entre ellos:
Aseptizar con alcohol7o%tapones Luer de ambas ramas y retirarlas.
Con jeringa de 5 cc, aspirar el anticoagulante de ambas ramas
Tomar muestra según lo descrito en PO-LAB-01
Irrigar ambas ramas del catéter con solución fisiológica (10ml).
Administrar heparina según longitud del catéter y sellar con tapones Luer.
Cubrir ambas ramas con gasa estéril.

Observaciones:
Se tiene a la vista versión anterior del documento:"Manejo de accesos vasculares", versión 0, fecha de aprobación Abril del año 2015, elaborado por Ana Bacarrezza, Enfermera supervisora de unidad de diálisis y aprobado por Dra. Tania Troya, médico de unidad de diálisis. Se cumple con el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de racreditación.

Nombre del documento (3): MANEJO DE FILTROS Y LÍNEAS ARTERIAL-VENOSA PARA HEMODIÁLISIS				
N° Resolución:PO-APD-05	Versión: 02	Fecha: Noviembre 2018	Fecha vigencia: Noviembre 2023	N° páginas: 8
Elaborado por: Ana Bacarreza, enfermera supervisora de diálisis HRA.		Aprobado por: Dr. Julio Caamaño, médico Director Técnico Unidad de Diálisis HRA.		

El documento describe los siguientes procedimientos o programa: (SI/NO)

1. Programa de capacitación a pacientes y/o familiares en peritoneodiálisis	NA	2. Procedimiento manejo de pacientes con infecciones virales	NO	3. Reutilización de dializadores y líneas	SI
4. Desinfección de monitores	NO	5. Manejo de accesos vasculares	NO	6. Se han definido los responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento elaborado por la unidad de diálisis, donde destaca:
Página 2. **Responsables**:
Enfermera supervisora: Capacitar, supervisar y evaluar el procedimiento realizado.
Enfermera clínica: Supervisar el cumplimiento de los procesos.
Técnico paramédico: Ejecutar el procedimiento según protocolo existente en la unidad.
Auxiliar de servicio: Eliminar material contaminado según normas existentes.
Páginas 4 a 7 Descripción del proceso:
Manejo de filtros y líneas: Describe el proceso en 15 pasos, entre los que destaca:
Filtros y líneas son de uso individual, por lo que deben ser rotulados con nombre, apellido, fecha del primer uso con plumón permanente y guardar en bolsas plásticas transparentes en casilleros individuales identificados.
El agente desinfectante utilizado es el ácido peracético al 4% y se debe medir esta concentración en cada piletón, post cebado.
Realizar test residual de ácido peracético posterior a la preparación del filtro a utilizar en el paciente.
El número de reúso de filtros y líneas, se registrará en hoja de diálisis de cada paciente y en el libro de reúso.
Se debe medir volumen residual después de cada diálisis y registrarlo en el libro de reúso y hoja de diálisis del paciente. Si el volumen residual es menor a 80%, debe eliminarse.
Filtros y líneas de pacientes portadores de hepatitis C y VIH, deben ser reutilizados en áreas separadas y por personal exclusivo.
Filtros y líneas de pacientes portadores de hepattis B, se eliminarán después de cada uso en bolsa plástica en contenedor amarillo del aislamiento.
Eliminación de filtros y líneas:
Se deben eliminar si el paciente presenta reacción a pirógenos; si completó 25 usos o 12 usos en pacientes portadores de hepatitis C o ViH, entre otros.
Preparación de filtro que ha sido reutilizado: Señala que el procedimiento se realiza en 14 pasos, entre los cuales destaca:
Montar filtro y líneas al monitor según procedimiento establecido.
La máquina de diálisis se enciende en forma automática y realiza el test.
Colocar pipeta roja en concentrado ácido y pipeta azul en bicarbonato (si es bicarbonato en polvo, en dispositivo correspondiente)
Conectar 1 litro de suero fisiológico a la línea anexa de línea arterial.
Dejar líneas arterial y venosa conectadas en circuito cerrado.
Conectar Hansen de la máquina al filtro e iniciar test.

Finalizado el test, se inicia el lavado, ultrafiltrando 500 cc. de suero en 10 minutos.
Aspirar 100 cc de suero fisiológico por cada rama accesoria y medir con cinta reactiva la ausencia de ácido peracético.
Página 8. **Anexo 1**: Registro libro de reúso de filtros.

Observaciones:
Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Manejo de filtros y líneas arterial-venosa para hemodiálisis". Versión 01, fecha de elaboración junio del año 2015, elaborado por Ana Bacarrezza, Enfermera supervisora de unidad de diálisis y aprobado por Dra. Ruth Solís, médico jefe de unidad de diálisis. Se cumple con el período de retrospectividad de 36 meses que aplica a este proceso de acreditación.

Nombre del documento (4): MANEJO DE PACIENTES PORTADORES HEPATITIS B- C- VIH				
N° Resolución: PO-APD-07	Versión: 02	Fecha: Octubre 2018	Fecha vigencia: Octubre 2023	N° páginas: 7
Elaborado por: Ana Bacarrezza, supervisora de diálisis HRA.		Aprobado por: Dr. Julio Caamaño, jefe Técnico Unidad de Diálisis HRA.		

El documento describe los siguientes procedimientos o programa: (SI/NO)

1. Programa de capacitación a pacientes y/o familiares en peritoneodiálisis	NA	2. Procedimiento manejo de pacientes con infecciones virales	SI	3. Reutilización de dializadores y líneas	NO
4. Desinfección de monitores	NO	5. Manejo de accesos vasculares	NO	6. Se han definido los responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista documento elaborado por la unidad de diálisis, donde destaca:
Página 2**. Responsables**:
Enfermera supervisora: Supervisar cumplimiento de normas de ingreso, cumplimiento de las precauciones estándar y supervisar y hacer cumplir programa de vacunación de pacientes y personal que ingresa al servicio. Aplicar pautas de supervisión, evaluar y difundir.
Enfermera clínica: Conocer condición viral del paciente antes de su ingreso a diálisis, manejar al paciente con normas de aislamiento establecidas y programar actividades de educación para pacientes y familia.
Técnico paramédico: Conocer y aplicar protocolos de procedimientos específicos de la unidad, eliminar circuitos de pacientes portadores de hepatitis B en contenedor adecuado, reutilizar filtros de portadores de HIV y hepatitis C en aislamiento de sala de reúso.
Auxiliar de servicio: Realizar actividad de saneamiento ambiental según corresponda.
Página 5. **Descripción del proceso**: describe el procedimiento en 14 pasos, dentro de los cuales destaca:
Los pacientes portadores de hepatitis C o HIV se dializarán en el último turno y en aislamiento exclusivo.
Pacientes portadores de hepatitis B, se eliminará el equipo en aislamiento, en contenedor amarillo.
Pacientes portadores de hepatitis B se dializarán en aislamiento exclusivo.
El filtro no se debe usar más de 12 veces, para evitar riego de ruptura en la máquina.
Mantener programa de inmunización contra hepatitis B (pacientes y funcionarios).
Limpiar y desinfectar con productos clorados al 0,5% todas las superficies ambientales en contacto con las secreciones de los pacientes.

Observaciones:
Se tiene a la vista versión anterior del documento:
"Manejo pacientes portadores hepatitis B-C-VIH". Versión 01, fecha de aprobación diciembre del año 2015, elaborado por Ana Bacarrezza, Enfermera supervisora de unidad de diálisis y aprobado por Dra. Ruth Solís, médico jefe de unidad de diálisis.
Se cumple con el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Nombre del documento (5): REUTILIZACION DE FILTROS Y LÍNEAS ARTERIO-VENOSAS				
N° Resolución: PO-APD-03	Versión: 03	Fecha: Noviembre 2018	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 11
Elaborado por: Ana Bacarrezza, supervisora de diálisis HRA.		Aprobado por: Dr. Julio Caamaño, jefe Técnico Unidad de Diálisis HRA.		

El documento describe los siguientes procedimientos o programa: (SI/NO)

1. Programa de capacitación a pacientes y/o familiares en peritoneodiálisis	NA	2. Procedimiento manejo de pacientes con infecciones virales	NO	3. Reutilización de dializadores y líneas	SI
4. Desinfección de monitores	NO	5. Manejo de accesos vasculares	NO	6. Se han definido los responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad de diálisis donde destaca:
Página 2**. Responsables:**
Enfermera supervisora: Capacitar, supervisar y evaluar el procedimiento realizado.
Enfermera clínica: Supervisar el cumplimiento de los procesos.
Técnico paramédico: Ejecutar el procedimiento según protocolo existente en la unidad; registrar volumen residual del filtro y número de reúso de éste y las líneas.
Auxiliar de servicio: Mantener aseo y orden de la sala de reúso.
Páginas 5 a 7. **Descripción del proceso**:
Montar filtro con cabezal venoso hacia arriba.
Conectar línea arterial al suministro de agua para el intracapilar y línea venosa al drenaje.
Conecta Hansen rojo al aporte de agua al extracapilar y el Hansen azul al drenaje de éste.
Etapa I: Eliminación de restos de sangre:
Pasar agua por ambos compartimentos del filtro.
Lavar líneas accesorias y golpear suavemente los cabezales para soltar coágulos.
Etapa II: Retrolavado (ultrafiltración reversa):
Cerrar llave que aporta agua al intracapilar y mantener suministro de agua al extracapilar.
Cerrar Hansen de drenaje del extracapilar por 10 minutos y mantener abierto el drenaje del intracapilar.

Abrir nuevamente llave que aporta agua al intracapilar y el drenaje del Hansen del extracapilar.
Etapa III: Ultrafiltración: Para descomprimir fibras por 10 minutos
Abrir paso de agua al intracapilar y cerrar su drenaje por 10 minutos.
Cerrar llave del extracapilar y abrir su drenaje.
Etapa IV: Expansión de la fibra:
Finalizada la Uf, aportar agua por el intracapilar manteniendo los drenajes del intra y extra capilar abiertos por 2 minutos.
Etapa V: Medición de volumen residual: Describe el procedimiento en 8 pasos, entre los que destaca:
Cerrar paso de agua en ambos compartimentos.
Colocar cabezal venoso sobre probeta para eliminar el agua.
Conectar línea de aire a cabezal arterial del filtro para eliminar el agua.
Realizar medición y registrar.
Etapa VI: Desinfección: Describe el proceso en 7 pasos, entre los que destaca:
Conectar línea arterial a línea del ácido para que pase el desinfectante en todo el circuito.
Dejar pasar desinfectante por el extracapilar (aprox. 100 ml).
Secar y guardar en bolsa plástica, sellar y dejar en casillero correspondiente.
Página 11. **Anexo 3**: Hoja de registro en libro de reúso.

Observaciones:
Se tiene a la vista versión anterior del documento:
"Reutilización de capilares y líneas arterio-venosas". Versión 01, fecha de elaboración Agosto del año 2014, elaborado por Ana Bacarrezza, Enfermera supervisora de unidad de diálisis y aprobado por Dra. Ruth Solís, médico jefe de unidad de diálisis.
Se cumple con el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Por lo anteriormente descrito se da por cumplido el elemento medible.

APD 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Diálisis	
Nombre del indicador desde noviembre 2018	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE REUTILIZACIÓN DE FILTROS Y LÍNEAS ARTERIO-VENOSAS
Fórmula matemática	N° de procedimientos de reutilización de filtros y líneas arterio-venosas que cumplen con el proceso según pauta en un período de tiempo/ N° total de procedimientos de reutilización de filtros y líneas arterio-venosas evaluadas en el mismo período x 100
Umbral de cumplimiento: > 95%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Nombre del indicador de 2016 a 30 de octubre 2018	PORCENTAJE DE FILTROS REUTILIZADOS SEGÚN PROCEDIMIENTO
Fórmula matemática	N° de filtros reutilizados que cumplen con el procedimiento en un período de tiempo/ N° total de filtros reutilizado en el mismo período x 100
Umbral de cumplimiento: > 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

APD 1.3– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Diálisis	
Nombre documento	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Supervisora y enfermeros clínicos de la unidad de diálisis
Fuente primaria	Libro de reutilización
Fuente secundaria	Pautas de supervisión de reutilización de hemodiálisis
Periodo evaluado	1 de mayo del 2016 al 30 de abril del 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra**: La muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se divide por los 12 meses del año, así se obtiene el número de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. **Metodología del muestreo**: Para determinar los días del mes que se aplicarán estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. Se randomizan 2 sillones por día de los 10 días randomizados, la pauta se aplicará a tens. Mecanismo de sustitución: Si el día coincide con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas en el día hábil siguiente. **Criterios de cumplimiento**: La pauta de supervisión consigna la fecha de evaluación, filtro supervisado, identificación del observado y observador. Evalúa los siguientes criterios: **Uso de medidas de protección:** Delantal de plástico con manga larga Guantes domésticos. Lentes o gafas protectoras. Mascarilla con filtros para gases. **Etapa 1: Eliminación de restos de sangre y coágulos:** Monta filtro con cabezal venoso hacia arriba. Conecta línea venosa al desagüe y línea arterial al agua. Conecta Hansen, abre llave del agua y llena todo el circuito a través de presión. Limpiar cámara arterial y venosa de coágulos y fibrina. **Etapa 2: Retrolavado:** Abrir llave de paso de agua y cerrar drenaje del extracapilar por 10 minutos. Llave paso agua intracapilar cerrado. **Etapa 3: Ultrafiltración:**

Abrir llave paso de agua y cerrar drenaje del intracapilar por 10minutos.
Llave paso de agua extracapilar cerrado.
Etapa 4: Expansión de la fibra:
pasar agua por intracapilar, con drenajes de intra y extracapilar abierto por 2 minutos.
Etapa 5: Medición del volumen residual:
Eliminar agua de línea arterial.
Luego desconectar línea venosa del cabezal del filtro y colocar este cabezal en una probeta.
Medir y registrar volumen residual obtenido.
Reconectar línea venosa a filtro y eliminar agua de la línea.
Etapa 6: Desinfección:
Abrir llave de paso puristeril y encender bomba peristáltica.
Se llena todo el circuito eliminando el aire.
Dejar escurrir aprox. 5 ml por cada rama accesoria de ambas líneas.
Aplicar puristeril al extracapilar y sellar con tapas. Une mediante conector ambas líneas.
(21) Seca, verifica rotulación del filtro y líneas y guarda en bolsa de plástico dejando en el casillero correspondiente.

Metodología de constatación

Periodo evaluado: para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, del 1 de mayo del 2016 al 30 de abril del 2019. Prestador realiza medición trimestral.
Selección de la muestra: la constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 1 trimestre 2018 y 1 trimestre 2019.
Registros revisados:
Pautas de supervisión de reutilización de hemodiálisis, del periodo evaluado.
Libro de reutilización de diálisis.
De la constatación: (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019)
Pauta de supervisión de reutilización de hemodiálisis, contiene 21 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo a excepción de la etapa de desinfección, criterio 19, por cuanto en el protocolo no se menciona que se administren 5 ml. de puristeril.
Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento.
Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3º trimestre de 2018 y 1º trimestre de 2019.
Se constatan 5 fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer.

3º trimestre 2018

Número randomizado	Nombre evaluado	Fecha evaluación	Firma en libro reuso	Cumplimiento
2	MTt	13/07/2018	SI	SI
17	NC	10/07/2018	SI	SI
25	VH	20/08/2018	SI	SI
12	MT	04/07/2018	SI	SI
42	NC	20/09/2018	SI	SI

1º trimestre 2019

Número randomizado	Nombre evaluado	Fecha evaluación	Firma en libro reuso	Cumplimiento
22	NA	19/02/2019	SI	SI
16	MC	04/01/2019	SI	SI
27	NC	25/02/2019	SI	SI
48	NA	28/03/2019	NO	NO
33	NC	05/02/2019	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º trimestre 2016	53	60	88.33%			
3º trimestre 2016	73	90	81.11%			
4º trimestre 2016	67	90	74.44%			
1º trimestre 2017	75	90	83.33%			
2º trimestre 2017	78	90	86.67%			
3º trimestre 2017	52	60	86.67%			
4º trimestre 2017	52	60	86.67%			
1º trimestre 2018	56	60	93.33%			
2º trimestre 2018	52	60	86.67%			
3º trimestre 2018	**53**	**60**	**88.33%**	**53**	**60**	**88.33%**
4º trimestre 2018	55	60	91.67%			
1º trimestre 2019	**50**	**60**	**83.33%**	**49**	**60**	**82%**

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el

prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

De lo anterior se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APD 1.3/ FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Diálisis	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA APD 1.4 / HALLAZGOS

APD 1.4– Primer elemento medible: Existe un documento elaborado por la Unidad de Diálisis que describe el programa de control de calidad del agua tratada de la unidad que incluye descripción del procedimiento y periodicidad de:

Unidad de Diálisis				
Nombre del documento: PROGRAMA CONTROL DE CALIDAD DEL AGUA TRATADA PARA HEMODIÁLISIS				
Código: PG-APD-01	Versión:01	Fecha: Noviembre 2018	Fecha vigencia: Noviembre 2023	N° páginas: 11
Elaborado por: Ana Bacarrezza, Enfermera supervisora de unidad de diálisis HRA.		Aprobado por: Dr. Julio Caamaño, jefe técnico unidad de diálisis HRA.		
El documento describe el Programa de control de calidad del agua tratada de la unidad que incluye descripción de:				
1. Medición de la calidad del agua tratada para hemodiálisis y reutilización de dializadores	SI	Periodicidad	SI	
2. Controles externos químico y microbiológico del agua tratada para hemodiálisis y reutilización de dializadores:	SI	Periodicidad	SI	
3. Controles externos microbiológicos del agua tratada en llave de alimentación de monitores de diálisis y en líquido de diálisis después del dializador:	SI	Periodicidad	SI	
Se han definido los responsables de su aplicación: SI				

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad de diálisis donde destaca:
Página 2. **Alcance:** El programa aplica a la unidad de diálisis del Hospital Regional de Antofagasta que atiende pacientes en hemodiálisis.
Responsabilidad:
Jefe de operaciones de la empresa concesionaria: Responsable del buen funcionamiento de los equipos de la planta de agua a través de convenios con empresas externas.
Enfermera supervisora: Supervisar la realización de los procesos en los tiempos indicados; Velar por el cumplimiento de la mantención, sanitización y toma de muestra de exámenes químicos y bacteriológicos del agua; evaluar y registrar resultados de los procesos.
Enfermera clínica: Verificar dureza y calidad del agua tratada; realizar SIC (sistema integrado de comunicaciones) ante alteraciones del funcionamiento de la planta.
Técnico paramédico: Verificar cantidad de agua previo al funcionamiento de los monitores.
Informar cualquier anormalidad a la enfermera supervisora.
Auxiliar de servicio: Realiza medición de dureza del agua 2 a 3 veces al día junto con el operador de la concesión; registra parámetros de la planta de agua, cloro y avisa a enfermera si hay problemas en el funcionamiento de la planta.
Página 6. Descripción del proceso:
1.- **Medición de la calidad del agua tratada para hemodiálisis y reutilización de dializadores:**
Control de parámetros físico-químicos: Se deben controlar 3 veces al día, a las 7:00, 11:00 y 15:00 horas y registrar en la hoja de parámetros de funcionamiento de la planta de agua. Lo realiza el auxiliar de servicio, supervisado por enfermera clínica.
Medición de conductividad: en osmosis reversa y en sala de diálisis, sus valores deben ser <20Us/cm (microsimens).
Medición de dureza del agua: Se mide después de escurrir el agua durante 1 minuto del ablandador. Se pone la cinta de medición de dureza bajo el chorro y se interpreta el resultado comparando el color de la cinta con el color de la tabla del frasco. Si el agua sale dura, se detiene la osmosis, se regenera el ablandador y ablandador 2 inicia funcionamiento, (se debe avisar a enfermera clínica y supervisora).
Cloro total: se mide con fotómetro portátil.
2.- **Controles externos químico y bacteriológico del agua tratada para hemodiálisis y reutilización de dializadores:**
El análisis químico del agua se debe realizar semestralmente. Los valores máximos permitidos se detallan a continuación:

Calcio	2	mg/l
Magnesio	4	mg/l
Sodio	70	mg/l
Potasio	8	mg/l
Cloro	0.1	mg/l
Cloramina	0.1	mg/l
Flúor	0.2	mg/l
Nitratos	2	mg/l
Sulfatos	100	mg/l
Aluminio	0.01	mg/l

Cobre	0.1	mg/l
Bario	0.1	mg/l
Zinc	0.1	mg/l
Arsénico	0.005	mg/l
Plomo	0.005	mg/l
Cromo	0.014	mg/l
Cadmio	0.001	mg/l
Selenio	0.09	mg/l
Antimonio	0.006	mg/l
Berilio	0.0004	mg/l
Mercurio	0.0002	mg/l
Plata	0.005	mg/l
Talio	0.002	Mg/l

3.- **El análisis bacteriológico** se debe realizar cada 3 meses en el agua tratada en tres puntos:
1.- Agua tratada: a la salida de osmosis, estanque de agua tratada y anillo de recirculación.
2.- En el líquido de diálisis: pre filtro (hansen venoso). El valor no debe superar las 100ufc/ml. En este mismo punto se tomará la muestra para endotoxinas, que no debe superar los 0,5 Ul/ml. Enfermera supervisora analiza los resultados, si sale positivo, solicitará sanitización y control microbiológico hasta obtener un resultado negativo.
Página 9, señala que la sanitización se realizará en forma trimestral y extraordinariamente cuando los cultivos salgan positivos y cada vez que se intervenga la red por una avería.
La enfermera supervisora debe mantener registros actualizados del control de la calidad del agua, de los informes de mantención de la planta y realizará planes de mejora cuando corresponda.

Observaciones:
En documento tenido a la vista, menciona que el auxiliar de servicio realiza mediciones de los parámetros 2 a 3 veces al día, esto depende de los turnos de cada día, es así como lunes, miércoles y viernes, tienen 3 turnos, por lo que la medición se realiza 3 veces al día, los días martes, jueves y sábado se mide 2 veces al día porque solo tienen 2 turnos de pacientes.
Hasta octubre del año 2018, se guiaban por el decreto oficial del Minsal N° 2357 del 31 de diciembre de 1994. Referente informa que a partir de noviembre del año 2018 se adhieren a la nueva normativa para los centros de diálisis norma N° 45.
Se tiene a la vista versión anterior del documento:
"Control de calidad del agua tratada para hemodiálisis". Versión 00, fecha de aprobación Marzo del año 2014, elaborado por Ana Bacarrezza, Enfermera supervisora de unidad de diálisis y aprobado por Dra. Ruth Solís, jefe técnico de unidad de diálisis.
Se cumple con el período de retrospectividad de 36 meses que aplica a este proceso de reacreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

APD 1.4 – Segundo elemento medible: Se constata cumplimiento de control de calidad según regulación vigente.

Unidad de Diálisis

Metodología de la constatación para control diario:
Periodo retrospectivo a evaluar: Para este proceso de acreditación corresponde evaluar 36 meses retrospectivos, del 1 junio del 2016 a 30 mayo del 2019.
Selección de la muestra: La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 trimestres a evaluar: 3 trimestre 2018 y 1 trimestre 2019.
Registros revisados: Registro diario del funcionamiento de la planta de agua.
De la constatación:
Control diario: se constatan 5 fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar (3 trimestre 2018 y 1 trimestre 2019), utilizando herramienta Randomizer, se evalúa el cumplimiento de la ejecución de los tres controles diarios de:
1.- Dureza del agua.
2.- Conductividad post osmosis.
3.- Conductividad en sala de diálisis.
4.- Cloro en la planta de agua, en los horarios definidos por el prestador (7-11 y 15 horas) según consta en el protocolo local.

3 trimestre 2018

N° randomizado	Fecha / Hora	Dureza del agua			Conductividad sala diálisis			Conductividad Post osmosis			Cloro total		
		7	11	15	7	11	15	7	11	15	7	11	15
29	06/08/2018	B	B	B	N/C	N/C	N/C	3,1	2,9	3	/	/	/
31	08/08/2018	B	B	B	N/C	N/C	N/C	3,1	3	2,9	/	/	/
55	06/09/2018	B	B	B	N/C	N/C	N/C	4,1	4,1	4,1	/	/	/
61	12/09/2018	B	B	B	N/C	N/C	N/C	4,3	4,5	4,3	/	/	/
74	25/09/2018	B	B	N/C	N/C	N/C	N/C	4,2	4,1	N/C	/	/	N/C

Observaciones:
N/C = No consigna

No consigna la conductividad en sala de diálisis, se pregunta a referente la razón y responde que el conductivímetro de la sala de diálisis siempre está siendo evaluado por las enfermeras en forma visual, no quedando registro de ello.
El 25 de septiembre 2018, no consigna control a las 15 hrs. por corresponder a día martes (sólo dos turnos de pacientes).
Dureza del agua B, agua blanda (parámetro normal).
Cloro total: registra resultado con slash (/) o visto bueno lo que se traduce en la no presencia de cloro.

1º trimestre 2019

N° randomizado	Fecha / Hora	Dureza del agua			Conductividad sala diálisis			Conductividad Post osmosis 1 o 2			Cloro total		
		7	11	15	7	11	15	7	11	15	7	11	15
4	05/01/2019	00,0	00,0	N/C	N/C	N/C	N/C	13,0	11,1	N/C	00,2	00,2	N/C
15	18/01/2019	00,1	00,0	00,0	N/C	N/C	N/C	7,2	7,5	7,6	00,0	00,0	00,0
46	23/02/2019	00,1	00,0	00,0	N/C	N/C	N/C	7,2	7,5	7,6	0,11	0,10	00,9
63	15/03/2019	00,0	00,0	00,1	N/C	N/C	N/C	4,1	4,2	4,1	0,11	00,2	00,0
76	30/03/2019	00,1	00,0	00,0	N/C	N/C	N/C	4,1	3,3	3,7	00,6	00,2	00,0

Observaciones:
N/C= no consigna
No registra conductividad en sala de diálisis. Se pregunta a referente la razón y responde que el conductivímetro de la sala de diálisis siempre está siendo evaluado por las enfermeras en forma visual, no quedando registro de ello.
El 5 de enero del 2019, no consigna ningún parámetro a las 15 hrs. al preguntar a referente, refiere que la máquina de osmosis al momento de realizar la medición se encontraba detenida.

Metodología de la constatación para controles externos:
- **Periodo retrospectivo a evaluar**:
- Para este proceso de acreditación corresponde evaluar 36 meses retrospectivos, del 1 junio del 2016 a 30 mayo del 2019.
- **Selección de la muestra**:
- No se selecciona muestra, se revisan todos los exámenes.
- **Registros revisados:**
- Resultados de exámenes de control microbiológicos y físico-químicos realizados en laboratorio externo.

De la constatación de controles externos:
1.- Control físico-químico: se evalúa que los resultados de los exámenes se encuentren en rangos normales y periodicidad de la medición definida por el prestador según protocolo local: hasta octubre del año 2018 una vez al año (decreto N° 2357 del 31 de diciembre del año 1994) y desde noviembre del año 2018 en adelante, el prestador se adhiere a la nueva norma N° 45 que define este control cada 6 meses.

2.- Control microbiológico: se evalúa que los resultados de los exámenes se encuentren en rangos normales y la periodicidad de la medición definida por el prestador según protocolo local: cada 6 meses hasta octubre del 2018 y desde noviembre del año 2018 cada 3 meses. Se verifica si el prestador realiza control de agua tratada en los puntos establecidos en el protocolo local y según normativa vigente: post osmosis; estanque de agua tratada; entrada de agua a la máquina y salida del líquido de diálisis (pre-filtro) hasta octubre del año 2018. A partir de noviembre del 2018 a la salida de osmosis, estanque de agua tratada; anillo de recirculación; pre filtro (hansen venoso).

Medición de calidad de agua tratada(hemodiálisis y reutilización de dializadores)	Mes/año	Resultados	Cumple/No cumple/Observaciones
1.- Dureza del agua	6 y 8 agosto 2018	Agua blanda.	Cumple.
	6, 12 y 25 de septiembre 2018	Agua blanda.	Cumple.
		No consigna a las 15 hrs.	No cumple.
	5 enero 2018	Agua blanda.	Cumple.
	18 enero 2019	Agua blanda.	Cumple.
	23 de febrero 2019	Agua blanda.	Cumple.
	15 y 30 de marzo 2019		
2.- Conductividad en sala de diálisis	6 y 8 agosto 2018	No consigna.	No cumple con lo establecido en protocolo local en el tercer trimestre del año 2018.
	6, 12 y 25 de septiembre 2018	No consigna.	
		No consigna	No cumple con lo establecido en protocolo local y no cumple con normativa vigente en el

	5 y 18 enero 2019 23 de febrero 2019 15 y 30 de marzo 2019	No consigna No consigna	primer trimestre del año 2019.
3.- Conductividad post osmosis	6 y 8 agosto 2018 6, 12 y 25 de septiembre 2018 5 enero 2019 18 enero 2019 23 de febrero 2019 15 y 30 de marzo 2019	Normal Normal No consigna a las 15 hrs. Normal Normal	Cumple. Cumple. No cumple. Cumple. Cumple
4.- Cloro total	6 y 8 agosto 2018 6, 12 y 25 de septiembre 2018 5 de enero 2018 18 enero 2019 23 de febrero 2019 15 y 30 de marzo 2019	Normal Normal No consigna a las 15 hrs. Normal Normal	Cumple. Cumple. No cumple. Cumple. Cumple
Controles externos químicos y microbiológicos del agua tratada (hemodiálisis y reutilización de dializadores)	Mes/año	Resultados	Cumple/No cumple/Observaciones
1.- Informe LB N° 5079/16, control físico-químico realizado por laboratorio Labotec Limitada	04 noviembre 2016	Aluminio: < 0,00281 mg/L Arsénico: < 0.00027 mg/L Bario: < 0.00173 mg/L Cadmio: < 0.00025 mg/L Calcio:< 0.03669 mg/L Cloraminas: < 0.1 mg/L Cobre: < 0.00050 mg/L Cromo: < 0.00023 mg/L Fluoruro: < 0.02 mg/L Magnesio: < 0.00145 mg/L Mercurio: < 0.005 mg/L Nitrato: < 0.02 mg/L Plata: < 0.00060 mg/L Plomo: < 0.00074 mg/L Potasio: 0.021 mg/L Selenio: < 0.00099 mg/L Sodio: 4.9587 mg/L Sulfatos: 0.14 mg/L Zinc: < 0.0027 mg/L	No cumple: 1.- No mide cloro. Según lo establecido en el protocolo local y normativa vigente (decreto N° 2357 del 31 de diciembre de 1994) debe medir cloro. 2.- El parámetro de mercurio según decreto N° 2357, permite como límite máximo de mercurio: 0.0002 mg/l y laboratorio indica un valor <0.005 mg/l., ya que no tiene sensibilidad para valores menores.
2.- Informe LB N° 5280/17, control físico-químico realizado por laboratorio Labotec Limitada.	28 de febrero del 2017	Aluminio: < 0,00281 mg/L Arsénico: < 0.00027 mg/L Bario: < 0.00173 mg/L Cadmio: < 0.00025 mg/L Calcio:< 0.03669 mg/L Cloraminas: < 0.1 mg/L	No cumple: 1.- No mide cloro. Según lo establecido por el prestador en su protocolo local y normativa vigente (decreto N° 2357 del 31 de

		Cobre: < 0.00050 mg/L Cromo: < 0.00023 mg/L Fluoruro: < 0.02 mg/L Magnesio: < 0.00145 mg/L Mercurio: < 0.005 mg/L Nitrato: < 0.02 mg/L Plata: < 0.00060 mg/L Plomo: < 0.00074 mg/L Potasio: 0.021 mg/L Selenio: < 0.00099 mg/L Sodio: 4.9587 mg/L Sulfatos: 0.14 mg/L Zinc: < 0.0027 mg/L	diciembre de 1994) debe medir cloro. 2.- El parámetro de mercurio según decreto N° 2357, permite como límite máximo de mercurio: 0.0002 mg/l y laboratorio indica un valor <0.005 mg/l., ya que no tiene sensibilidad para valores menores.
3.- Informe IAG- 43921. Control físico-químico realizado por Bureau Veritas. Este examen se tomó en planta de agua del hospital antiguo.	17 de mayo del 2018	Aluminio: < 0,01 mg/L Antimonio: <0.0002 mg/L Arsénico: < 0.002 mg/L Bario: < 0.1 mg/L Berilio: <0.00002 mg/L Cadmio: < 0.001 mg/L Calcio:< 0,1 mg/L Cloraminas: < 0.1 mg/L Cobre: < 0.05 mg/L Cromo: < 0.01 mg/L Fluoruro: 0.2 mg/L Magnesio: < 0.1 mg/L Mercurio: n d Nitrato: < 2 mg/L Plata: < 0.005 mg/L Plomo: < 0.005 mg/L Potasio: <0.1 mg/L Selenio: < 0.01 mg/L Sodio: 2 mg/L Sulfatos: < 10 mg/L Talio: <0.0002 mg/L Zinc: < 0.05 mg/L	No cumple: 1.- No mide cloro. Según protocolo local y normativa vigente (decreto N° 2357 del 31 de diciembre de 1994) debe medir cloro. 2.- El parámetro de mercurio según decreto N° 2357, permite como límite máximo de mercurio: 0.0002 mg/l y laboratorio no detecta esos valores. 3.- No cumple con periodicidad en toma de muestra (el anterior fue tomado en febrero del 2017) que debe ser 1 vez al año según se señala en el protocolo local y reglamento de diálisis N° 2357 del año 1994.
3.- Informe de ensayo IAG- 44705, control físico-químico realizado por laboratorio Bureau Veritas. Este examen se tomó en planta de agua nueva, sin pacientes.	1 de agosto del 2018	Aluminio: < 0,01 mg/L Antimonio: <0.0002 mg/L Arsénico: < 0.002 mg/L Bario: < 0.1 mg/L Berilio: <0.00002 mg/L Cadmio: < 0.001 mg/L Calcio:1 mg/L Cloraminas: < 0.1 mg/L Cobre: < 0.05 mg/L Cromo: < 0.01 mg/L Fluoruro: < 0.2 mg/L Magnesio: < 0.1 mg/L Mercurio: no detectado Nitrato: < 2 mg/L Plata: < 0.005 mg/L Plomo: < 0.005 mg/L Potasio: 0.48 mg/L Selenio: < 0.01 mg/L Sodio: 2 mg/L Sulfatos: 10 mg/L Talio: <0.0002 mg/L Zinc: < 0.05 mg/L	No cumple: 1.- No mide cloro. Según protocolo local y normativa vigente (decreto N° 2357 del 31 de diciembre de 1994) debe medir cloro. 2.- El parámetro de mercurio según decreto N° 2357, permite como límite máximo de mercurio: 0.0002 mg/l y laboratorio no detecta esos valores.
4.- Informe ensayo 1497214, control físico-químico realizado por laboratorio Dictuc a la unidad de diálisis nueva. Con el resultado de este examen, se autoriza el traslado de la unidad de diálisis al hospital nuevo. Queda pendiente resultado de examen	21 de agosto 2018	Aluminio: < 0,001 mg/L Antimonio: <0.0002 mg/L Arsénico: < 0.0006 mg/L Bario: < 0.00015 mg/L Berilio: <0.00002 mg/L Cadmio: < 0.001 mg/L Calcio: 0.112 mg/L Cloraminas: < 0.05 mg/L Cloro libre: < 0.05 mg/L Cobre: < 0.001 mg/L Conductividad: 3.08 Us/cm Cromo: < 0.001 mg/L Fluoruro: < 0.1 mg/L	Cumple según protocolo local y normativa vigente al 21 de agosto (decreto N° 2357 del año 1994).

físico-químico tomado el 31 de mayo 2019 según consta en un acta de muestreo bacteriológico y endotoxinas emitido por servicio técnico Seteinh.		Magnesio: < 0.102 mg/L Mercurio: <0.0001 Nitrato: 0.5 mg/L Plata: < 0.001 mg/L Plomo: < 0.0003 mg/L Potasio: <0.001 mg/L Selenio: < 0.0004 mg/L Sodio: 0.988 mg/L Sulfatos: 0.5 mg/L Zinc: < 0.001 mg/L Ph: 5.7	
Controles externos microbiológicos del agua tratada (llave alimentación monitores y liquido de diálisis después del dializador)	Mes/año	Resultados	Cumple/No cumple/Observaciones
1.- Informe de análisis microbiológico **LB N° 5078/16**, realizado por laboratorio Labotec Limitada. Muestra N° 1: Producto osmosis Muestra N° 2: Retorno anillo estanque agua tratada Muestra N° 3: Punto 1 máquina 9 anillo de distribución Muestra N° 4: Punto 5 máquina (F6) anillo de distribución Muestra N° 5: Punto 8 máquina (F13) anillo de distribución máquina 4 (F4) Muestra N° 6: Punto 12 máquina (F1) anillo de distribución	4 de noviembre de 2016	Valores dentro de rangos normales (todos menos de 200 ufc/ml)	Cumple de acuerdo a lo establecido en el protocolo local y normativa vigente.
2.- Informe de análisis microbiológico **LB N° 761/17**, realizado por laboratorio Labotec Limitada. Muestra N° 1: Producto osmosis. Muestra N° 2: Retorno anillo distribución. Muestra N° 3: Máquina 1 Muestra N° 4: Máquina 4 Muestra N° 5: Máquina 7 Muestra N° 6: Máquina 11	28 de febrero 2017	Valores dentro de rangos normales (todos menos de 200 ufc/ml)	Cumple de acuerdo a lo establecido en el protocolo local y normativa vigente a febrero del 2017.
Informe de análisis microbiológico N° **LB 2187/17** realizado por Labotec Ltda. Muestra N° 1: Producto osmosis. Muestra N° 2: Retorno anillo estanque agua tratada Muestra N° 3: Máquina 9 Muestra N° 4: Máquina 3 Muestra N° 5: Máquina R Muestra N° 5: Máquina 10	28 septiembre 2017	Valores dentro de rangos normales (todos menos de 200 ufc/ml)	No cumple periodicidad en la toma de muestra: 7 meses del control anterior y el protocolo local y la norma vigente estipula que el control bacteriológico debe ser cada 6 meses.
Informe de análisis microbiológico N° **LB 528/18** realizado por Labotec Ltda. Muestra N° 1: Producto osmosis. Muestra N° 2: Retorno anillo estanque agua tratada Muestra N° 3: Máquina 11 Muestra N° 4: Máquina 3 Muestra N° 5: Máquina 7 Muestra N° 5: Máquina 1	25 abril 2018	Valores dentro de rangos normales (todos menos de 200 ufc/ml)	No cumple periodicidad en la toma de muestra: 7 meses del control anterior y el protocolo local y la norma vigente estipula que el control bacteriológico debe ser cada 6 meses.
3.- Informe de análisis microbiológico ensayo **lAG- 43921**, realizado por laboratorio Bureau Veritas. Muestra N° 1: Post osmosis. Muestra N° 2: Retorno anillo recirculación. Muestra N° 3: Puesto N° 12. Muestra N° 4: Puesto N° 1. Muestra N° 5: Puesto N° 11. Muestra N° 6: Puesto N° 7	17 de mayo 2018	Valores dentro de rangos normales (todos menos de 200 ufc/ml)	Cumple.
4.- Informe de análisis microbiológico ensayo **lAG- 44705**, realizado por laboratorio Bureau Veritas. Muestra N° 1: Post osmosis. Muestra N° 2: Retorno hemodiálisis 1. Muestra N° 3: Retorno hemodiálisis 2.	1 de agosto 2018 (Control planta nueva, sin pacientes)	Valores dentro de rangos normales (todos menos de 200 ufc/ml)	No cumple con punto de toma de muestra. Según protocolo local vigente, se debe tomar 1 muestra en estanque de agua tratada.

Muestra N° 4: Retorno de capilares. Muestra N° 5: Post filtro capilares. Muestra N° 6: Post filtro hemodiálisis Muestra N° 7: Anillo 1. Muestra N° 8: Anillo 2.			
3.- Informe de análisis microbiológico ensayo **IAB- 46143**, realizado por laboratorio Bureau Veritas. Muestra N° 1: Post osmosis. Muestra N° 2: Hemodiálisis 1. Muestra N° 3: Hemodiálisis 2. Muestra N° 4: Retorno de capilares. Muestra N° 5: Post filtro capilares. Muestra N° 6: Post filtro hemodiálisis Muestra N° 7: Anillo 1. Muestra N° 8: Anillo 2.	23 de agosto del 2018 (puesta en marcha)	Valor normal en todas las muestras con resultados < 200ufc/ml. Valor de endotoxinas dentro de rangos normales.	Cumple con valores normales. No cumple con punto de toma de muestra. Según protocolo local vigente, se debe tomar 1 muestra en estanque de agua tratada.
3.- Informe de análisis microbiológico ensayo **IAB- 47180**, realizado por laboratorio Bureau Veritas. Muestra N° 1: Estanque de reuso. Muestra N° 2: Retorno anillo de reuso. Muestra N° 3: Retorno anillo 2 diálisis. Muestra N° 4: Salida estanque diálisis. Muestra N° 5: Producto osmosis. Muestra N° 6: Anillo 1 diálisis. Muestra N° 7: Máquina 10 Muestra N° 8: Máquina 13. Muestra N° 9: Máquina 3. Muestra N° 10: Máquina 1. Muestra N° 11: Máquina respaldo.	4 de enero 2019	Resultado alterado en máquina 10 160 ufc/ml. Máquina 1 con endotoxinas >0.25 UE/ml	No cumple con resultados obtenidos, según protocolo local y decreto 45. 1.- Máquina 10 supera límite máximo permitido (100 ufc/ml). 2.- Nivel de endotoxina en la máquina 1 >0.25 UE/ml, el valor controlado en pre-filtro de la máquina, no debe superar 0.5 UE/ml. Resultado (>0.25) no se puede determinar si es mayor a 0.5
Pre-informe ensayo **IAB - 47509** realizado por laboratorio Bureau Veritas. **Control de endotoxinas.** Muestra N° 1: Producto de osmosis. Muestra N° 2: Retorno sala reuso. Muestra N° 3: Retorno anillo 2. Muestra N° 4: Retorno anillo 1. Muestra N° 5: Salida estanque de reuso. Muestra N° 6: Salida estanque de hemodiálisis. Muestra N° 7: Anillo 2 máquina 18 Muestra N° 8: Anillo 1 máquina 1.	14 de marzo 2019	En muestras números 2, 3, 4 y 5 con recuento de endotoxinas > 0.25 UE/ml	No cumple, según protocolo local y decreto 45 que señala que los valores deben ser menores a 0.25 UE/ml en anillo y menor a 0.5 en muestra tomada pre-filtro de la máquina.
Informe de ensayo **N° 1518495**, realizado por Dictuc. **Control endotoxinas:** Muestra N° 1: Salida reuso. Muestra N° 2: Salida estanque de hemodiálisis. Muestra N° 3: Retorno anillo 1. Muestra N° 4: Retorno anillo 2. Muestra N° 5: Retorno anillo reuso.	28 de marzo 2019	Valores de endotoxina alterado > 0.25 UE/ml en: Muestras N° 1 (sala reuso) N° 2 (estanque hemodiálisis) N° 5 (anillo reuso)	No cumple con normativa vigente los valores tomados del anillo, deben ser < 0.25 UE/ml.
Informe de ensayo **N° 1521059**, realizado por Dictuc. Muestra N° 1: Retorno anillo diálisis 1. Muestra N° 2: Retorno anillo diálisis 2. Muestra N° 3: Salida estanque agua reuso filtrada. Muestra N° 4: Salida estanque agua diálisis. Muestra N° 5: Producto osmosis. Muestra N° 6: Retorno anillo reuso filtro. Muestra N° 7: Llave máquina 1. Muestra N° 8: Máquina 10. Informe de ensayo **N° 1521060**, envía resultados del control de endotoxinas en máquina 10, anillo 1, anillo 2 y máquina 1. Queda pendiente resultado de examen físico químico, microbiológico y endotoxinas tomado el 31 de mayo 2019 según consta en un acta de muestreo bacteriológico y	22 de abril 2019 22 de abril 2019 31 de mayo	Valor de heterótrofos dentro de rangos normales. Valor de endotoxina alterado Muestra 2 (anillo 1) alterada. Endotoxina > 0.25 UE/ml Pendiente su resultado al momento de la evaluación.	No cumple según normativa vigente los valores tomados del anillo, deben ser < 0.25 UE/ml

endotoxinas emitido por servicio técnico Seteinh			

APD 1.4– Tercer elemento medible: Existe constancia de acciones de mejora en caso de que los controles excedan los límites permitidos.

Unidad de diálisis			
Tipo de control y/o medición	Mes/año	Resultado fuera de rango	Acciones de mejora
Análisis físico-químico, Laboratorio Labotec	04-11-2016	1.- El informe **LB N° 5079/16** señala que el mercurio se encuentra fuera de rango. 2.- El informe **LB N° 5079/16** no contiene ni señala valores para el cloro.	1.- Nefrólogo y supervisora de la unidad de diálisis, a través de correo electrónico a la unidad de calidad y seguridad del paciente, recomiendan cambio de laboratorio, ya que éste no mide valores inferiores a 0.005 mg/L, argumentando que no es la primera vez que se presenta dicho problema señalando que el laboratorio responde siempre: "que no tiene instrumentos con menor sensibilidad para medir el mercurio". 2.- No hay registros ni mail que den cuenta de acciones de mejora con respecto a la no medición de cloro.
Análisis físico-químico, Laboratorio Labotec	28-02-2017	1.- Informe **LB N° 5280/17** señala que el mercurio se encuentra fuera de rango. 2.- El informe **LB N° 5280/17** no contiene ni señala valores para el cloro.	1.- Sin evidencia de acciones de mejora. 2.- No hay registros ni mail que den cuenta de acciones de mejora con respecto a la no medición de cloro.
Análisis físico-químico, laboratorio Bureau Veritas	01-08-2018	Informe de ensayo **IAG-44705**: No mide cloro Mercurio, no detectado. No cumple periodicidad	1.- No hay registros ni mail que den cuenta de acciones de mejora con respecto a la no medición de cloro. 2.-Se cambia de laboratorio, el que no detecta valores de mercurio.
Análisis microbiológico	28-09-2017	Informe de análisis microbiológico N° **LB 2187/17,** no cumple periodicidad.	
Análisis microbiológico	25-04-2018	Informe de análisis microbiológico N° **LB 528/18,** no cumple periodicidad	
Análisis microbiológico	01-08-2018	Informe de análisis microbiológico ensayo **IAG-44705**, no cumple con punto de toma de muestra (falta estanque de agua tratada)	Sin evidencia de un plan de mejora.
Análisis microbiológico	23-08-2018	Informe de análisis microbiológico ensayo **IAG-46143**, no cumple con punto de toma de muestra de estanque de agua tratada	Sin evidencia de un plan de mejora.
Análisis microbiológico	04-01-2019	Informe de análisis microbiológico ensayo **IAB-47180**, no cumple por: Niveles altos de heterótrofos 160 ufc/ml. Máquina 1 con endotoxina > 0.25 UE/ml	13 de febrero 2019 enfermera de la unidad, deja constancia en un documento que no contiene remitente, ni recepción de un tercero, que el informe de estos exámenes se encontraba con personal de la concesionaria, sin haberlo comunicado a la unidad. Se realiza un plan de mejora que señala: 1.- Sanitización de la planta de agua programada para el 16 de marzo. 2.- Purga diaria de puntos de muestreo. 3.- Repetir muestras en los 2 puntos alterados (28 de marzo). 4.- Mantenimiento y sanitización (6 de abril). 5.- Se tomará muestra de endotoxina en llave de alimentación. 6.- Sanitización extra el 4 y 5 de mayo.

Análisis microbiológico	14-03-2019	Pre-informe ensayo **lAB - 47509** realizado por laboratorio Bureau Veritas. **Control de endotoxinas.** No cumple por niveles altos de endotoxina > 0.25 UE/ml	Se sanitizó 16/03/2019 según plan de mejora.
Análisis microbiológico	28-03-2019	Informe ensayo **N° 1518495**, realizado por Dictuc No cumple por niveles altos de endotoxina en anillo > 0.25 UE/ml	Se sanitizó el 6 de abril según plan de mejora. Además se reemplazan 6 llaves de muestreo para eliminar exceso de codos: se instalan aspersores en estanques de agua; instalan 4 válvulas para control de llenado de estanques; se eliminaron codos en trayectoria de entrada de agua a equipos de osmosis.
Análisis microbiológico	22-04-2019	Informe ensayo **N° 1521059**, realizado por Dictuc, no cumple por niveles altos de endotoxina en anillo > 0.25 UE/ml	Servicio técnico analiza este nivel alterado de endotoxina y define: Repetir la muestra. Desinfección el 4 de mayo. Desinfección mensual y purga diaria hasta que los valores se normalicen.
Análisis microbiológico mas endotoxinas, análisis físico-químico	31-05-2019	Al día de la evaluación, aún no llegaban los resultados.	

CARACTERÍSTICA APD 1.4 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Diálisis	1° EM: 1	2° EM: 0	3° EM: 0
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 1/3	Porcentaje obtenido: 33%		**Cumple: NO**

SERVICIOS DE APOYO – ANATOMÍA PATOLÓGICA (APA)

CARACTERÍSTICA APA 1.1 / HALLAZGOS

APA 1.1 – Primer elemento medible: Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia					
Prestador al que compra	N° Autorización Sanitaria (A.S.)	Fecha A.S.	SEREMI/SSDS	Copia fiel original documento (Si/No)	N° Registro Re reacreditación
CYS Ltda.	006271	31/03/2015	Seremi de Salud Metropolitano	SI	NA
Centro Oncología Preventiva Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.	085528	03/11/2011	Seremi de Salud Metropolitano	SI	NA

CARACTERÍSTICA APA 1.1 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA APA 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

APA 1.2– Primer elemento medible: Se describe en un documento elaborado por la Unidad:

Servicio de Anatomía Patológica							
Nombre del documento: Procedimientos Etapa Pre-Analítica Biopsias y Citologías Unidad de Anatomía Patológica							
Código: PO-UAP-01	Versión: 5	Fecha: Noviembre 2017	Fecha vigencia: Noviembre 2022			N° páginas: 20	
Elaborado por: TM Roxana Parra L Tecnólogo médico supervisor Anatomía Patológica			Aprobado por: Hugo Benítez C Jefe Unidad Anatomía Patológica				
El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO)							
1. Datos mínimos que debe contener la solicitud de estudio anatomopatológico		SI	2. Obtención de muestras	SI	3. Criterios generales		SI
4. Rotulación	SI	5. Traslado de muestras	SI	6. Criterios de rechazo de muestras	SI	7. Se han definido los responsables de su aplicación	SI
Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento elaborado por la Unidad. Responsables de su aplicación: Biopsias diferidas o intra operatoria Obtiene: médico o cirujano dentista Rotula: Técnico paramédico, supervisado por matrona o enfermera. Traslada: Auxiliar paramédico, supervisado por matrona o enfermera. Recibe: técnico paramédico APA supervisado por tecnólogo médico o secretaria.							

Citología miscelánea
Obtiene: Médico
Rotula: Técnico paramédico, supervisado por matrona o enfermera.
Traslada: Auxiliar paramédico, supervisado por matrona o enfermera.
Recibe: secretaria

Papanicolaou
Obtiene: Matrona o médico.
Rotula: Matrona
Traslada: Auxiliar paramédico, supervisado por matrona o enfermera.
Recibe: secretaria.

En la página 8, ítem 7 registra a descripción del proceso para cada tipo de muestras:
Biopsia intraoperatoria:
Datos mínimos de la solicitud, entre ellos:
Nombre y dos apellidos del paciente
Cédula de Identidad
Edad del paciente
Órgano
Lateralidad, indicadores de margen si corresponde
Profesional responsable de la toma de muestra
Fecha y hora de la Toma de muestra.

Obtención: de acuerdo a la evaluación del médico cirujano.
Envasado: en bolsa plástica sellada, sin aplicar solución de fijación.
Rotular la bolsa con la muestra con: Nombre y dos apellidos del paciente Órgano Cirujano
Para el traslado: Enviar en forma inmediata tras la extracción, la muestra envasada y su solicitud hasta la Unidad de Anatomía Patológica.
Criterios generales: No usar fijador, transportar de inmediato.

Biopsia diferida y citología miscelánea
Datos mínimos de la solicitud, entre ellos:
Identificación del paciente
Profesional responsable de la toma de muestra
Servicio clínico para entrega del informe
Fecha de toma de muestra
Procedimientos endoscópicos: Adjuntar copia del Informe del procedimiento.

Obtención: de acuerdo a la evaluación del médico cirujano.
Envasado Citologías:
Muestras líquidas: Envasar sólo en tubos entregados en la recepción de UAP.
Muestras extendidas: Fijar en forma inmediata al procedimiento, con Cito fijador en spray o sumergiendo las placas con
Envasado Biopsias: describe el envasado para las muestras endoscópicas y las muestras pequeñas.
Rotulación:
Nombre, apellidos paterno y materno del paciente
Cédula de Identidad y/o Ficha Clínica
Fecha de obtención de la muestra
Órgano
Servicio de origen

Traslado: Debe acompañarse siempre de un libro de traslado donde se registre la recepción de la muestra. Las piezas quirúrgicas de mama y órganos huecos deben trasladarse en forma inmediata a UAP en bolsa doble y en fresco.
Criterios generales: volumen del fijador muestras pequeñas 10 cc, muestras de mediano tamaño al menos 4 veces el tamaño de la muestra.

Papanicolaou
Datos mínimos de la solicitud, entre ellos:
Identificación del paciente:
Institución (donde se toma la muestra) Comuna de institución
Antecedentes clínicos
Tipo de muestra (cervical o vagina l) Fecha de muestra (día, mes y año) Actividad de toma de muestra:
Fecha de última menstruación
Identificación del profesional que toma la muestra
Código del consultorio

Obtención de la muestra:
Extender la muestra sobre portaobjeto de bordes esmerilados
Fijar la muestra con citospray en forma inmediata.

Rotulación: iniciales del nombre y dos apellidos del paciente y/o con cédula de identidad.
Empaquetado: Doblar la solicitud de examen, protegiendo, en forma envolvente, la lámina con la muestra

Registrar cada una de las muestras en nómina de derivación Traslado:
Traslado: Entregar a funcionario de movilización, en día y hora previamente definido el: Contenedor para muestras de citología Planilla con nómina de exámenes derivados, entregar en laboratorio de Anatomía Patológica.

En la página 15, ítem 7.4 describe 7.4, la entrega en UAP: En la UAP el TP (o en su ausencia la secretaria) verifica que los datos estén completos, legibles y congruentes en solicitud de examen - muestra - libro o registro de traslado del origen.
Aplicación de los Criterios de rechazo, entre ellos:
Biopsias que sean enviadas en un frasco de tamaño inadecuado o boca angosta
Biopsias que no concuerden los datos de la solicitud con el rótulo de la bolsa o frasco y con el libro de registro.
Solicitud sin diagnostico o sospecha clínica u otro dato incompleto.
Letra ilegible.
Biopsias que sean enviadas en condiciones de fijación inadecuada.
Biopsias que no vengan rotuladas.
Biopsia en un frasco sin muestra.
Hueso sin radiografía.

Observaciones:
1. Se tienen a la vista versiones anteriores del documento:
Procedimientos Etapa Pre-Analítica Biopsias y Citologías Unidad de Anatomía Patológica, versión 04, fecha de aprobación septiembre de 2015, elaborado por TM Roxana Parra L, Tecnólogo médico supervisor Anatomía Patológica, Aprobado por Dr. Francisco Bueno, Director Hospital Regional Antofagasta.
Se cumple con el periodo de retrospectividad que aplica a este proceso de reacreditación y esta característica.

Se da por cumplido el elemento medible.

APA 1.2– Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Anatomía Patológica		
Nombre del indicador	BIOPSIAS DIFERIDAS RECHAZADAS EN UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA	
Fórmula matemática	Nº de biopsias diferidas rechazadas que no cumplen con los criterios de manejo en un periodo de tiempo/ Nº total de muestras recepcionadas en el mismo periodo x 100	
Umbral de cumplimiento: <10%		Periodicidad de la evaluación: Mensual, con análisis trimestral

APA 1.2– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Anatomía Patológica	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	TM encargado
Fuente primaria	Planilla de registro de rechazo de muestra
Fuente secundaria	Libro de registro de Ingreso de muestras
Periodo evaluado	01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** no aplica, se evalúa el total de biopsias diferidas rechazadas. **Metodología de muestreo:** No aplica para este indicador. **Criterios de incumplimiento:** Aplicación de los Criterios de rechazo, entre ellos: Frasco de tamaño inadecuado o boca angosta Biopsias que no concuerden los datos de la solicitud con el rótulo de la bolsa o frasco y con el libro de registro. Solicitud sin diagnostico o sospecha clínica u otro dato incompleto. Letra ilegible. Biopsias que sean enviadas en condiciones de fijación inadecuada. Biopsias que no vengan rotuladas. Biopsia en un frasco sin muestra. Hueso sin radiografía.
Metodología de constatación	**Período retrospectivo a evaluar:** Dado que corresponde a un proceso de re acreditación el periodo de retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019 **Selección de la muestra:** La medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando los meses a evaluar: Junio 2018 y febrero 2019. **Registros revisados**: Procedimientos Etapa Pre-Analítica Biopsias y Citologías Unidad de Anatomía Patológica, página 18, anexo 1, Indicador: porcentaje de biopsias diferidas rechazadas, registra; Nombre del indicador, tipo, fórmula definición de términos, fuente primaria y secundaria y metodología, periodicidad responsable de la medición. Informe de evaluación periódica del indicador 2017, 2018 y 2019. Registro de rechazo de muestras, separados por meses de registro de rechazo, este contiene: Mes, año, fecha, servicio de origen, muestra, tipo de rechazo en un listado con categorías según el protocolo, TP que rechaza, Nombre y apellido de quien recibe el rechazo, nombre completo del paciente, reingreso de la muestra (fecha, hora, N° de biopsia y TM que se constata si corresponde). Libro de ingreso de las muestras a Anatomía Patológica que contiene: N° de biopsia, Fecha, ficha, origen. **De la constatación:** Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica

del indicador, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento por cada los 36 meses.
Se constata que el total de rechazos estén registrados "Registro de rechazo de muestras".
En la evaluación de la fuente primaria se constata que la cantidad de rechazos reportados por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de evaluaciones a través de la revisión Registro de rechazo de muestra, constatándose:
Junio de 2018: 25 rechazos.
Febrero de 2019: 19 rechazos.
Para evaluar la fiabilidad del denominador **se cuenta** el universo de total de muestras recepcionadas, registradas en libro de ingreso de las muestras de Anatomía Patológica de los 2 meses a evaluar por Randomizer, según Ord. Circular IP N°5.
Se contabiliza que el denominador corresponda a lo informado.

Mes	Total de muestras recepcionadas reportadas por el prestador	Total de muestras recepcionadas	Cumplimiento
Junio 2018	934	934	SI
Febrero 2019	905	905	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	730	741	1,48			
Julio 2016	647	650	0,46			
Agosto 2016	722	732	1,37			
Septiembre 2016	644	650	0,92			
Octubre 2016	581	583	0,34			
Noviembre 2016	586	594	1,35			
Diciembre 2016	612	620	1,29			
Enero 2017	646	670	3,58			
Febrero 2017	593	598	0,84			
Marzo 2017	792	807	1,86			
Abril 2017	621	635	2,20			
Mayo 2017	774	785	1,40			
Junio 2017	683	692	1,30			
Julio 2017	798	810	1,48			
Agosto 2017	781	786	0,64			
Septiembre 2017	780	790	1,27			
Octubre 2017	553	557	0,72			
Noviembre 2017	644	649	0,77			
Diciembre 2017	525	529	0,76			
Enero 2018	638	649	1,69			
Febrero 2018	659	666	1,05			
Marzo 2018	814	830	1,93			
Abril 2018	871	889	2,02			
Mayo 2018	844	870	2,99			
Junio 2018	**880**	**905**	**2,76**	**880**	**905**	**2,76**
Julio 2018	972	985	1,32			
Agosto 2018	1006	1011	0,49			
Septiembre 2018	751	761	1,31			
Octubre 2018	1101	1122	1,87			
Noviembre 2018	859	873	1,60			
Diciembre 2018	846	853	0,82			
Enero 2019	967	976	0,92			
Febrero 2019	**915**	**934**	**2,03**	**915**	**934**	**2,03**
Marzo 2019	1045	1053	0,76			
Abril 2019	1094	1100	0,55			
Mayo 2019	1257	1268	0,87			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APA 1.2 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Anatomía Patológica	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA APA 1.3 / HALLAZGOS

APA 1.3– Primer elemento medible: Se describe en un documento elaborado por el Servicio de Anatomía Patológica.

Servicio de Anatomía Patológica				
Nombre del documento: PROCEDIMIENTOS DE ETAPA ANALÍTICA Y POST ANALÍTICA: BIOPSIAS Y CITOLOGÍAS				
Código: PO-UAP-04	Versión: 05	Fecha: mayo 2018	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 25
Elaborado por: TM Roxana Parra L Tecnólogo médico supervisor Anatomía Patológica		Aprobado por: Hugo Benítez C Jefe Unidad Anatomía Patológica		

El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO)						
1. Asignación de responsabilidad respecto a la realización de los exámenes, la validación de resultados y la entrega de informes, incluyendo biopsias rápidas						SI
2. Procedimiento de respaldo de los informes, láminas histológicas y tacos		SI	3. Técnicas de procesamiento de muestras			SI
4. Protocolo de control de calidad	SI	5. Plazos de entrega de resultados de los exámenes		SI	6. Se han definido los responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento elaborado por la Unidad.
En la página 2 define las **responsabilidades**:

Técnicas	**Biopsia Intraoperatoria**	**Biopsia diferida**	**Citología miscelánea**	**Papanicolaou**
Técnicas de procesamiento	TM y TP	TM y TP	TP	TP
Realización	Médico Anatomopatólogo	Médico Anatomopatólogo	Médico Anatomopatólogo y TM	Médico Anatomopatólogo
Validación	Médico Anatomopatólogo	Médico Anatomopatólogo	Médico Anatomopatólogo	Médico Anatomopatólogo
Entrega informes	TP	Auxiliar	Auxiliar	Auxiliar

Técnicas de procesamiento de muestras y plazos de entrega de resultados

En la página 9 y 10, Biopsia Intraoperatoria
Técnica de Procesamiento: tinción manual de hematoxilina eosina.
Plazos de informe: inmediato.
Respaldos y archivos: Los preparados histológicos son rotulados con el número de registro asignado y archivadas de manera correlativa y por año. Junto a los preparados histológicos de la biopsia diferida en los archivadores de preparados histológicos de la UAP. Los informes de las biopsias intraoperatorias son incorporados a la ficha clínica en el momento del diagnóstico.

En la página 10 y 11, Procedimiento biopsia diferida:
Técnicas de procesamiento: se realiza por deshidratación ascendente mediante alcoholes de 70, 96 y 99 grados, exposición a líquido intermediario y a un medio de impregnación (parafina).
Los cortes histológicos son teñidos según indique la técnica, con a) la tinción de hematoxilina eosina de acuerdo, b) técnicas especiales o e) técnicas inmunohistoquímicas, de acuerdo a la indicación del médico
Plazos de informe:
Biopsias tipo 1: 7 días hábiles
Biopsias tipo 2: 10 días hábiles
Respaldos y archivos: Las láminas histológicas 15 años, las inclusiones en parafina de las biopsias por 10 años. Los respaldos de los informes de biopsia 15 años.

En la página 10 y 11, Procedimiento citología
Técnicas de procesamiento: tinción y entrega a TM. Las muestras se centrifugan y el sedimento celular se extiende en láminas de vidrio. Una vez secas se tiñen con tinción de Papanicolaou.
Plazo de Informe: hasta 10 días hábiles.

En la página 17 y 18, Procedimiento PAPANICOLAOU:
Técnica de Procesamiento, tinción y entrega. El TP tille las láminas con la tinción de Papanicolaou
Plazos de insomne: hasta 10 días hábiles.

Respaldos y archivos de citología:
Exámenes de Papanicolaou negativos: las láminas se archivan por año calendario y por número correlativo por un plazo de 6 años.
Exámenes de Papanicolaou positivos: las láminas se archivan por año calendario y por número correlativo en forma permanente.
Citologías misceláneas: las láminas se archivan por año calendario y por número correlativo los casos positivos y negativos por un plazo de 10 años en un mismo archivador.

En la página 19 describe los **protocolos de calidad internos** para cada una de las técnicas del laboratorio,
Biopsias, entre ellas
Primera revisión de congruencia de datos rotulación y solicitud.
Segunda revisión de congruencia de datos rotulación y solicitud.
Congruencia entre el número de casetes y la cantidad de inclusiones resultantes para el mismo caso a través de la aplicación de pautas de supervisión.

Citología miscelánea, entre ellas

Primera revisión de congruencia de datos de rotulación y solicitud de las muestras.
Segunda revisión de congruencia de datos al momento de la tinción.
Los colorantes se filtran todas las semanas, y cada dos semanas se realiza cambio de estos, para asegurar la correcta tinción de las células
Tercera revisión de congruencia de datos (numeración de solicitud y numeración de láminas)

PAPANICOLAOU, entre ellas
Revisión de congruencia de listado planilla y exámenes de PAP
Los colorantes se filtran todas las semanas, y cada dos semanas se realiza cambio.
Re- screening al menos del 10% de los exámenes papen forma aleatoria.
Supervisión de casos positivos

Observaciones:
1. Se tienen a la vista versiones anteriores del documento:
Procedimientos de etapa analítica y post analítica: biopsias y citologías, versión 04, fecha de aprobación noviembre de 2017, elaborado por TM Roxana Parra L, Tecnólogo médico supervisor Anatomía Patológica, Aprobado por Dr. Hugo Benítez, jefe UAP.
Procedimientos de etapa analítica y post analítica: biopsias y citologías, versión 03, fecha de aprobación septiembre de 2015, elaborado por TM Roxana Parra L, Tecnólogo médico supervisor Anatomía Patológica, Aprobado por Dr. Hugo Benítez, jefe UAP.
Se cumple con el periodo de retrospectividad que aplica a este proceso de reacreditación y esta característica.

Se da por cumplido el elemento medible.

APA 1.3– Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento. Al menos debe incluir indicador relacionado a control de calidad interno.

Servicio de Anatomía Patológica		
Nombre del indicador (1)	% DE BIOPIAS CONGRUENTES RECIBIDAS EN LABORATORIO, DE ACUERDO A REGISTROS DE MÉDICO ANATOMOPATÓLOGO	
Fórmula matemática	Nº de biopsias congruentes recibidas en el laboratorio de acuerdo a registros de médico Anatomopatólogo en un periodo de tiempo/ N° total de muestras recibidas en laboratorio en el mismo periodo de tiempo x 100	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: mensual con informe trimestral
Nombre del indicador (2)	PORCENTAJE DE BIOPSIAS ENDOSCÓPICAS DIGESTIVA QUE EN BLOQUE DE PARAFINA PRESENTEN, AL MENOS, EL MISMO Nº DE FRAGMENTOS QUE EL DESCRITO EN EL CASETE HISTOLÓGICO (DESDE ABRIL DE 2018)	
Fórmula matemática	Nº informes de biopsias endoscópicas con al menos el mismo número de fragmentos descrito en el casete histológico en un periodo de tiempo/Nº total de biopsias endoscópicas revisadas en el mismo periodo de tiempo	
Umbral de cumplimiento: 75%		Periodicidad de la evaluación: mensual, con informe trimestral

APA 1.3– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Anatomía Patológica	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Tecnólogo médico encargado de calidad
Fuente primaria	Indicador 1: Solicitud de biopsias Indicador 2: Casete Histológico
Fuente secundaria	Indicador 1: Pautas de supervisión de biopsias recibidas en laboratorio y entrega de rutina diaria a médicos patólogos Indicador 2: Pauta de supervisión de supervisión recibidas en el laboratorio y entrega de rutina diaria a médicos Anatomopatólogo.
Periodo evaluado	01 de junio 2016 al 30 de mayo 2019
Metodología de medición del prestador	**Indicador N°1** **Metodología del cálculo de la muestra:** no aplica, se mide el total de las biopsias recibidas en el laboratorio. **Metodología de muestreo:** No aplica para este indicador. **Criterios de cumplimiento:** cumple cuando es congruente el N° de casete registrado en la solicitud por el medico Anatomopatólogo y lo chequeado por el TM. **Indicador 2** **Metodología del cálculo de la muestra:** no aplica, se evalúa el total de las muestras endoscópicas recibidas, **Metodología de muestreo:** No aplica para este indicador. **Criterios de cumplimiento:** en el momento de la descripción macroscópica del TP anota en un costado del casete el número de fragmentos de la biopsia dictado por el médico patólogo. Este número es cotejado por el TM una vez recibida la inclusión en parafina, cumple cuando presentan al menos el mismo número de fragmentos.
Metodología de constatación	**Período retrospectivo a evaluar:** Dado que corresponde a un proceso de reacreditación el periodo de retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019 **Selección de la muestra:** La medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando los meses a evaluar: Junio 2018 y febrero 2019. **Registros revisados**:

Procedimientos de etapa analítica y post analítica: biopsias y citologías, página 24, anexo 1, Indicador: porcentaje de biopsias endoscópicas digestiva que en bloque de parafina presenten, al menos, el mismo nº de fragmentos que el descrito en el casete histológico, registra; Nombre del indicador, tipo, fórmula definición de términos, fuente primaria y secundaria y metodología, periodicidad responsable de la medición.
Informe de evaluación periódica del indicador 2017, 2018 y 2019.
Registro de rutina de cortes histopatológicos que contiene: Nombre de TM, N° de biopsia, Nade bloques indicados en la solicitud, coincide con la solicitud (SI-NO). Recepción por el TM, N° de fragmentos en cloque de parafina es igual o mayor que el N° escrito en el casete (cumple, No cumple).

De la constatación:

Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento en los 36 meses de evaluación.
Se constata que la cantidad de muestras reportados por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de evaluaciones a través de la revisión de registros de rutina de cortes, constatándose:
Junio de 2018:

Fecha	Total evaluaciones	Cumple	No cumplen	Concuerda con lo constatado por la EA
01-06-2018	10	10	0	SI
01-02-2019	12	11	1	SI

Se constata el incumplimiento de la biopsia N°19/936.
Se constatan fuentes primarias (Registro de rutina de cortes histopatológicos y casete histopatológico), seleccionándose un día de evaluación y 5 biopsias, evaluando el registro en un costado del casete el número de fragmentos de la biopsia dictado por el médico patólogo y el registro de rutina de cortes histopatológicos), resultado de la constatación:

Día evaluado	Número de biopsia evaluada	Los fragmentos en el bloque de parafina es igual que el N° escrito en el casete (registro de evaluación realizada por el prestador) Cumple SI- NO	Los fragmentos en el bloque de parafina es igual que el N° escrito en el casete (registro de constatación realizada por el evaluador) Cumple SI- NO	CUMPLE
Junio 2018	18/3838	SI	SI	SI
Junio 2018	18/3840	SI	SI	SI
Junio 2018	18/3844	SI	SI	SI
Junio 2018	18/3852	SI	SI	SI
Junio 2018	18/3844	SI	SI	SI
Febrero 2019	19/899	SI	SI	SI
Febrero 2019	19/925	SI	SI	SI
Febrero 2019	19/926	SI	SI	SI
Febrero 2019	19/932	SI	SI	SI
Febrero 2019	19/923	SI	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	799	814	98,16			
Julio 2016	664	676	98,22			
Agosto 2016	752	759	99,08			
Septiembre 2016	677	684	98,98			
Octubre 2016	625	635	98,43			
Noviembre 2016	582	586	99,32			
Diciembre 2016	670	678	98,82			
Enero 2017	656	659	97,64			
Febrero 2017	620	635	97,96			
Marzo 2017	770	786	97,64			
Abril 2017	636	648	98,15			
Mayo 2017	805	820	98,17			
Junio 2017	697	710	98,17			
Julio 2017	788	800	98,50			
Agosto 2017	804	828	97,10			
Septiembre 2017	731	733	99,73			
Octubre 2017	549	555	98,92			
Noviembre 2017	641	653	98,16			

Diciembre 2017	566	576	98,26			
Enero 2018	590	596	98,99			
Febrero 2018	684	694	98,56			
Marzo 2018	801	809	99,01			
Abril 2018	271	286	94,76			
Mayo 2018	268	286	93,71			
Junio 2018	**244**	**261**	**93,49**	**244**	**261**	**93,49**
Julio 2018	238	250	95,20			
Agosto 2018	273	277	98,56			
Septiembre 2018	244	266	91,73			
Octubre 2018	342	350	97,71			
Noviembre 2018	246	251	98,01			
Diciembre 2018	224	231	96,97			
Enero 2019	282	293	96,2%			
Febrero 2019	**278**	**288**	**95,5%**	**278**	**288**	**95,5%**
Marzo 2019	124	189	65,61			
Abril 2019	372	380	97,7%			
Mayo 2019	404	412	98,1%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APA 1.3/ FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Anatomía Patológica	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA APA 1.4 / HALLAZGOS

APA 1.4– Primer elemento medible: Se describen en un documento las condiciones de bioseguridad en la Unidad, que incluyen al menos: precauciones estándar, manejo de desechos orgánicos y almacenamiento de sustancias peligrosas.

Servicio de Anatomía Patológica				
Nombre del documento: PROCEDIMIENTOS DE BIOSEGURIDAD UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA				
Código: PO- UAP-05	Versión: 05	Fecha: Noviembre 2017	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 23
Elaborado por: TM Roxana Parra L Tecnólogo médico supervisor Anatomía Patológica		Aprobado por: Dr. Francisco Bueno Natusch, Director (s) Hospital Regional Antofagasta		

El documento describe al menos los siguientes elementos: (SI/NO)					
1. Precauciones estándar	SI	2. Manejo de desechos orgánicos	SI	3. Almacenamiento de sustancias peligrosas	SI

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad.
En a pagina 2 define el alcance: aplicar todo funcionario perteneciente a la UAP u externo.
Responsables:
Jefe de la Unidad: velar por el cumplimiento.
Supervisor de la unidad: dar a conocer las medidas, coordinar capacitaciones.
TM en turno de bioseguridad: aplicar pautas semanalmente, organizar charla, mantener orden de sustancias peligrosas.
Auxiliar UAP: Limpieza
Sociedad concesionaria: retiro y administración de residuos.

En la página 6 ítem 7 describe el proceso de la bioseguridad, entre ellos define:
En el ítem 7.2 accesos y áreas de riesgo.
En el ítem 7.3 describe las precauciones estándar:
Precauciones generales para la precaución del personal en 13 medidas, entre ellas:
Toda muestra o cadáver se considera potencialmente contaminadas.
El uso de guantes será obligatorio en toda tarea relacionada con la manipulación de químicos o de muestras de tejido, sangre o fluidos, mientras estas muestras no se encuentres procesadas histológicamente.
Está prohibido salir de sala de microscopía y sala de autopsia usando las prendas protectoras.
Pipetear con propipetas. nunca con la boca.
No se utilizará Xileno en ningún proceso dentro de la UAP

Ítem 7.3.2 riegos y áreas críticas.
Riesgos por agentes biológicos (VIH , HB, etc)
Riesgos por agentes químicos (formalina).
Riesgos por agentes físicos.

El uso de los elementos depende de la tarea, por lo que se utilizan de acuerdo a lo definido en los anexos del documento (anexo N°3). En el caso de autopsias de riesgo como: Micobacterium tuberculosis, Hanta Virus, Meningitis, virus de la influenza u otro de alto riesgo se utilizan mascarillas N95. Para la recepción y entrega de cadáveres sin autopsia en morgue debe usarse pechera y guantes en todo evento.

En el ítem 7.33 define elementos de protección personal (guantes, protector facial, mascarilla, buzo y gotas)
En la página 11, ítem 7.5 define la utilización de sustancias químicas:
Los reactivos químicos líquidos más usados son utilizados en sus envases originales y etiquetados , bajo una campana de extracción especialmente diseñada para estos fines.
Algunos se usarán conectados a dispensadores automáticos que permanecen cerrados hasta el momento de su uso. Además, estas sustancias no se mueven de su posición mientras se manejan.
En el laboratorio, se dispone de un auxiliar de pipeteo automático para aquellos químicos en uso que no pueden ser conectados a los dispensadores antes mencionados por su alto poder corrosivo.
Está prohibido el uso de xileno en la Unidad de Anatomía Patológica.
En la sala de microscopía se manejan dos bidones cerrados con fijador formaldehído preparado al 3,7% p/v, tamponados con sales fosfato.
Cada estación de microscopía posee un bidón dispensador de esta solución.

En el ítem 7.6 describe el almacenamiento de sustancias químicas
El almacenamiento se realiza en una bodega que posee una campana de extracción y al menos 6 renovaciones de aire por hora.
El almacenamiento se planifica de acuerdo a incompatibilidades químicas (explosivo, conburente, inflamable, tóxico, corrosivo).
Define además las incompatibilidades químicas para su almacenamiento.

APA 1.4– Segundo elemento medible: Se constata: almacenamiento de sustancias peligrosas* (Xilol, Formaldehido) de acuerdo a procedimiento local.

Describa constatación y hallazgos en APA: En compañía de la en cargada de calidad de UPA, realiza inspección visual de las áreas de almacenamiento de sustancias peligrosas (formalina) y se verificó en terreno que el prestador no dispone de la sustancia Xilol.
Se constatan en las salas de:
Microscopía y rápidas
Bodega
Lavado y material
Criterios de cumplimientos evaluados y su resultado:
Criterio 1: Los reactivos químicos líquidos son utilizados en sus envases originales y etiquetados, bajo una campana de extracción: Cumple
Criterio 2: Los reactivos químicos se usarán conectados a dispensadores automáticos que permanecen cerrados hasta el momento de su uso: Cumple
Criterio 3: Está prohibido el uso de xileno en la Unidad de Anatomía Patológica: Cumple (se consta que el laboratorio no usa Xileno).
Criterio 4: En la sala de microscopía se manejan dos bidones cerrados con fijador formaldehído: Cumple
Criterio 5: Cada estación de microscopía posee un bidón dispensador de esta solución: Cumple.

Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APA 1.4 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Anatomía Patológica	1° EM: 1	2° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

SERVICIOS DE APOYO – QUIMIOTERAPIA (APQ)

CARACTERÍSTICA APQ 1.1 / HALLAZGOS

APQ 1.1 – Primer elemento medible: Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia					
Prestador al que compra	N° Autorización Sanitaria (A.S.)	Fecha A.S.	SEREMI/SSDS	Copia fiel original documento (Si/No)	N° Registro reacreditación
Hospital Calvo Mackenna	NA	NA	NA	NA	110
Instituto Neurocirugía de Alfonso Asenjo.	NA	NA	NA	NA	92

CARACTERÍSTICA APQ 1.1 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA APQ 1.2 / HALLAZGOS

APQ 1.2– Primer elemento medible: Se describe en documentos.

Unidad de Quimioterapia				
Nombre del documento (1): PROCEDIMIENTO TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA.				
Código: PO-UQT-36	Versión: 03	Fecha: Octubre 2018	Fecha vigencia: Octubre 2023	N° páginas: 10
Elaborado por: EU Carla Vega Pizarro, Oncología Infantil; EU Valeria Gallardo Silva, Oncología Adulto		Aprobado por: Dra. Ángela Estay, Oncóloga Adulto, Hospital Regional Antofagasta		

Describe (SI/NO)	1. Protocolos de tratamiento de quimioterapia	SI	2. Procedimiento de registro para las atenciones de quimioterapia	NA

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista el documento de carácter institucional, se destacan los siguientes contenidos

En la página 2 se describen:
Objetivo: Estandarizar tratamiento de pacientes pediátricos y adultos con cáncer sensibles a quimioterapia, a través de protocolo descritos ministerialmente (PINDA y PANDA).
Alcance: Este procedimiento aplica a las Unidades de Hematoncología pediátrica / adulta que requieran de atención ambulatoria y/o Hospitalizada.
Responsables, entre ellos:
Médico Unidad de Quimioterapia: Es el responsable de diagnosticar e indicar tratamiento de quimioterapia.
Enfermera Unidad de Quimioterapia: Su responsabilidad es administrar la quimioterapia.
Técnico paramédico: Su responsabilidad es colaborar con los procedimientos de enfermería.

En la página 2, ítem 4, Definición, entre ellos definen:
Quimioterapia.
Objetivo de la quimioterapia.
Eficacia.
Acción de los citotóxicos.
Vías de administración.
Efectos adversos.
Tratamiento de quimioterapia.

En laspáginas 5 y 6, ítem 7, se señala la descripción del proceso, se destaca entre ellos los siguientes contenidos:
Confirmación diagnostica de la patología Hematoncológica (mediante estudios descritos en PINDA - PANDA)
Entrevista inicial con padres y pacientes.
Ingreso del paciente a las Unidades de Quimioterapia (Ambulatorio y/o hospitalizada).
Educación al paciente y/o familiar sobre tratamiento a seguir.
Verificar indicación médica con esquema de protocolo.
Administración de quimioterapia descrita en procedimiento PO-UQT-17.
Indicaciones al alta: Paciente pediátrico: entrega de episodio clínico. Paciente adulto: entrega de carnet de alta.
Los registros de enfermería y de indicaciones de quimioterapia son archivados en Historia clínica.

En página 8, se describe en Anexo N°1: Pauta de supervisión Tratamiento de quimioterapia.

En páginas 9 y 10, presenta Anexo N°2: Indicador.

Observaciones:
Se tienen a la vista versión anterior del documento:
"Procedimiento tratamiento de quimioterapia". Versión 02, fecha aprobación junio 2015, elaborado por Romyna Aguilar Veliz, enfermera oncología infantil y Valeria Gallardo Silva, enfermera oncología adulto y aprobado por Dra. Ángela Estay, oncóloga adulta HRA.
Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

Nombre del documento (2): PROCEDIMIENTO REGISTROS CLINICOS EN QUIMIOTERAPIA				
Código: PO-APQ-01	Versión: 01	Fecha: Octubre 2018	Fecha vigencia: Octubre 2023	N° páginas: 10
Elaborado por: EU Carla Vega Pizarro, Oncología Infantil; EU Valeria Gallardo Silva, Oncología Adulto		Aprobado por: Sr. Ricardo Salazar Cabrera, Director Hospital Regional Antofagasta		

Describe (SI/NO)	1. Protocolos de tratamiento de quimioterapia	NA	2. Procedimiento de registro para las atenciones de quimioterapia	SI

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista el documento de carácter institucional, se destacan los siguientes contenidos
En la página 2 se describen:
Objetivo y alcance: Este procedimiento aplica a los registros clínicos utilizados en las atenciones de los pacientes hospitalizados de las unidades de quimioterapia pediátricas y adultas del Hospital Regional Antofagasta.
Responsables, entre ellos:
Médico Oncólogo: Es el responsable de realizar, registrar e indicaciones el tratamiento médico del paciente en la historia clínica y una vez finalizado este, realizar epicrisis y carnet de alta.
Enfermera Quimioterapia: Es responsable de registrar en hoja de enfermería el ingreso a tratamiento y posteriores ciclos de quimioterapia del paciente.
Técnico paramédico: Es responsable de registrar los controles del ciclo vital del paciente.

En la página 3, ítem 4, se describen definiciones, entre ellas:
Registros Clínicos: conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención.
Protocolo de quimioterapia: es un documento estandarizado nacionalmente que se anexa en la historia clínica del paciente, donde esta especificado claramente las drogas, dosis a administrar, así como también el tiempo de administración, premedicación y vigilancia.
Episodio Clínico: documento que resume la enfermedad del paciente que motivó su tratamiento de quimioterapia y que es entregado a éste cuando se va de alta o es derivado. Dicho documento es de responsabilidad médica.

Carnet de quimioterapia: documento utilizado por oncología adulto que resume la información del paciente, tratamiento entregado, fecha de ingreso y alta. Es entregado cuando se va de alta o es derivado.

En las páginas 4, 5 y 6, ítem 7, se señala la descripción del proceso:
La historia clínica deberá contar con la siguiente documentación adicional: ingreso médico, hoja de historia y evolución médica, epicrisis, registro de enfermería unidad de quimioterapia.
Requisitos generales de los registros clínicos de quimioterapia: se destaca tabla resumen con los contenidos acordes al tipo de atención de salud realizada y la identificación del profesional que realiza la atención o registra:

NOMBRE DEL REGISTRO	RESPONSABLE DE REGISTRAR	CONTENIDOS MINIMOS A CONSIDERAR
Indicación médica quimioterapia	Médico Oncólogo	Identificación de paciente Esquema quimioterapia: drogas, dosis, tiempo administración, n° de ciclos, terapia de soporte. Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico.
Protocolo PINDA- PANDA	Médico Oncólogo	
Hoja de registro diario de quimioterapia oncología infantil	Enfermera	Identificación del paciente: nombre y apellidos, RUT. Identificación de hospitalización: Fecha de ingreso y alta, diagnósticos de ingreso y egreso, indicaciones Protocolo de quimioterapia Procedimientos terapéuticos realizados Identificación del profesional médico: nombre, firma, timbre
Carnet de quimioterapia	Enfermera	Identificación de paciente: nombre, apellido, edad, RUT. Historia clínica Fecha de ingreso y administración de tratamiento Nombre de médico tratante Diagnostico oncológico Fecha de citaciones a control médico Fecha de citaciones a tratamiento Tratamiento Terapia de soporte
Carnet de alta	Médico Oncólogo	Identificación del paciente: nombre y apellidos, RUT. Identificación de hospitalización: Fecha de ingreso y alta, diagnósticos de ingreso y egreso. Procedimientos terapéuticos realizados Identificación del profesional médico: nombre, firma, timbre

En la página 8, presenta Anexo N°1: Registro diario de Quimioterapia Infantil.
En la página 9, presenta Anexo N°2: Carnet de Quimioterapia Adulto.
En la página 10, presenta Anexo N°3: Historia y Evolución Clínica.

Observaciones:
Se tienen a la vista versión anterior del documento:
"Procedimiento registros clínicos en quimioterapia". Versión 00, fecha aprobación julio 2014, elaborado por Valeria Gómez, enfermera quimioterapia adulto y Jessica Álvarez, enfermera quimioterapia infantil y aprobado por Dra. Juana Prez Moraga, Director HRA.
Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

APQ 1.2– Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Quimioterapia Adulto		
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS QUE CUMPLEN CON EL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA.	
Fórmula matemática	N° de procedimientos que cumplen con el tratamiento de quimioterapia según pauta en un periodo de tiempo/ N° total de procedimientos de tratamientos de quimioterapia evaluados en el mismo periodo x 100.	
Umbral de cumplimiento: 90 %		Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral
Unidad de Quimioterapia Infantil		
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS QUE CUMPLEN CON EL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA.	
Fórmula matemática	N° de procedimientos que cumplen con el tratamiento de quimioterapia según pauta en un periodo de tiempo/ N° total de procedimientos de tratamientos de quimioterapia evaluados en el mismo periodo x 100.	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral

APQ 1.2– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Quimioterapia Adulto	
Nombre documento	PAUTA SUPERVISION TRATAMIENTO QUIMIOTERAPIA
Responsable medición	Enfermera de quimioterapia.
Fuente primaria	Pauta supervisión.
Fuente secundaria	Informe del indicador.

<table>
<tr><td>Periodo evaluado</td><td>21 de julio 2017 a 31 de mayo 2019.</td></tr>
<tr><td>Metodología de medición del prestador</td><td>Metodología del cálculo de la muestra: la muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido (ubicada www. Supersalud.cl), con un umbral de cumplimiento de 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el Nº de pautas de supervisión que serán aplicadas al mes.
Metodología de muestreo: para determinar los días del mes, que serna aplicadas estas pautas, se randomizaran 10 días y se aplicaran 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales.
Mecanismo de sustitución: en caso que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente.
En el caso de no contar con el procedimiento a evaluar, en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida.
Criterios de cumplimiento: el prestador utiliza una pauta de supervisión, en la cual consigna, mes evaluado, servicio, nombre del evaluador y evalúa los siguientes criterios:
1. Fecha evaluación.
2. N° de ficha.
3. Se verifica indicación médica de quimioterapia.
4. Se verifica registro ingreso de paciente.
5. Se verifica indicaciones médicas y protocolos de quimioterapia establecidos PINDA y PANDA.
6. Se verifica educación al paciente y/o familia.
7. Se verifica entrega de carnet de quimioterapia o episodio clínico según corresponda.</td></tr>
<tr><td>Metodología de constatación</td><td>Periodo retrospectivo evaluado: dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 22 meses que comprende los meses de julio de 2016 a mayo de 2019.
Selección de la muestra: la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa el III cuatrimestre 2018 y I cuatrimestre 2019.
Registros Revisados:
Informe evaluación periódica, III cuatrimestre 2018 y I cuatrimestre 2019.
Pauta de supervisión tratamiento quimioterapia, III cuatrimestre 2018 y I cuatrimestre 2019.
Turnos de los funcionarios clínicos, III cuatrimestre 2018 y I cuatrimestre 2019.
De la constatación:
Se constata la medición del indicador en informe evaluación periódica, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 22 meses a evaluar.
Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019, para ello se revisan el total de evaluaciones (según ord. Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019).
Luego se verifican 5 fuentes primarias del 3º cuatrimestre 2018 y 1º cuatrimestre 2019, utilizando Randomizer, para comprobar que los datos utilizados en la evalaución, sean fidedignos, se solicitó la rotación se solicitó la rotación de turnos o marcaje del personal que ha sio evaluado en dichas pautas. Se verifica la asistencia del funcionario para la identificación de éste, la pauta de supervisón consiga el nombre y apellido del funcionario,
Verificando:
La pauta de supervisión tratamiento quimioterapia, contiene los 7 criterios descritos en metodología de medición del prestador y están contenidos en el protocolo local.
Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado.
Resultado de constatación fuente primaria:
Se constata el cumplimiento de los criterios definidos por el prestador.

<table>
<tr><td colspan="3">3º cuatrimestre 2018</td></tr>
<tr><td>Fecha</td><td>Iniciales funcionario</td><td>Cumple criterio</td></tr>
<tr><td>10-09-2018</td><td>M.S.L.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>10-09-2018</td><td>N.V.R.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>24-09-2018</td><td>K.A.B.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>27-09-2018</td><td>S.J.P.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>22-11-2018</td><td>S.J.P.</td><td>SI</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="3">1º cuatrimestre 2019</td></tr>
<tr><td>Fecha</td><td>Iniciales funcionario</td><td>Cumple criterio</td></tr>
<tr><td>15-01-2019</td><td>K.A.B.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>28-02-2019</td><td>M.C.B.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>11-03-2019</td><td>A.C.M.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>28-03-2019</td><td>M.C.B.</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>18-04-2019</td><td>K.A.B.</td><td>SI</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento

2º cuatrimestre 2016	100	100	100%			
3º cuatrimestre 2016	120	120	100%			
1º cuatrimestre 2017	120	120	100%			
2º cuatrimestre 2017	100	100	100%			
3º cuatrimestre 2017	80	80	100%			
1º cuatrimestre 2018	80	80	100%			
2º cuatrimestre 2018	79	80	98.75%			
3º cuatrimestre 2018	**80**	**80**	**100%**	**80**	**80**	**100%**
1º cuatrimestre 2019	**80**	**80**	**100%**	**80**	**80**	**100%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata la presencia en turno del personal evaluado, lo que es concordante con lo reportado

Se da por cumplido el elemento medible.

Unidad de Quimioterapia Infantil

Nombre documento	PAUTA SUPERVISION TRATAMIENTO QUIMIOTERAPIA
Responsable medición	Enfermera de quimioterapia.
Fuente primaria	Ficha clínica
Fuente secundaria	Pauta supervisión.
Periodo evaluado	21 de julio 2017 a 31 de mayo 2019.
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** la muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido (ubicada www. Supersalud.cl), con un umbral de cumplimiento de 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el Nº de pautas de supervisión que serán aplicadas al mes. **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serna aplicadas estas pautas, se randomizaran 10 días y se aplicaran 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. **Mecanismo de sustitución:** en caso que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. Evaluara la totalidad de los procedimientos de tratamiento de quimioterapia. **Criterios de cumplimiento:** el prestador utiliza una pauta de supervisión, en la cual consigna, mes evaluado, servicio, nombre del evaluador y registra los siguientes criterios: Fecha evaluación. N° de ficha. Se verifica indicación médica de quimioterapia. Se verifica registro ingreso de paciente. Se verifica indicaciones médicas y protocolos de quimioterapia establecidos PINDA y PANDA. Se verifica educación al paciente y/o familia. Se verifica entrega de carnet de quimioterapia o episodio clínico según corresponda.
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo evaluado:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 22 meses que comprende los meses de julio de 2016 a mayo de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es cuatrimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa el III cuatrimestre 2018 y I cuatrimestre 2019. **Registros Revisados:** Informe evaluación periódica, 3º cuatrimestre 2018 y 1º cuatrimestre 2019. Pauta de supervisión tratamiento quimioterapia, 3º cuatrimestre 2018 y 1º cuatrimestre 2019. **De la constatación:** Se constata la medición del indicador en informe evaluación periódica, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 22 meses a evaluar. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019, para ello se revisan el total de evaluaciones (según ord. Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019). Se verifican 5 fuentes primarias del III cuatrimestre 2018 y I cuatrimestre 2019, verificando: La pauta de supervisión tratamiento quimioterapia, contiene los 7 criterios descritos en metodología de medición del prestador y están contenidos en el protocolo local. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado. Para la evaluación se constata: Que las pautas de supervisión, contengan los 7 criterios a evaluar. Pautas de supervisión contengan el N° de ficha del paciente. **Resultado de constatación fuente primaria:** Se constata el cumplimiento de los criterios definidos por el prestador.

1º cuatrimestre 2019		
Fecha	N° de ficha	Cumple criterio
16-01-2019	736202	SI
18-03-2019	708354	SI

19-03-2019	708354	SI
20-03-2019	708354	SI
21-03-2019	708354	SI
22-03-2019	708354	SI
16-04-2019	682900	SI
29-04-2019	761393	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º cuatrimestre 2016	67	67	100%			
3º cuatrimestre 2016	43	43	100%			
1º cuatrimestre 2017	26	26	100%			
2º cuatrimestre 2017	24	24	100%			
3º cuatrimestre 2017	34	34	100%			
1º cuatrimestre 2018	31	31	100%			
2º cuatrimestre 2018	51	51	100%			
3º cuatrimestre 2018	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**
1º cuatrimestre 2019	**8**	**8**	**100%**	**8**	**8**	**100%**

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.
Prestador no presenta evaluación periódica durante el III cuatrimestre 2018, por encontrarse la unidad sin pacientes, información es validada por encargada de calidad el área.
Lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APQ 1.2 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Quimioterapia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: SI

CARACTERÍSTICA APQ 1.3 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

APQ 1.3– Primer elemento medible: Se describen en documentos de carácter institucional los procedimientos relacionados con:

Unidad de Quimioterapia			
Nombre del documento (1): PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS ANTINEOPLASICOS			
N° Resolución: Memo N° 000002 04 de enero 2018.	Versión: 07	Fecha: Enero 2018	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: Enero 2023	N° páginas: 18	
Elaborado por: EU Carla Vega Pizarro, Oncología Infantil EU Valeria Gallardo Silva, Oncología Adulto EU. Katherine Quezada Valdivia, Hematología adulto		Aprobado por: Dr. Francisco Bueno, Director (s) Hospital Regional Antofagasta	
El documento describe los siguientes procedimientos: (SI/NO)			
1. Administración de medicamentos antineoplásicos	SI	2. Disposición y eliminación de desechos de medicamentos antineoplásicos y residuos contaminados	NA
3. Instalación y manejo de procedimientos invasivos relacionados con quimioterapia	NA	4. Vigilancia de infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales	NA

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista el documento de carácter institucional, se destacan los siguientes contenidos:

En la página 2 se describen **objetivo, alcance y responsables**. Este procedimiento aplica a todas las unidades en que se administran fármacos antineoplásicos en el Hospital Regional de Antofagasta.

En las páginas 3 y 4, ítem 4.10, definen los diferentes métodos de administración:
4.10.1 Directo con jeringa o bolo
4.10.2 Infusión continua
4.10.3 Administración subcutánea
4.10.4 Administración vía oral
4.10.5 Administración intramuscular
4.10.6 Administración intralesional

En la página 4, ítem 6, describe las medidas de protección personal para administración de antineoplásicos.

En las páginas 5, 6 y 7, ítem 7, se describe el **proceso de administración de antineoplásico endovenoso**, se destaca entre

ellos los siguientes contenidos:
Previo a la administración: revisar indicación médica, protocolo y/o episodio clínico en ficha.
Si es su primer ciclo de tratamiento se le debe solicitar el consentimiento informado según procedimiento (PO-SDM-01) al paciente o tutor firmado autorizando la administración del tratamiento.
Solicitar hoja de hospitalización donde debe indicar el protocolo medico de quimioterapia.
Verificar el antineoplásico preparado desde farmacia el cual debe tener los siguientes datos: nombre y apellidos del paciente, Rut del paciente, nombre del antineoplásico, dosis, volumen final, fecha de preparación, fecha de vencimiento (estabilidad de la droga), vía de administración (vía oral, subcutáneo, intratecal, endovenosa).
Siempre preguntar sobre antecedentes alérgicos al paciente antes de administrar cualquier medicamento.
Verificar los puntos correctos de administración según PO-SDEMT-14: Paciente correcto, droga correcta, vía correcta, dosis correcta, registro correcto, horario correcto, verificar fecha de vencimiento.
Verificar con hoja de quimioterapia prescripción, registrar.
Conectar la droga antineoplásica al paciente. Realizar doble chequeo
Instruir al paciente para que avise en caso de que note cualquier anomalía: fugas ene l sistema, dolor, ardor, irritación y/o prurito en el lugar de punción.
Registrar en hojas de enfermería para quimioterapia y en formulario protocolo de quimioterapia que se encuentra en historia clínica.
Al terminar la administración de quimioterapia realizar la disposición y eliminación según protocolo (PO-UQT-03) y lavado clínico de manos según procedimiento.

En la página 8, ítem 7.22, se describe el **procedimiento específico de administración intratecal,** su definición y definen al médico como operador a cargo.

En la página 9, ítem 7.23, se señala 6 recomendaciones relacionadas con la administración de antineoplásicos endovenosos.

En las páginas 9 y 10, ítem 7.22, se describe el procedimiento a realizar en caso de extravasación, entre ellos:
Detener la infusión del fármaco citostático
Retirar el equipo de infusión, pero no la vía
Aspirar a través de la vía 5-10 ml de líquido a través del catéter con la finalidad de extraer la máxima cantidad de fármaco extravasado.
Únicamente en caso de formación de una ampolla subcutánea con fármaco en su interior se extraerá tanta solución como sea posible utilizando una jeringa de insulina
Localizar el botiquín de extravasación y atender a las instrucciones referentes al fármaco extravasado.
Identificar la extravasación delimitando el área que se sospeche afectada.
Avisar al médico responsable del paciente, o en ausencia, al medico del sector.

En la página 10, ítem 7.25, se describe el procedimiento a realizar en caso de error de administración del antineoplásico, con los siguientes pasos a ejecutar:
7.25.1 Detener y retirar la infusión del antineoplásico.
7.25.2 Avisar al médico y enfermera
7.25.3 Evaluación y control de signos vitales
7.25.4 Registrar en hoja de enfermería.

En página 14, presenta Anexo N°1: Hoja Quimioterapia Oncología Infantil".
En página 15, se describe en Anexo N°2: Algoritmo de medidas ante las extravasaciones de quimioterapia.
En página 16, se describe en Anexo N°3: Pauta de supervisión, administración de fármacos antineoplásicos.
En páginas 17 y 18, presenta Anexo N°4: Indicador

Observaciones:
Se tienen a la vista versión anterior del documento:
"Procedimiento administración de fármacos antineoplásicos". Versión 06, fecha aprobación diciembre 2016, elaborado por la Enfermeras, Valeria Gallardo Silva y Romyna Aguilar Véliz y aprobado por Juan Urrutia Reyes, Director HRA.
"Procedimiento administración de fármacos antineoplásicos". Versión 05, fecha aprobación noviembre 2013, elaborado por la Enfermeras, Elisa Wong Collao y Mónica González Pizarro y aprobado por Dr. Juan Matattall Lankin, Director HRA.
Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

De acuerdo a la definición del prestador respecto unidades que administran Quimioterapia, se constata este documento en las unidades de: MQ 6: Unidad Cardio-neuro			
Nombre del documento (2): PROCEDIMIENTO DISPOSICIÓN Y ELIMINACIÓN DE RESIDUOS CITOTÓXICOS UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA.			
Memorandum: N° 000001 04 de enero 2018.	Versión: 06	Fecha: Enero 2018	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 5	
Elaborado por: EU Carla Vega, Oncología Infantil EU Valeria Gallardo Silva, Oncología Adulto	Aprobado por: Dr. Francisco Bueno, Director (s) Hospital Regional Antofagasta		
El documento describe los siguientes procedimientos: (SI/NO)			
1. Administración de medicamentos antineoplásicos	NA	2. Disposición y eliminación de desechos de medicamentos antineoplásicos y residuos contaminados	SI
3. Instalación y manejo de procedimientos invasivos relacionados con quimioterapia	NA	4. Vigilancia de infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales	NA

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista el documento de carácter institucional, se destacan los siguientes contenidos:

En la página 2 se describen **objetivo, alcance y responsabilidad:** este procedimiento aplica a la correcta disposición y eliminación de los residuos citotóxicos de las unidades de quimioterapia.

En la página 2, ítem 4, **definición**, entre ellos:
Los residuos citotóxicos corresponden a residuos peligrosos y son todos aquellos elementos de las drogas citotóxicas que quedan luego de la administración de la quimioterapia.

En las páginas 3 y 4, ítem 7, se señala la **descripción del proceso**, consignando los siguientes contenidos, entre otros:
Todo el proceso se debe realizar usando guantes de nitrilo sin polvo.
Al terminar la administración del fármaco citostático, se deben retirar del paciente y depositar en una bolsa roja dispuesta en el contenedor ubicado en sala de administración de fármaco citotóxicos.
La bolsa roja debe ser llenado solo hasta las 3/4 parte de su capacidad.
El técnico paramédico depositara la bolsa roja que estaba en el contenedor ubicado en la sala de administración de fármacos citotóxico, en contenedor que se encuentra en el recinto exclusivo para disposición transitoria de material y residuos contaminados claramente identificado y con acceso restringido fuera de la sala de administración de quimioterapia.
El operario de residuos de la concesionaria se dirigirá al punto de generación de residuos peligrosos utilizando el carro recolector de residuos limpio de 110 litros de color y sus respectivos EPP, en el horario que se establece en la tabla: plan de retiro residuos.
El operario trasladará los residuos por las rutas definidas para el transporte de este tipo de residuos y ascensores habilitados para esta actividad, hasta la sala de almacenamiento de residuos peligrosos.

Observaciones:
Se tienen a la vista versiones anteriores del documento:
"Procedimiento de disposición y eliminación de residuos citotóxicos unidad de quimioterapia". Versión 05, fecha aprobación diciembre 2016, elaborado por Enfermeras, Romyna Aguilar Veliz y Valeria Gallardo Silva y aprobado Francisco Bueno, Director (s) HRA.
"Procedimiento de disposición y eliminación de residuos citotóxicos unidad de quimioterapia". Versión 04, fecha aprobación noviembre 2013, elaborado por Michael Cárdenas Carvajal; prevencionista de riesgos y enfermera Elisa Wong y aprobado por Dr. Juan Matattal Lankin, Director HRA.
Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

De acuerdo a la definición del prestador respecto unidades que administran Quimioterapia, se constata este documento en las unidades de: MQ 6: Unidad Cardio-neuro

Nombre del documento (3): PROCEDIMIENTO INSTALACION Y MANEJO DE CATETER VASCULAR CENTRAL CON RESERVORIO SUBCUTANEO

Memorandum: N° 000068 04 de octubre 2018.	Versión: 05	Fecha: Octubre 2018
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 20

Elaborado por: EU Carla Vega Pizarro, Enfermera Oncología Infantil EU Valeria Gallardo, Enfermera Oncología Adulto	Aprobado por: Sr. Ricardo Salazar Cabrera, Director Hospital Regional Antofagasta

El documento describe los siguientes procedimientos: (SI/NO)

1. Administración de medicamentos antineoplásicos	NA	2. Disposición y eliminación de desechos de medicamentos antineoplásicos y residuos contaminados	NA
3. Instalación y manejo de procedimientos invasivos relacionados con quimioterapia	SI	4. Vigilancia de infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales	NA

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista el documento de carácter institucional, se destacan los siguientes contenidos:
En la página 2 se describen **objetivo, alcance y responsabilidades**. Este procedimiento aplica a todos los miembros del equipo de salud: médicos, enfermeras, técnicos paramédicos, que trabajen con pacientes con catéter venoso central con reservorio subcutáneo del Hospital Regional de Antofagasta.

En las páginas 2 y 3, ítem 4, **Definiciones**, entre ellos refiere: En la atención de las personas con cáncer, puede ser necesaria la instalación de un catéter vascular, que no está exento de riesgos, complicaciones mecánicas e infecciones asociado a su uso. Casi el 100% de los niños lo usan y al menos el 50% de los adultos en tratamiento.

En las páginas 4 a19, ítem 7, se señala la **descripción del proceso**, se destaca entre ellos los siguientes contenidos:
7.1 Criterios de indicación de catéter venoso central subcutáneo: Infusión de quimioterapia e infusión de terapias biológicas en tratamientos oncológicos.
7.2 Criterios de instalación de catéter venoso central subcutáneo: es un procedimiento que debe ser realizado por los profesionales médicos entrenados o debidamente supervisados. El procedimiento debe realizarse en un lugar que cuente con la infraestructura adecuada para las necesidades del procedimiento, por ello se realiza en pabellón bajo técnica aséptica. El médico que instale el catéter debe hacer un control posterior radiológico para evaluar su buen funcionamiento. La ubicación o vía de acceso del CVC subcutáneo depende de la edad y condición del acceso venoso.
7.3 Criterios de mantención del catéter con reservorio: En quimioterapia continua, la aguja debe cambiarse cada 7 días y las bajadas de suero y las conexiones cada 72hrs, según NT-IIH 05 "Norma de prevenciones de infecciones del torrente sanguíneo asociado a procedimientos invasivos". Después de cada uso, terminado el tratamiento, lavado del catéter y permeabilización con solución fisiológica 0.9% con al menos 20ml y/o heparina 125 UI, 500Ui, 2500UI en 10 ml de solución fisiológica, dependiendo de

cada centro. Al termino de tratamiento se debe heparinizar el catéter cada 3 meses (infantil) y cada un año (adulto).
7.5 Manejo del catéter con reservorio: Palpar la zona donde se encuentra implantado el reservorio, ubicar el área central de la membrana que será puncionada con técnica aséptica. Preparación del sitio de punción realizado un aseo de la piel con jabón de clorhexidina y luego aseptización de la piel con torula o gasa estéril con solución tópica de clorhexidina al 0,5% o alcohol al 70%. Puncionar con la aguja seleccionada en forma perpendicular el centro de la membrana e inyectar de inmediato suero fisiológico 0.9% de 10ml, que permite lavar el interior del reservorio y del catéter. Verificar que el catéter refluya y este permeable. Después de inyectar cada droga se debe lavar el catéter y reservorio inyectado 10 a 20 ml de suero fisiológico 0,9%.
7.6 Retiro de aguja – terapia intermitente: se administra 0.2cc de heparina llevándolo a 10ml con SF 0,9% y se inyecta 2cc en paciente pediátricos y/o en pacientes adultos administrar de 10 a 20 cc de SF 0,9% manteniendo presión positiva y se clampea; se procede el retiro de la aguja. Cuando en el paciente está indicada la terapia intermitente y se debe interrumpir la infusión por intervalos programados, se puede dejar la aguja en el reservorio agregando un tapón con presión positiva (tapón con cierre luerlook) al sistema.
7.7 Material y técnica para mantención y/o permeabilización de catéter venoso central subcutáneo: Equipo.
7.8 Procedimiento: puncionar la membrana en ángulo de 90°, se aspira aproximadamente 2 cc para ver reflujo de sangre y retirar el anticoagulante aplicado en la última utilización del catéter y luego se cambio la jeringa y se inyecta 10cc de solución fisiológica. Se cambia nuevamente y se administra la jeringa preparada con heparina (sólo 2cc).
7.9 Complicaciones de los catéteres con reservorio: las complicaciones son poco frecuentes y entre ellas mencionan 18 complicaciones.
7.10 Consideraciones importantes: Las agujas recomendadas deben ser las indicadas para no dañar la membrana y se debe usar sólo una vez y descartar. Las jeringas a utilizar deben tener una capacidad de 10 a 20cc. La manipulación del catéter exige ser cuidadoso, debiendo mantenerse estrictas normas de asepsia. Es preferible la administración secuencial de las drogas, a través de una llave de tres pasos que posea un tapón anti-reflujo (cierre luerlook) y lavar la línea con suero cada vez, disminuyendo el riesgo de contaminación de la línea de suero y el reservorio.
7.11 Complicaciones mas frecuentes derivadas de su manipulación y/o instalación quirúrgica: definen 4 complicaciones y su manejo: Seroma y extravasación, reflujo sanguíneo, obstrucción, coagulación de la sangre o trombosis del catéter y del reservorio.
7.17 Causas extraluminales: Describe el manejo de acodaduras, infección del bolsillo e infección del torrente sanguíneo asociado al uso de catéter venoso central.
7.18 Medidas básicas y fundamentales en la prevención de infecciones asociadas a catéteres venosos centrales: capacitación continúa formalmente al personal de salud involucrado en la instalación y mantención del CVC. Efectuar el recambio de los equipos de infusión cada 72 hrs para medicamentos, nutrición parenteral total 24 hrs, sin lípidos o soluciones generales. Desinfectar los sitios de conexión con alcohol al 70% antes de su utilización.

Observaciones:
Se tienen a la vista versión anterior del documento:
"Procedimiento instalación y manejo de catéter vascular central con reservorio subcutáneo". Versión 04, fecha aprobación diciembre 2016, elaborado por Enfermeras, Romyna Aguilar Veliz y Valeria Gallardo Silva y aprobado Francisco Bueno, Director (s) HRA.
"Procedimiento instalación y manejo de catéter vascular central con reservorio subcutáneo". Versión 03, fecha aprobación noviembre 2013, elaborado por Enfermera, Elisa Wong Collao y Mónica González Pizarro y aprobado por Dr. Juan Matattal Lankin, Director HRA.
Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

Nombre del documento (4): PROCEDIMIENTO VIGILANCIA DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATETER VASCULAR CENTRAL CON RESERVORIO		
Memorandum: N° 000023 24 de febrero 2017.	Versión: 04	Fecha: Febrero 2017
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 9
Elaborado por: EU Carla Vega Pizarro, Oncología Infantil EU Valeria Gallardo Silva, Oncología Adulto	Aprobado por: Dr. Francisco Buero, Director (s) Hospital Regional Antofagasta	

El documento describe los siguientes procedimientos: (SI/NO)

1. Administración de medicamentos antineoplásicos	NA	2. Disposición y eliminación de desechos de medicamentos antineoplásicos y residuos contaminados	NA
3. Instalación y manejo de procedimientos invasivos relacionados con quimioterapia	NA	4. Vigilancia de infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales	SI

Breve descripción del contenido del documento:Se tiene a la vista el documento de carácter institucional, se destacan los siguientes contenidos:

En la página 2 se describen **objetivo, alcance y responsabilidades**. Aplica al personal de salud que estén relacionados con la atención directa del paciente con indicación de uso de catéter vascular central con reservorio.

En laspáginas3, 4 y 5, ítem 4, **Definiciones**, entre ellos refiere:
Infecciones: La infección puede ocurrir en variadas instancias y afectar al lumen (catéter), o a la periferia (bolsillo).
Infección del bolsillo: Suele ser mas frecuente en el periodo post – operatorio inmediato. La mejor solución es la prevención y se exige un estricto cumplimiento de las medidas de asepsia en todo momento del implante y de la manipulación del depósito, catéter e insumos estériles.
Infección del torrente sanguíneo asociado al catéter: La infección del catéter puede ocurrir durante la instalación o la mantención del catéter. Se puede caracterizar por escalofríos, fiebre posterior y casi inmediata a la administración de los medicamentos o al procedimiento de la heparinización (10 a 30 minutos de la punción). Se documenta con la identificación microbiológica en hemocultivos, central y periféricos.

En la página 6, ítem 7, se señala la **descripción del proceso**, con los siguientes contenidos:
Todo paciente que se le instala catéter con reservorio se deja registrado en historia clínica, y registro Excel estadístico computacional.
Todo paciente que se punciona y usa el catéter con reservorio para quimioterapia, heparinización, toma de exámenes, se deja registrado en formulario de registro de vigilancia.
Infección asociada a catéter con reservorio se considera la infección al lumen (catéter) y a la periférica (bolsillo).
Cabe hacer la diferencia de neutropenia febril que presentan los pacientes como consecuencia de la quimioterapia y la infección propia del catéter para tomar las decisiones correspondientes del tratamiento a seguir.
Toda infección que presente un paciente portador de catéter con reservorio se registra en formulario de Registro de Vigilancia, y el agente causal.
Las unidades que tengan pacientes portadores de catéter y que presente infección asociada al catéter debe reportarlo a la unidad de quimioterapia para realizar el registro correspondiente.

En página 8, presenta Anexo N°1: Registro de Vigilancia de Infección Asociadas a catéter con reservorio.
En página 9, se describe en Anexo N°2: Indicador

Observaciones:
Se tienen a la vista versión anterior del documento: "Procedimiento vigilancia de infección asociada a catéter vascular central con reservorio". Versión 03, fecha aprobación enero 2014, elaborado por la Enfermera, Elisa Wong Collao y aprobado por Dr. Juan Matattall Lankin, Director HRA.
Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Neo / Obst-gine

Nombre del documento: PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN ATENCIÓN, DISPOSICIÓN Y ELIMINACIÓN DE TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICOS PARA PATOLOGÍAS NO NEOPLÁSICAS			
N° Resolución: 000003 4 de enero 2018	Versión: 02	Fecha: Enero 2018	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: Enero 2023	N° páginas: 13	
Elaborado por: Equipo de calidad y seguridad del paciente	Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director Hospital Regional Antofagasta.		

El documento describe los siguientes procedimientos: (Si/No)			
1. Administración de medicamentos antineoplásicos	SI	2. Disposición y eliminación de desechos de medicamentos antineoplásicos y residuos contaminados	SI
3. Instalación y manejo de procedimientos invasivos relacionados con quimioterapia	NA	4. Vigilancia de infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales	NA

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista el documento de carácter institucional.
En la página 2, ítem 2, describe el alcance:
Aplica a todas la unidades asistenciales que realizan administración, eliminación y manejo de derrames accidentales de medicamentos antineoplásicos.

En la página 2, ítem 3, describe las **responsabilidades**:
Médico: indicación según protocolo y condiciones del paciente, además de la administración según corresponda.
Enfermera/Matrona: supervisión del correcto manejo de administración y eliminación de fármacos antineoplásicos. Capacitar al personal en caso de accidentes ante derrames.
Técnico Paramédico: control de signos vitales, aseo y confort del paciente, además de asistir al profesional en la administración de fármacos antineoplásicos, según corresponda.
Empresa concesionada: retiro de las bolsas rotuladas y cerradas desde la unidad clínica hacia la bodega de residuos peligrosos.
QF de farmacia: envío de medicamento correctamente rotulado y sellado. Debe verificar que las bolsas de medicamentos no tengan fugas y sean despachadas en contenedor debidamente rotulado.

En la página 4, ítem 6, se describen equipos y materiales:
Mascarilla con protección respiratoria con filtros P3 o P100 de acuerdo a normativa ministerial vigente.
Guantes estériles y/o procedimiento de nitrilo libres de polvo.
Gafas con protección lateral
Delantal manga larga con puños desechable o ropa de circulación interna desechable.
Calzado de circulación interna o cubre calzado.
Contenedor de eliminación de desechos.
Bolsas rojas de residuos peligrosos.
Caja cortopunzante.
Kit de emergencia antiderrames.

En las página 5 a 8, ítem 7, se consigna la descripción del proceso:
De la administración:
Recepción del medicamento desde farmacia, en las condiciones adecuadas, rotulado con la identificación del paciente, vía de administración y dosis a administrar.
Uso de barreras de protección personal por parte del profesional responsable de la administración del medicamento.
Higienización de manos antes y después de administrado el medicamento.
Verificación de los 7 correcto, según procedimiento.
Administración del medicamento según indicación médica.
Registro en ficha clínica.

De la disposición y eliminación de los desechos de medicamentos antineoplásicos y residuos contaminados:
Posterior a la administración de cada medicamento, procederá a eliminar la jeringa o bolsa completa en la caja de eliminación de residuos peligrosos rotulado como "citotóxicos".
Finalizado el procedimiento el procedimiento, limpiar con cloro al 0,5% la camilla y el instrumental utilizado (riñón, bandeja), además de limpiar el contenedor de traslado.
Finalizada la limpieza del lugar, procederá a retirárselos implementos de protección personal y los eliminará en contenedor de residuos peligrosos, para luego realizar SIC para el retiro de los residuos por parte de la empresa concesionaria.
Devolver a farmacia los medicamentos no administrados en contenedor de traslado, antes de finalizada la jornada de la tarde (16:30 hora).
Los residuos peligrosos deberán identificarse y etiquetarse de acuerdo a la clasificación y tipo de riesgo que establece la norma Chilena Oficial NCH 2.190 of. 93, esta obligación será exigible desde que tales residuos se almacenan y hasta su eliminación.

Del accionar frente a un derrame:
Se dispondrá de un Kit de emergencia antiderrames, el cual será utilizado por personal debidamente capacitado, el cual debe contener, entre ellos:
Protector facial de medio rostro, con filtro P100.
Guantes de nitrilo tipo mosquetero
Antiparras para salpicaduras
Pechera plástica desechable
Paño absorbente de papel
Pala desechable
Bolsa de color rojo
Amarra plástica para cierre hermético de bolsa contenedora del derrame.
Botiquín para el tratamiento en primera instancia de funcionarios que sufran exposición directa a drogas antineoplásicas, este debe contener los siguientes materiales: Suero fisiológico al 10% y jabón neutro.
En caso de funcionario expuesto directamente a la droga antineoplásica debe actuar en forma rápida y comunicar directamente al profesional responsable.
Retirar la ropa contaminada. Si se produce contaminación de la piel, esta debe lavarse con jabón y enjuagarse con abundante agua.
En caso de contaminación en la mucosa ocular, enjuagar con suero fisiológico al 10% durante 15 minutos o con solución de irrigación oftálmica.
Si el manipulador sufre un accidente cortopunzante con aguja contaminada, proceder según normativa de accidentes cortopunzantes (PO-USP-01)
Cuando el derrame ocurre sobre una superficie, el personal auxiliar que realiza la limpieza del derrame, debe protegerse con el equipo de alta protección que se incluye en el kit de derrames.

En la página 10, anexo 1, se encuentra el indicador y umbral de cumplimiento.

Observaciones:
Se tiene a la vista versión anterior del documento: Procedimiento manejo y administración de tratamientos antineoplásicos para patologías no neoplásicas". Versión 01, fecha de emisión abril 2016, elaborado por Equipo Unidad de calidad y seguridad del paciente, aprobado por Dr. Francisco Bueno N., Director (s) Hospital Regional Antofagasta. Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

De acuerdo a la definición del prestador respecto unidades que administran Quimioterapia, se constata este documento en las unidades de: MQ 6: Unidad Cardio-neuro

APQ 1.3– Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Quimioterapia Adulto	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS QUE CUMPLEN CON EL PROTOCOLO.
Fórmula matemática	N° de procedimientos de administración de drogas antineoplásicas que cumplen según pauta de supervisión en un periodo determinado / Total de procedimientos de administración de drogas antineoplásicas administradas y evaluadas en el mismo periodo X 100.
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral.
Unidad de Quimioterapia Infantil	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS QUE CUMPLEN CON EL PROTOCOLO.
Fórmula matemática	N° de procedimientos de administración de drogas antineoplásicas que cumplen según pauta de supervisión en un periodo determinado / Total de procedimientos de administración de drogas antineoplásicas administradas y evaluadas en el mismo periodo X 100.
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral.
UPC Neo	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS QUE CUMPLEN CON EL MANEJO DE ADMINISITARACIÓN DE DROGAS ANTINEOPLASICAS
Fórmula matemática	Nº de procedimientos que cumplen con el manejo de administración de drogas antineoplásicas según pauta de supervisión en un periodo determinado/ Total de procedimientos de administración de drogas antineoplásicas administradas en el mismo periodo x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: cuatrimestral
Gine-obst	

Nombre del indicador	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS QUE CUMPLEN CON EL PROTOCOLO.
Fórmula matemática	N° de procedimientos de administración de drogas antineoplásicas que cumplen según pauta de supervisión en un periodo determinado / Total de procedimientos de administración de drogas antineoplásicas administradas y evaluadas en el mismo periodo X 100.
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral.
MQ 6 (Unidad Cardio-neuro)	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS QUE CUMPLEN CON EL MANEJO DE ADMINISTRACIÓN DE DROGAS ANTINEOPLÁSICAS
Fórmula matemática	N° de procedimientos que cumplen con el manejo de administración de drogas antineoplásicas según pauta de supervisión en un periodo determinado / Total de procedimientos de administración de drogas antineoplásicas administradas en el mismo periodo X 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral

APQ 1.3– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Quimioterapia Adulto	
Nombre documento	PAUTA DE SUPERVISIÓN ADMINISTRACIÓN DE FARMACO ANTINEOPLÁSICO.
Responsable medición	Enfermera de quimioterapia.
Fuente primaria	Pauta de supervisión, ficha clínica del paciente.
Fuente secundaria	Informe de resultado del indicador
Periodo evaluado	01 de junio 2016 a 31 de mayo 2019.
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** La muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido (ubicada www. Supersalud.cl), con un umbral de cumplimiento de 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el Nº de pautas de supervisión que serán aplicadas al mes. **Metodología de muestreo:** Para determinar los días del mes, que serna aplicadas estas pautas, se randomizaran 10 días y se aplicaran 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. **Mecanismo de sustitución:** En caso que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En el caso de no contar con el procedimiento a evaluar, en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de supervisión, en la cual consigna, mes evaluado, servicio, nombre del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Fecha evaluación. **2.** Nombre paciente. **3.** Informa al paciente la droga a administrar. **4.** Verifica en terapia la droga a administrar en ficha clínica. **5.** Realiza lavado de manos antes y después del procedimiento. **6.** Se coloca elemento de protección personal. **7.** Verifica paciente, dosis, y vía de administración correcta. **8.** Verifica permeabilidad de vía venosa con solución neutra antes de iniciar la infusión. **9.** Instala la droga (según protocolo). **10.** Administra la droga y la protege de la luz. **11.** Elimina desechos de citostáticos según norma. **12.** Registra según protocolo.
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo evaluado:** Dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende los meses de junio de 2016 a mayo de 2019. **Selección de la muestra:** La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa el III cuatrimestre 2018 y I cuatrimestre 2019. **Registros Revisados:** Informe evaluación periódica, 3º cuatrimestre 2018 y 1º cuatrimestre 2019. Pauta de supervisión administración de fármaco antineoplásico, III cuatrimestre 2018 y I cuatrimestre 2019. Ficha clínica. **De la constatación:** Se constata la medición del indicador en informe evaluación periódica, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019, para ello se revisan el total de evaluaciones (según ord. Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019). Se verifican 5 fuentes primarias del III cuatrimestre 2018 y I cuatrimestre 2019, verificando: La pauta de supervisión, administración de fármaco antineoplásico contiene los 12 criterios descritos en metodología de medición del prestador y están contenidos en el protocolo local. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado. Como es una pauta de supervisión de observación directa (12 criterios), para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes constatadas se verifica que el paciente registrado en dicha pauta, haya estado hospitalizado en la unidad quimioterapia el día de la evaluación y el funcionario en turno.

Pautas de supervisión contengan el nombre del paciente.

Resultado de constatación fuente primaria:
Se constata el cumplimiento de los criterios definidos por el prestador.

3º cuatrimestre 2018			
Fecha	N° de ficha	Funcionario	Cumple criterio
17-10-2018	248354	MA	SI
19-10-2018	676701	KR	SI
28-11-2018	731025	KR	SI
03-12-2018	729007	MS	SI
13-12-2018	740774	AC	SI

1º cuatrimestre 2019			
Fecha	N° de ficha	Funcionario	Cumple criterio
03-01-2019	548332	KR	SI
10-01-2019	733329	CC	SI
08-02-2019	679786	NV	SI
15-03-2019	754808	CC	SI
25-03-2019	753501	LR	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º cuatrimestre 2016	100	100	100%			
3º cuatrimestre 2016	120	120	100%			
1º cuatrimestre 2017	120	120	100%			
2º cuatrimestre 2017	100	100	100%			
3º cuatrimestre 2017	80	80	100%			
1º cuatrimestre 2018	80	80	100%			
2º cuatrimestre 2018	76	80	95%			
3º cuatrimestre 2018	**80**	**80**	**100%**	**80**	**80**	**100%**
1º cuatrimestre 2019	**80**	**80**	**100%**	**80**	**80**	**100%**

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

Unidad de Quimioterapia - Infantil

Nombre documento	PAUTA DE SUPERVISIÓN ADMINISTRACIÓN DE FARMACO ANTINEOPLÁSICO.
Responsable medición	Enfermera de quimioterapia.
Fuente primaria	Pauta de supervisión, ficha clínica del paciente.
Fuente secundaria	Informe de resultado del indicador
Periodo evaluado	01 de junio 2016 a 31 de mayo 2019.
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** La muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido (ubicada www. Supersalud.cl), con un umbral de cumplimiento de 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el Nº de pautas de supervisión que serán aplicadas al mes. **Metodología de muestreo:** Para determinar los días del mes, que serna aplicadas estas pautas, se randomizaran 10 días y se aplicaran 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. **Mecanismo de sustitución:** En caso que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. Evaluara la totalidad de los procedimientos de tratamiento de quimioterapia. **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de supervisión, en la cual consigna, mes evaluado, servicio, nombre del evaluador y evalúa los siguientes criterios: 1. Fecha evaluación. **2.** Nombre paciente. **3.** Informa al paciente la droga a administrar. **4.** Verifica en terapia la droga a administrar en ficha clínica. **5.** Realiza lavado de manos antes y después del procedimiento. **6.** Se coloca elemento de protección personal. **7.** Verifica paciente, dosis, y vía de administración correcta. **8.** Verifica permeabilidad de vía venosa con solución neutra antes de iniciar la infusión.

9. Instala la droga (según protocolo).
10. Administra la droga y la protege de la luz.
11. Elimina desechos de citostáticos según norma.
12. Registra según protocolo.

Metodología de constatación

Periodo retrospectivo evaluado: Dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende los meses de junio de 2016 a mayo de 2019.
Selección de la muestra: La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúa el III cuatrimestre 2018 y I cuatrimestre 2019.
Registros Revisados:
Informe evaluación periódica, 3º cuatrimestre 2018 y 1º cuatrimestre 2019.
Pauta de supervisión administración de fármaco antineoplásico, III cuatrimestre 2018 y I cuatrimestre 2019.
Ficha clínica.
De la constatación:
Se constata la medición del indicador en informe evaluación periódica, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar.
Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° cuatrimestre 2018 y 1° cuatrimestre 2019, para ello se revisan el total de evaluaciones (según ord. Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019).
Se verifican 5 fuentes primarias, del 3º cuatrimestre 2018 y 1º cuatrimestre 2019, verificando:
La pauta de supervisión, administración de fármaco antineoplásico contiene los 12 criterios descritos en metodología de medición del prestador y están contenidos en el protocolo local.
Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado.
Como es una pauta de supervisión de observación directa (12 criterios), para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes constatadas se verifica que el paciente registrado en dicha pauta, haya estado hospitalizado en la unidad quimioterapia el día de la evaluación y el funcionario en turno.
Resultado de constatación fuente primaria:
Se constata el cumplimiento de los criterios definidos por el prestador.

1º cuatrimestre 2019			
Fecha	N° de ficha	Funcionario	Cumple criterio
16-01-2019	736202	CV	SI
18-03-2019	708354	CV	SI
19-03-2019	708354	CV	SI
20-03-2019	708354	CV	SI
21-03-2019	708354	CV	SI
22-03-2019	708354	CV	SI
16-04-2019	682900	PB	SI
29-04-2019	761393	DC	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º cuatrimestre 2016	67	67	100%			
3º cuatrimestre 2016	43	43	100%			
1º cuatrimestre 2017	26	26	100%			
2º cuatrimestre 2017	24	24	100%			
3º cuatrimestre 2017	34	34	100%			
1º cuatrimestre 2018	31	31	100%			
2º cuatrimestre 2018	51	51	100%			
3º cuatrimestre 2018	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**
1º cuatrimestre 2019	**8**	**8**	**100%**	**8**	**8**	**100%**

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Prestador no presenta evaluación periódica durante el III cuatrimestre 2018, por encontrarse la unidad sin pacientes, información es validada por encargada de calidad el área.
Lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Neo	
Nombre documento	INFORME DE LA EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Matrona
Fuente primaria	Pauta de supervisión
Fuente secundaria	No aplica
Periodo evaluado	Junio 2016 a abril 2019

Metodología de medición del prestador	**Cálculo de la muestra:** La muestra será calculad a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento de del 80% y un margen de error del 5%. **Metodología de muestreo**: Para la unidad de hospitalización se evaluará la totalidad de los procedimientos de administración de drogas antineoplásicas. **Criterios de cumplimiento**: El prestador utiliza la pauta de supervisión manejo de medicamentos antineoplásicos, en la cual consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nombre del funcionario, identificación del evaluador, Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado) y evalúa los siguientes criterios: Se lava las manos antes y después del procedimiento. Se coloca elementos de protección personal. Verifica los 7 correctos. Elimina desechos según norma. Registra en ficha.
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** Para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019. **Selección de la muestra:** La medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos cuatrimestres a evaluar: 3º cuatrimestre 2018 y 1º cuatrimestre 2019. **Registros revisados:** Informe evaluación periódica del indicador. Pauta de supervisión. Hoja de atención. Certificado. **De la constatación:** Pauta de supervisión manejo de medicamento antineoplásico, contiene 5 criterios contenidos en el protocolo. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de junio 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerado y % de cumplimiento. Se verifica el cumplimiento en los criterios evaluados en la pauta y corresponde a lo informado, en los cuatrimestres constatados 3º cuatrimestre 2018 y 1º cuatrimestre 2019, para ello se revisa el total de evaluaciones (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019). Resultado de la constatación de la fuente primaria:

Fecha	Evaluado	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Criterio 5	Cumplimiento
01-10-2018	F. U.	1	1	1	1	1	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º cuatrimestre 2016	S/CO	S/CO	S/CO			
3º cuatrimestre 2016	S/CO	S/CO	S/CO			
1º cuatrimestre 2017	1	1	100%			
2º cuatrimestre 2017	1	1	100%			
3º cuatrimestre 2017	S/CO	S/CO	S/CO			
1º cuatrimestre 2018	1	1	100%			
2º cuatrimestre 2018	S/CO	S/CO	S/CO			
3º cuatrimestre 2018	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
1º cuatrimestres2019	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**	**S/CO**

Observaciones:
1. Lo reportado es concordante con los constatado por la entidad.
2. Certificado emitido por Marcelo Sepúlveda, jefe de servicio de unidad asistencial Neonatal, certifica que para el periodo del 01 de enero al 30 de abril del 2019 no se utilizó el medicamento RANIBIZUMAB, pacientes de la UPC Neonatal

Se da por cumplido el elemento medible.

Obst - gine	
Nombre documento	PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DISPOSICIÓN Y ELIMINACIÓN DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLÁSICOS PARA PATOLOGÍAS NO NEOPLÁSICAS - INDICADOR
Responsable medición	Enfermera / Matrona
Fuente primaria	Pauta de supervisión
Fuente secundaria	Informe de resultado del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 a 31 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Cálculo de la muestra:** no aplica. **Metodología de muestreo**: para las unidades de hospitalización se evalúan la totalidad de los

procedimientos de administración de drogas antineoplásicas.
Criterios de cumplimiento:
El prestador utiliza la pauta de supervisión manejo de medicamentos antineoplásicos, en la cual consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nombre del funcionario, identificación del evaluador, Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado) y evalúa los siguientes criterios:
1. Se lava las manos antes y después del procedimiento.
2. Se coloca elementos de protección personal.
3. Verifica los 7 correctos.
4. Elimina desechos según norma.
5. Registra en ficha.

Metodología de constatación

Periodo retrospectivo a evaluar: dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período de retrospectividad es 9 cuatrimestres, correspondiendo a 3º cuatrimestre del 2016 al 1º cuatrimestre de 2019.
Selección de la muestra: la medición del indicador es cuatrimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, seleccionando dos cuatrimestres a evaluar: 2º cuatrimestre 2016 y 2º cuatrimestre 2017.
Registros revisados:
Informe evaluación periódica del indicador.
Pauta de supervisión.
Certificados de no administración del medicamento metotrexato.
De la constatación:
Pauta de supervisión manejo de medicamento antineoplásico, contiene 5 criterios contenidos en el protocolo.
Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado (01 de mayo 2016 al 30 de abril de 2019), con el objeto de conocer el denominador, numerado y % de cumplimiento.
Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de evaluaciones realizadas en el período randomizado.
Como es una pauta de supervisión de observación directa (5 criterios), para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes constatadas se verifica que el funcionario evaluado se encuentre en turno.
Se randomizan 5 fuentes primaria según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019), resultado de la constatación:

Iniciales funcionario evaluado	Estamento	Fecha de Evaluación	Funcionario en turno día de evaluación
1. AHS	Matrona	05-09-2016	SI
2. AHS	Matrona	05-09-2016	SI
3. AHS	Matrona	06-09-2016	SI
4. JTG	Matrona	16-09-2019	SI
5. AHS	Matrona	22-11-2019	SI

Se constata certificado de no administración de metotrexato para el segundo período randomizado: 2º cuatrimestre 2017.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2º cuatrimestre 2016	18	18	100%			
3º cuatrimestre 2016	**7**	**7**	**100%**	**7**	**7**	**100%**
1º cuatrimestre 2017	1	1	100%			
2º cuatrimestre 2017	**0**	**0**	**NA**	**0**	**0**	**NA**
3º cuatrimestre 2017	0	0	NA			
1º cuatrimestre 2018	1	1	100%			
2º cuatrimestre 2018	2	2	100%			
3º cuatrimestre 2018	2	2	100%			
1º cuatrimestres2019	1	1	100%			

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Lo constatado cumple con lo solicitado en el elemento medible.

MQ 6 (Unidad de Cardio-neuro)

Nombre documento	INFORME DE EVALUACIÓN DEL INDICADOR
Responsable medición	Enfermera

Fuente primaria	Pauta de supervisión
Fuente secundaria	Informe de evaluación del indicador
Periodo evaluado	Febrero 2018- abril 2019 (cardio neuro inicia funcionamiento en febrero 2018)
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la Muestra:** Se evaluará la totalidad de los procedimientos de administración de drogas antineoplásicas. **Metodología de muestreo:** Se evaluará la totalidad de los procedimientos de administración de drogas antineoplásicas. **Mecanismos de sustitución:** No aplica **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nombre del funcionario, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: Se lava las manos antes y después del procedimiento. Se coloca elementos de protección personal. Verifica los 7 correctos Elimina deshechos según norma Registra en ficha.
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** Para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo desde febrero 2018, fecha de inicio de funcionamiento de la unidad, al 30 de abril del 2019. **Selección de la muestra:** La medición del indicador es cuatrimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3°cuatrimestre 2018 y 1° cuatrimestre 2019. **Registros revisados:** Pauta de supervisión. Informe de evaluación del indicador. **De la constatación:** Pauta de supervisión "Administración de medicamento antineoplásicos en hospitalización", contiene 5 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento del periodo a evaluar. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico 3° cuatrimestre de 2018 y 1° cuatrimestre de 2019. Se constatan fuentes primarias (5) de 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, resultado de la constatación de la fuente primaria:

Iniciales funcionario evaluado	Fecha de Evaluación	Funcionario en turno día de evaluación
CO	05-07-2018	SI
VM	19-07-2018	SI
VM	19-07-2019	SI
GV	20-07-2019	SI
KY	14-08-2019	SI

Iniciales funcionario evaluado	Fecha de Evaluación	Funcionario en turno día de evaluación
K.Y	17-10-2018	SI
N.O	05-11-2018	SI
K.B	19-11-2018	SI
P.CH	11-12-2018	SI
L.R	14-12-2018	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
1° cuatrimestre 2018	0	0				
2° cuatrimestre 2018	6	6	100%	6	6	100%
3° cuatrimestre 2018	4	5	80%	4	5	80%

1° cuatrimestre 2019	0	0				

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. Los 0 reportados en la medición corresponden a S/CO.
3. Lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APQ 1.3 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Quimioterapia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: SI

SERVICIOS DE APOYO – IMAGENOLOGÍA (API)

CARACTERÍSTICA API 1.1 / HALLAZGOS

API 1.1 – Primer elemento medible: Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia					
Prestador al que compra	N° Autorización Sanitaria (A.S.)	Fecha A.S.	SEREMI/SSDS	Copia fiel original documento (Si/No)	N° Registro reacreditación
Clínica La Portada	NA	NA	NA	NA	61
Hospital Militar del Norte	NA	NA	NA	NA	89
Clínica BUPA	NA	NA	NA	NA	76
DIAGNOIMAGE	NA	NA	NA	NA	119
RESOMAG SPA	1052	17/02/2015	Seremi Salud Antofagasta	SI	NA

CARACTERÍSTICA API 1.1 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA API 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

API 1.2 – Primer elemento medible: Con respecto a los exámenes imagenológicos que involucran procedimientos invasivos, uso de medio de contraste, sedación y/o anestesia, se describe en un documento elaborado por la unidad:

Servicio de Imagenología				
Nombre del documento (1): PROCEDIMIENTO PUNCIÓN BAJO ECOGRAFIA PARA BIOPSIA TIROIDEAS.				
N° Resolución:	Versión: 02	Fecha: Mayo 2016	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 13
Elaborado por: TM María Yampara Flores y TM Rossana Huerta Marchant. Encargada de calidad y supervisora unidad de apoyo imagenología.		Aprobado por: Dr. Marcelo Ávila Jaramillo Medico jefe unidad de apoyo imagenología.		

El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO)				
1. El procedimiento imagenológico cuando está involucrado un procedimiento invasivo	SI	2. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenoso, sedación y /o anestesia		NA
3. Protocolo de sedación y/o anestesia	NA	4. Se han definido los responsables de su aplicación		SI

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad, en el cual se describen los siguientes elementos:
En página 2 y 3 ítems 1, 2 y 3, se describe objetivo, alcance y responsabilidades.
Objetivo: Describir y estandarizar el procedimiento de punción bajo ecografía, para biopsia de tiroides, de tal manera de efectuarlo en forma segura y oportuna contribuyendo a la precisión diagnostica de la condición del paciente.
Alcance: Aplica a los pacientes beneficiarios y/o no beneficiarios de la red, hospitalizados, ambulatorios, de emergencia y referidos de los servicios clínicos y establecimientos del nivel primario.
Responsables:

Responsable	**Actividad**
Médico tratante	Escribir con letra clara, la interconsulta del procedimiento solicitado, especificando el nombre completo, RUT y edad del paciente, la ficha clínica y el servicio que deriva. Escribir el diagnostico o la sospecha clínica. Antecedentes clínicos resumidos. Adjuntar exámenes previos. Registrar el nombre del médico que solicita el examen (no solo la firma), a fin de solicitar mayores antecedentes o para avisarle algún hallazgo o resultado crítico.
Medico intervencionista	Explicar el procedimiento al paciente, sus riesgos y beneficios. Solicitar la firma del paciente del formulario de consentimiento, mediante el cual autoriza la realización del procedimiento.

	Firmar el formulario de consentimiento, como profesional responsable del procedimiento. Realizar el procedimiento invasivo. Registrar en ficha clínica las novedades y complicaciones asociadas al procedimiento y las indicaciones posteriores. Completar el formulario de solicitud de biopsia, registrando el procedimiento realizado, el diagnostico medico, la procedencia del paciente y el tipo de muestra obtenida.
Técnico paramédico	Asistir el médico radiólogo en la realización del procedimiento intervencional. Reunir y preparar el material y ropa estéril en área limpia, verificando las condiciones de esterilidad y fecha de vigencia de este y de las soluciones y antisépticos usados. Verificar previamente al paciente correcto, mediante la instalación del brazalete de identificación. Verificar el cumplimiento de las indicaciones previas al procedimiento, pre medicación y/o sedación cuando corresponda. verificar la aplicación del consentimiento informado. Preparar el sitio de punción. Aplicación de antiséptico en la piel, previo a la punción: clorhexidina gluconato al 2% u otro antiséptico. Registrar datos dl paciente y cumplimiento de indicaciones previas en el documento. Registrar en libro de trazabilidad de biopsias.
Auxiliar de servicio	Trasladar y entregar las muestras en anatomía patológica según procedimiento.

En páginas 6 y 9, ítem 6, se registra la descripción del proceso, que consta de 3 pasos, entre los que destaca:

Indicaciones previas al procedimiento:
Antes de realizar el procedimiento, el médico tratante deberá informar al paciente sobre los riesgos inherentes al procedimiento invasivo y las medidas de prevención.
El médico deberá solicitar pruebas de coagulación (tiempo de protrombina, TTPK y recuento de plaquetas) que deben estar en rangos normales y estar con una vigencia de un mes.
Cualquier tratamiento que se realice, debe ponerse en conocimiento del médico tratante y ser registrada en la solicitud, se recomienda que el paciente suspenda el consumo de aspirina o cualquier antiinflamatorio, durante la semana previa al procedimiento.
El radiólogo explicará el procedimiento al paciente o familiar y realizará la obtención del consentimiento informado, si el procedimiento se realiza en forma ambulatoria, el consentimiento deberá ser archivado en la ficha clínica del paciente.

Indicaciones post procedimiento:
Medico radiólogo registra en la ficha clínica del paciente, describe procedimiento realizado y deja indicaciones. Evalúa al paciente post procedimiento con el objeto de descartar complicaciones inmediatas y eventualmente procede a su tratamiento.
De no existir complicaciones se despacha a paciente a su domicilio o sala de hospitalización, con indicaciones dadas por el médico que realizo el procedimiento.
Medico radiólogo completara el formulario de solicitud de biopsia, registrando el diagnostico medico y el tipo de muestra obtenida. Se comunicará con medico tratante para informar ejecución del procedimiento, si procede. Además explicara al paciente la indicación posterior al procedimiento y registrara en ficha las indicaciones anexas al procedimiento.
Técnico paramédico dejara registro en libro de trazabilidad de biopsia, la fecha, los datos del paciente, su previsión, procedencia, el tipo de biopsia efectuada, la cantidad de muestras obtenidas y el responsable del traspaso, para ser entregado en anatomía patológica. Entregara a paciente la indicación posterior al procedimiento.
Paciente debe realizar reposo por algunas horas y no realizar ejercicios por ese día.

En página 10, ítem 9, se describe archivo, todo registro que se obtengan de la aplicación de estos procedimientos permanecerán en el archivador de procedimientos de exámenes invasivos, ubicado en secretaria de imagenología y unidad de escáner y se guardara por 2 años, se dejara copia además, en unidad de calidad y seguridad del paciente del HRA.

Se da por cumplido el elemento medible.

Nombre del documento (2): PROCEDIMIENTO PUNCIÓN BAJO TAC PARA BIOPSIA HEPATICA, PULMONAR, PARTES BLANDAS, RENAL Y DRENAJES.

N° Resolución:	Versión: 01	Fecha: Marzo 2016.	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 13

Elaborado por: TM María Yampara Flores y TM Rossana Huerta Marchant. Encargada de calidad y supervisora unidad de apoyo imagenología.	Aprobado por: Dr. Marcelo Ávila Jaramillo Medico jefe unidad de apoyo imagenología.

El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO)

1. El procedimiento imagenológico cuando está involucrado un procedimiento invasivo	SI	2. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenoso, sedación y /o anestesia	NA
3. Protocolo de sedación y/o anestesia	NA	4. Se han definido los responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad, en el cual se describen los siguientes elementos:
En página 2 a la 4, ítems 1, 2 y 3, se describe objetivo, alcance y responsabilidades.
Objetivo:Describir y estandarizar el procedimiento de punción bajo TAC, para biopsia hepática, pulmonar, renal, de partes blandas y/o lesiones indeterminadas y drenajes para de efectuarlo en forma segura y oportuna contribuyendo a la precisión diagnostica de la condición del paciente.
Alcance: Aplica a los pacientes beneficiarios y/o no beneficiarios de la red, hospitalizados, ambulatorios, de emergencia y referidos de los servicios clínicos y establecimientos del nivel primario.

Responsables:

Responsable	Actividad
Médico tratante	Escribir con letra clara, la interconsulta del procedimiento solicitado, especificando el nombre completo, RUT y edad del paciente, la ficha clínica y el servicio que deriva. Escribir el diagnostico o la sospecha clínica. Antecedentes clínicos resumidos. Adjuntar exámenes previos. Registrar el nombre del médico que solicita el examen (no solo la firma), a fin de solicitar mayores antecedentes o para avisarle algún hallazgo o resultado crítico.
Medico intervencionista	Explicar el procedimiento al paciente, sus riesgos y beneficios. Solicitar la firma del paciente del formulario de consentimiento, mediante el cual autoriza la realización del procedimiento. Firmar el formulario de consentimiento, como profesional responsable del procedimiento. Realizar el procedimiento invasivo. Registrar en ficha clínica las novedades y complicaciones asociadas al procedimiento y las indicaciones posteriores. Completar el formulario de solicitud de biopsia, registrando el procedimiento realizado, el diagnostico medico, la procedencia del paciente y el tipo de muestra obtenida.
Tecnólogo médico	Verificar previamente que el paciente sea el correcto, mediante brazalete de identificación. Verificar que se cumplan indicaciones previas al procedimiento, pre medicación y/o sedación cuando corresponda. Verificar la aplicación del consentimiento informado según procedimiento. Realizar el procedimiento radiológico, para la obtención de las imágenes asociadas al estudio tomográfico, de la zona a biopsiar.
Técnico paramédico	Asistir el médico radiólogo en la realización del procedimiento intervencional. Reunir y preparar el material y ropa estéril en área limpia, verificando las condiciones de esterilidad y fecha de vigencia de este y de las soluciones y antisépticos usados. Preparar el sitio de punción. Identificar al paciente, a través del brazalete de identificación, según procedimiento. Aplicación de antiséptico en la piel, previo a la punción con clorhexidina tópica. Registrar datos del paciente y cumplimiento de indicaciones previas en el documento. Registrar en libro de trazabilidad de biopsias, para ser entregado a anatomía patológica.
Auxiliar de servicio	Verificar las condiciones de los frascos de muestras antes de trasladarlo Trasladar los frascos con muestras desde la unidad de imagenología hacia la unidad de anatomía patológica. Verificar la firma y timbre conforme de quien recepciona la muestra, en libro de trazabilidad de biopsias.

En páginas 6 y 9, ítem 6, se registra la descripción del proceso, que consta de 3 pasos, entre los que destaca:

Indicaciones previas al procedimiento:
Antes de realizar el procedimiento, el médico tratante deberá informar al paciente sobre los riesgos inherentes al procedimiento invasivo y las medidas de prevención.
El médico deberá solicitar pruebas de coagulación (tiempo de protrombina, TTPK y recuento de plaquetas) que deben estar en rangos normales y estar con una vigencia de un mes.
El médico tratante deberá hospitalizar al paciente, a lo menos 24 horas antes del procedimiento, tratándose de biopsias pulmonares, mediastínicas y hepáticas.
Cualquier tratamiento que se realice, debe ponerse en conocimiento del médico tratante y ser registrada en la solicitud, se recomienda que el paciente suspenda el consumo de aspirina o cualquier antiinflamatorio, durante la semana previa al procedimiento.
Ante embarazo o sospecha, debe informar a medico tratante.
El radiólogo explicara el procedimiento al paciente y sus acompañantes, enfatizando sus beneficios y posibles complicaciones.
Una vez entregada la información y aclaradas las dudas, informara su decisión a través de un consentimiento. El procedimiento solo se realizará si existe autorización por parte del paciente competente o representante, en el caso de menores o personas no competentes.
El consentimiento deberá ser archivado en la ficha clínica del paciente
El paciente debe estar en ayunas (4 horas como mínimo).
En hospitalización se deberá permeabilizar la vía venosa con suero fisiológico antes de iniciar el procedimiento.

Indicaciones post procedimiento:
Medico radiólogo registra en la ficha clínica del paciente, describe procedimiento realizado y deja indicaciones.
Paciente se traslada a sala de hospitalización, con indicaciones dadas por el médico que realizo el procedimiento.
Medico radiólogo completara el formulario de solicitud de biopsia, registrando el diagnostico medico y el tipo de muestra obtenida. Se comunicará con medico tratante para informar ejecución del procedimiento.
Técnico paramédico dejara registro en libro de trazabilidad de biopsia, según procedimiento.
A los pacientes sometidos a biopsia pulmonar, se deberá realizar una radiografía de tórax posterior y anterior a las 2 horas de ejecutado el procedimiento para descartar neumotórax. El médico intervencionista consigna en la ficha el requerimiento y el médico tratante realiza la solicitud de examen imagenológico.
En caso de sensibilidad en sitio de punción, el paciente deberá tomar analgésico, de acuerdo a lo recomendado por su médico.

En página 10, ítem 9, se describe archivo, todo registro que se obtengan de la aplicación de estos procedimientos permanecerán en el archivador de procedimientos de exámenes invasivos, ubicado en secretaria de imagenología y unidad de

escáner y se guardara por 2 años, se dejara copia además, en unidad de calidad y seguridad del paciente del HRA.

Se da por cumplido el elemento medible.

Nombre del documento (3): PROCEDIMIENTO TAC CONTRASTADO DE CUALQUIER REGIÓN ANATÓMICA				
N° Resolución:	Versión: 01	Fecha: Abril 2016	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 13
Elaborado por: TM María Yampara Flores Encargada de calidad unidad de apoyo imagenología.		Aprobado por: Dr. Marcelo Ávila Jaramillo Medico jefe unidad de apoyo imagenología.		

El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO)

1. El procedimiento imagenológico cuando está involucrado un procedimiento invasivo	NA	2. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenoso, sedación y /o anestesia	SI
3. Protocolo de sedación y/o anestesia	NA	4. Se han definido los responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad, en el cual se describen los siguientes elementos:
En página 2 y 3 ítems 1, 2 y 3, se describe objetivo, alcance y responsabilidades.
Objetivo: Describir el procedimiento diagnostico que involucra el uso de agente de contraste intravascular para que sea realizado por personal entrenado y experimentado en el procedimiento particular a ser realizado.
Alcance: Aplica a los pacientes beneficiarios y/o no beneficiarios de la red, hospitalizados, ambulatorios, de emergencia y referidos de los servicios clínicos y establecimientos del nivel primario.

Responsables:

Responsable	Actividad
Tecnólogo medico	Verificar previamente que el paciente es el correcto, mediante brazalete de identificación. Verificar que se cumplan indicaciones previas al examen y pre medicación cuando corresponda. Aplicar el instructivo para administración de medio de contraste y aclarar dudas del paciente respecto al procedimiento a realizar. Realizar el procedimiento radiológico, para la obtención de las imágenes asociadas al estudio tomográfico.
Técnico paramédico	Asistir al tecnólogo médico en la realización del TAC. Reunir y preparar el material en área limpia verificando las condiciones de esterilidad y fecha de vigencia de este y de las soluciones y antisépticos usados. Preparar el sitio de punción. identificar al paciente a través del brazalete según procedimiento. Aplicación en la piel, previo a la punción con alcohol de 70º. Constatar fecha de vigencia de las soluciones y antisépticos usados. Registrar datos del paciente y cumplimiento de indicaciones previas en el documento.

En páginas 4 y 7, ítem 7, se registra la descripción del proceso, que consta de 5 pasos, entre los que destaca:

Otorgamiento del consentimiento informado:
Antes de realizar el procedimiento, informar al paciente sobre los riesgos asociados al uso de medio de contraste y las medidas de prevención.
Completar instructivo informativo de la unidad. Solicitar la aceptación o rechazo del procedimiento (dejar constancia de ello). Si el paciente es menor de edad o se encuentra mentalmente impedido para consentir, solicitar a un familiar o representante legal la autorización.

Preparación del paciente:
Previo al examen, verificar el cumplimiento de las siguientes indicaciones: ingesta de líquido en scanner de abdomen y pelvis, ayuno y examen de creatinina previo debe estar vigente (no más de 1 mes).
Evaluar la existencia de factores de riesgo en el paciente, que puedan ocasionar un evento adverso asociado al uso de medio de contraste, entre los que destaca:
Aumento en los niveles de creatinina, secundario a nefropatía diabética.
Deshidratación.
Insuficiencia cardiaca congestiva.
Más de 70 años.
Función renal severamente reducida por debajo de 40 ml/min/ 1.73 m.
Función tiroidea alterada.
Antecedentes previos de reacción alérgica al uso de medio de contraste.

En página 7, ítem 7.5, se describe las acciones realizadas posterior al examen, entre las que destaca:
Si el paciente no se encuentra en buenas condiciones, se derivará a la unidad de emergencia, acompañado del técnico paramédico de la unidad.
Se entregará formulario de indicaciones post examen.
Entrega de formulario al paciente, para retirar su examen.

Se da por cumplido el elemento medible.

Nombre del documento (4): PROCEDIMIENTO RNM CONTRASTADO DE CUALQUIER REGIÓN ANATOMICA				
N° Resolución:	Versión: 00	Fecha: Marzo 2018	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 10
Elaborado por: TM María Yampara Flores Encargada de calidad unidad de apoyo imagenología.		Aprobado por: Dra. Carolina Velásquez Díaz Medico jefe unidad de apoyo imagenología.		

El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO)			
1. El procedimiento imagenológicos cuando está involucrado un procedimiento invasivo	NA	2. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenoso, sedación y /o anestesia	SI
3. Protocolo de sedación y/o anestesia	NA	4. Se han definido los responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad, en el cual se describen los siguientes elementos:
En página 2 y 3 ítems 1, 2 y 3, se describe objetivo, alcance y responsabilidades.
Objetivo: Describir el procedimiento diagnostico que involucra el uso de agente de contraste intravascular para que sea realizado por personal entrenado y experimentado en el procedimiento particular a ser realizado.
Alcance: Aplica a los pacientes beneficiarios y/o no beneficiarios de la red, hospitalizados, ambulatorios, de emergencia y referidos de los servicios clínicos y establecimientos del nivel primario.

Responsables:

Responsable	**Actividad**
Tecnólogo medico	Verificar previamente que el paciente sea el correcto, mediante brazalete de identificación. Verificar encuesta para examen de resonancia magnética. Verificar que se cumplan indicaciones previas al examen y pre medicación cuando corresponda. Aplicar el instructivo informativo y aclarar dudas del paciente respecto al procedimiento a realizar. Realizar el procedimiento radiológico, para la obtención de las imágenes asociadas al estudio de resonancia magnética.
Técnico paramédico	Asistir al tecnólogo médico en la realización de la resonancia magnética. Reunir y preparar el material en área limpia verificando las condiciones de esterilidad y fecha de vigencia de éste y de las soluciones y antisépticos usados. Verificar preparaciones previas. Preparar el sitio de punción e instalar la vía venosa. Identificar al paciente a través del brazalete según procedimiento. Aplicación de antiséptico en la piel, previo a la punción. Constatar fecha de vigencia de las soluciones y antisépticos usados. Registrar datos del paciente y cumplimiento de indicaciones previas en el documento.

En páginas 5 y 8, ítem 7, se registra la descripción del proceso, que consta de 5 pasos, entre los que destaca:

Otorgamiento del consentimiento informado:
Antes de realizar el procedimiento, informar al paciente sobre los riesgos asociados al uso de medio de contraste y las medidas de prevención.
Completar instructivo informativo para administrar medio de contraste, además verificar encuesta para resonancia. Solicitar la aceptación o rechazo del procedimiento (dejar constancia de ello). Si el paciente es menor de edad o se encuentra mentalmente impedido para consentir, solicitar a un familiar o representante legal la autorización.

Preparación del paciente:
Previo al examen, verificar el cumplimiento de las siguientes indicaciones: laxante y enema evacuante en caso de resonancia magnética de pelvis, ayuno y examen de creatinina previo al procedimiento.
Evaluar la existencia de factores de riesgo en el paciente, que puedan ocasionar un evento adverso asociado al uso de medio de contraste, entre los que destaca:
Aumento en los niveles de creatinina, secundario a nefropatía diabética.
Deshidratación.
Insuficiencia cardiaca congestiva.
Más de 70 años.
Función renal severamente reducida.
Antecedentes previos de reacción alérgica al uso de medio de contraste.

En páginas 7 y 8, ítem 7.5, se describe las acciones realizadas posterior al examen, entre las que destaca:
Si el paciente no se encuentra en buenas condiciones, se derivará a la unidad de emergencia, acompañado del técnico paramédico de la unidad.
Se entregará formulario de indicaciones post examen.
Entrega de formulario al paciente, para retirar su examen.

Se da por cumplido el elemento medible.

Nombre del documento (5): PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A EXÁMENES INVASIVOS Y USO DE MEDIO DE CONTRASTE ENDOVENOSO, SEDACIÓN Y/O ANESTESIA.				
N° Resolución:	Versión: 04	Fecha: Julio 2017	Fecha vigencia: Julio 2022	N° páginas: 26
Elaborado por: TM María Yampara Flores y TM Rossana Huerta Marchant. Encargada de calidad y supervisora unidad de apoyo imagenología.		Aprobado por: Dra. Carolina Velásquez Díaz Medico jefe unidad de apoyo imagenología.		

El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO)			
1. El procedimiento imagenológico cuando está involucrado un procedimiento invasivo	NA	2. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenoso, sedación y /o anestesia	SI

3. Protocolo de sedación y/o anestesia	SI	4. Se han definido los responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad, en el cual se describen los siguientes elementos:
En páginas 3 a la 5, ítems 3 y 4, se describe alcance y responsabilidades.
Alcance: Aplica a los funcionarios que tengan actividades relacionadas con el manejo de pacientes a quienes se les administra medios de contraste, sedación o anestesia, por cualquier indicación, en procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

Responsables:

	Responsable	Actividad
Aplicación	Médico jefe unidad de imagenología	Generar instancias necesarias para el cumplimiento de las orientaciones establecidas en el documento.
	Tecnólogo médico coordinador de la unidad de imagenología	Velar por el estricto cumplimiento del documento, como también proponer las modificaciones que en la práctica se precise. En caso de no encontrarse los encargados de calidad, deberá realizar la auditoria del consentimiento informado.
Ejecución	Médico tratante	Indicar el procedimiento y el paciente, es quien autoriza o no el procedimiento invasivo. Solicitar y realizar, la orden de examen, a través de sistema SICLOPE, o manualmente especificando: Nombre y dos apellidos del paciente. Registro de diagnostico o sospecha clínica en la orden. Indicar en la orden el nombre o timbre y firma de medico solicitante. Indicar RUT, ficha o folio de atención del paciente. Indicar registro de procedencia.
	Médico que realiza el procedimiento de imagenología intervencional	Realizar el procedimiento invasivo en conformidad a las orientaciones establecidas en el presente documento y respetando todas las normas de calidad y seguridad del HRA. Explicar el procedimiento al paciente, sus riesgos, beneficios y ofrecerle la oportunidad de formular preguntas. Solicitar firma al paciente del formulario de consentimiento, mediante el cual autoriza la realización del procedimiento. Firma el formulario de consentimiento informado, como profesional responsable del procedimiento. Realiza el procedimiento. Registra en ficha clínica todas las novedades y complicaciones asociadas al procedimiento y las indicaciones posteriores.
	Tecnólogo médico	Ejecución del examen imagenológico, cuando corresponda. Verificar en forma previa que el paciente sea el correcto, mediante brazalete de identificación. Verificar que se cumplan indicaciones previas al examen, protección renal y pre medicación cuando corresponda. Aplicar instructivo, para la administración del contraste endovenoso y aclarar dudas del paciente respecto del procedimiento a realizar. Revisión de plataforma de telerradiografía. Entregar apoyo de imagen a medico radiólogo o intervencionista cuando el procedimiento lo amerite.
	Técnico paramédico	Asistir al tecnólogo medico en la verificación y cumplimiento de las indicaciones de los exámenes. Identificar al paciente, a través del brazalete de identificación. Reunir y preparar el material en área limpia verificando las condiciones de esterilidad y fecha de vigencia de éste y de las soluciones y antisépticos usados. Preparar el sitio de punción. Aplicación de antiséptico en la piel, previo a la punción. Instalar la vía venosa periférica según procedimiento. Asistir el médico radiólogo en la realización del procedimiento intervencional. Registrar datos del paciente y cumplimiento de indicaciones previas en el documento "Lista de verificación de exámenes invasivos".
Evaluación	Tecnólogo medico de calidad.	Seguimiento de indicadores definidos. Evaluación periódica del cumplimiento.

En páginas 6 y 14, ítem 8, se registra la descripción del proceso, que consta de 6 pasos, entre los que destaca:

Indicación de los procedimientos imagenológicos intervenciones o que requieran administración de medios de contraste, sedación y /o anestesia, consta de 6 pasos, entre los que destaca:
Deben responder a una orden médica imagenológico precisa.
Solo en urgencia vital, se hará el examen fuera de las condiciones anteriormente solicitadas, siendo responsabilidad del médico solicitante.
En caso de procedimientos intervenciones, si corresponde, será necesario medición de protrombina, previa a su realización.
En caso de repetición de un examen invasivo o intervencional, se requerirá una nueva orden médica, un nuevo instructivo y consentimiento informado, según corresponda.

Del proceso de atención, consta de 7 pasos, entre ellos:

El profesional explicara al paciente los riesgos inherentes al procedimiento intervencional, al uso de medio de contraste, sedación y/o anestesia y las medidas de prevención.
Previo a la realización del examen el paciente deberá firmar el instructivo para la administración del contraste endovenoso que autorice su aprobación. En el caso de que el paciente se encuentre impedido de realizar tal acción, el familiar directo o representante legal lo hará por él. Deberá además firmar el consentimiento informado que autorice su aprobación.
Todo paciente alérgico al yodo, gadolinio y/o presenta factores de riesgo, deberá ser pre medicado según protocolo.
El técnico paramédico deberá consultar al paciente previo al examen, alergias al yodo o gadolinio.
A los pacientes ambulatorios se les deberá retirar la vía venosa, 5 minutos después del término del examen.
Debe quedar registro del responsable de la realización del examen en: ficha clínica (pacientes hospitalizados), orden médica (pacientes ambulatorios).

En página 7, ítem 8.3, se describen las medidas de prevención previas a la administración de contraste.
Medidas de prevención generales:
Ayuno del paciente.
Examen previo de la creatinina sérica (vigencia de un mes).
Calibre de bránula según procedimiento.
Vía venosa permeable.

Medidas de prevención específicas, que consta de 4 pasos y respectivos factores de riesgos**.**
Para evitar nefropatía inducida por medios de contraste: se presenta un deterior de la función renal (aumento de la creatinina sérica de más de un 25% ó 44 umol/l), que se presenta dentro de los tres días siguientes a la administración de un medio de contraste en ausencia de una causa.

Factores de riesgo:
Niveles de creatinina aumentados, secundarios a nefropatía diabética.
Deshidratación.
Insuficiencia cardiaca.
Más de 70 años.
Administración concomitante de drogas nefrotóxicas.
Asma bronquial.

En pacientes con factores de riesgos:

Hacer	No hacer
Paciente bien hidratado, administrar al menos 100 ml de agua por vía oral o intravenosa (suero fisiológico), comenzando 4 horas antes, hasta 24 horas después de la administración de contraste. Usar medios de contraste de baja osmolaridad o isoosmolares. Suspender drogas nefrotóxicas por 24 horas. Considerar técnicas radiológicas alternativas (ecotomografía) que no requieren administración de medios de contraste.	Administrar medios de contraste de alta osmolaridad. Administrar grandes volúmenes de medios de contraste. Administrar manitol y/o diuréticos de asa. Múltiples estudios con medio de contraste dentro de un corto periodo de tiempo.

En página 8, ítems B, C y D, se describen los factores de riesgos por tipo de pacientes y sus respectivas recomendaciones:

Tipo de paciente	Recomendaciones
En hemodiálisis	Evitar sobrecarga osmótica y de fluidos. Coordinar la hemodiálisis con la inyección de medio de contraste. Sesión extra de hemodiálisis para remoción de medio de contraste es innecesaria.
Con función renal severamente disminuida.	Referirse a las indicaciones para evitar la nefropatía inducida por medio de contraste: hidratación y uso de pequeñas dosis de medio de contraste de baja osmolaridad. Utilizar medio de contraste isoosmolar.
Paciente diabético en tratamiento con metformina.	Los niveles de creatinina sérica, deben ser medidos en todos los pacientes diabéticos, tratados con biguanidas, previo a la administración intravascular de medio de contraste Utilizar medio de contraste de baja osmolaridad.

En página 9, ítems 1 y 2, se describen los estudios electivos y casos de emergencia.

Estudios electivos: si la función renal es anormal en pacientes en tratamiento con metformina, se debe suspender el tratamiento y el estudio con medio de contraste debe postergarse por 48 horas. La metformina solo podrá restaurarse 48 horas más tarde, si la función renal/creatinina sérica no se modifica.

Casos de emergencia:

Si la función renal es anormal o desconocida, el médico deberá evaluar los riesgos versus beneficios de la administración de medio de contraste.
Considerar técnicas alternativas de imagenología. Si la administración es imprescindible, se deben considerar las siguientes precauciones:
Discontinuar metformina.
Hidratar al paciente.
Monitorear la función renal (creatinina), el acido láctico sérico y PH de la sangre.
Vigilar síntomas de acidosis láctica (vómitos, nauseas, dolor epigástrico, letargo, etc).

En página 10, ítems A, C y D se describen las medidas para reducir el riesgo a reacciones generalizadas, protocolo de pre medicación y recordar para todos los pacientes.
Recomendaciones: uso de medios de contraste no iónicos.
Pre medicación para pacientes de riesgo (cuando se utilizan contrastes iónicos).
Protocolo de pre medicación:

Tipo de paciente	Tipo de pre medicación (corticoides)
Adultos	Prednisona 30 mg oral o metilprednisolona 32 mg vía oral 12 y 2 horas antes del medio de contraste (los corticoides no son efectivos si se administran con menos de 6 horas). Antihistamínicos H1 y H2 pueden utilizarse sumados a los corticoides.
Pediátricos	Administrar 24 horas antes de la inyección. Antihistamínicos durante 2 días antes del estudio.
Pediátricos hasta 14 años	Prednisona 1 mg.kg/día en 2 dosis. Clorfenamina 0.4 mg.kg/día (dividido cada 8 horas).

Recordar para todos los pacientes: tener un carro de reanimación, con drogas de resucitación y observar a los pacientes 20 a 30 minutos después de la inyección con medio de contraste.

En páginas 10 y 11, ítem 8.3.2.3, se describen los factores de riesgos y las medidas de prevención y manejo de las extravasaciones del medio de contraste.

Factores de riesgos relacionados con:
Técnica, entre los que destaca: uso de bomba inyectora, gran volumen de medio de contraste y medio de contraste de alta osmolaridad.
Paciente, entre los que destaca: incapacidad para comunicarse, venas frágiles o dañadas y compromiso linfático,

Recomendaciones para reducir el riesgo:
Técnica intravenosa cuidadosa, utilizar catéteres plásticos para la bomba inyectora.
Utilizar bajo caudal de presión en inyectora.
Utilizar bránula de bajo calibre.
Verificar permeabilidad de la vía venosa al momento de la inyección con medio de contraste.
Recomendaciones para el tratamiento:
Elevación de la extremidad.
Aplicación de hielo.
Monitoreo.
Ante lesión complicada, solicitar opinión de un cirujano.

En páginas 11 y 12, ítem 8.3.2.4, se describe la prevención del efecto del medio de contraste en la función tiroidea en adultos (los medios de contraste yodados no deben ser administrados a pacientes con hipertiroidismo).

Ítem A, desarrollo de tirotoxicosis después del uso de medio de contraste, sin factores de riesgo (función tiroidea normal) y con factores de riesgo (enfermedades graves, con bocio multinodular y función tiroidea autónoma).
Recomendaciones:
No se requiere profilaxis generalmente.
Monitorear a los pacientes de riesgo por endocrinólogos posterior a la inyección de medio de contraste.
Paciente de riesgo el tratamiento profiláctico debe ser indicado por un endocrinólogo.
No utilizar medios de contraste en pacientes de riesgo.

Ítem B, tratamiento yodado radioactivo.
Recomendaciones: los pacientes no deben recibir medio de contraste yodado al menos dos meses antes del tratamiento.

Ítem C, imágenes de tiroides con isotopos.
Recomendaciones: las imágenes isotópicas de la tiroides deben ser evitadas por dos meses después de la inyección de medio de contraste yodado.

En página 12, ítem 8.3.3, se describe el uso adecuado de medios de contraste en pacientes gestantes y madres lactantes.
Pacientes gestantes: los medios de contraste yodados no son utilizados, debido al riesgo de presenta la radiación ionizante.
Puede producir depresión de la función tiroidea en el feto.
Madres lactantes: continuar con la lactancia después de la administración de medios de contraste yodados o con gadolinio.
En página 13, ítem 8.4, se describen las medidas de prevención en escáner y resonancia con sedación o anestesia.
De la preparación, consta de 4 pasos, entre los que destaca:
El paciente debe ser derivado de las distintas unidades y/o servicios con orden médica emitida por el médico tratante, orden de

hospitalización e indicación de sedación y/o anestesia.
Paciente debe tener una evaluación pre anestésica, previo al inicio del procedimiento, debe ser realizada por médico anestesista.
El médico tratante indicara régimen cero, especificando horas de ayuno.

De la ejecución, consta de 6 pasos, entre los que destaca:
Enfermera seguirá indicaciones médicas, consignadas en ficha clínica por el médico tratante, las cuales son: instalación de vía venosa, fleboclisis, hacer firmar a paciente o tutor legal, el instructivo para la administración de medio de contraste.
Exámenes bajo sedación, el paciente debe ser sedado en la unidad de apoyo imagenológico, bajo supervisión de enfermera y técnico paramédico como dotación mínima.
El servicio clínico derivador, coordinara el apoyo anestésico con la unidad de pabellón central. Una vez realizado el procedimiento el paciente se trasladará a recuperación de anestesia en pabellón, con ficha clínica.
En unidad clínica se observará al paciente por 2 horas y posteriormente se dará de alta.
Las indicaciones de alta son entregadas por enfermera del servicio clínico.

Observaciones:
1. Se tienen a la vista versión anterior del documento: "Procedimiento de prevención de eventos adversos asociados a exámenes invasivos, sedación y anestesia". Versión 03, fecha aprobación junio 2015, elaborado por María Yampara Flores y Rossana Huerta Marchant, encargada de calidad unidad de apoyo imagenología y tecnóloga supervisora unidad de apoyo imagenología, aprobado por Dr. Marcelo Ávila Jaramillo, médico jefe unidad de apoyo imagenología. Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

Nombre del documento (6): PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDIOS DE CONTRASTE Y SEDACIÓN UTILIZADOS EN LA UNIDAD DE HEMODINAMIA.				
N° Resolución:	Versión: 03	Fecha: Julio 2017	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 18
Elaborado por: Tomas Aguilar Gainza y Jocelyn Tapia Díaz. Tecnólogo medico hemodinamia y Enfermera de hemodinamia		Aprobado por: Dr. Bernhard Westenberg Maldonado. Medico jefe unidad de hemodinamia.		

El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO)

1. El procedimiento imagenológico cuando está involucrado un procedimiento invasivo	NA	2. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenoso, sedación y /o anestesia	SI
3. Protocolo de sedación y/o anestesia	SI	4. Se han definido los responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad, en el cual se describen los siguientes elementos:
En página 2 y 3 ítems 1, 2 y 3, se describe objetivo, alcance y responsabilidades.
Objetivo: Dar a conocer a los funcionarios de la unidad de hemodinamia, las medidas y protocolos para prevenir los eventos adversos asociados a la administración de medio de contraste, utilizados durante los procedimientos que se realizan en la unidad.
Dar a conocer a los pacientes y/o representantes los posibles eventos adversos que pudieran presentarse ante la utilización de medio de contraste durante el procedimiento.
Alcance: Funcionarios de la unidad de hemodinamia y para el paciente y/o representante sometidos a los procedimientos que se realizan en la unidad.

Responsables:
Enfermera supervisora y Medico jefe de la unidad: difundir el presente documento a todo el personal de hemodinamia.
Personal de hemodinamia: conocer y cumplir con el procedimiento evitando eventos adversos asociados a la administración de medio de contraste.

En páginas 7 y 13, ítem 7, se registra la descripción del proceso, que consta de 4 pasos, entre los que destaca:

Actividades previas a la citación al procedimiento:
Al momento de la indicación del examen en el policlínico de cardiología, el paciente se dirigirá a la unidad de hemodinamia para entregar la orden. La secretaria debe entregar al paciente o su representante, el "consentimiento informado para la administración de medios de contraste", solicitando la firma la cual queda consignada en hoja de entrevista de pacientes, recopilando, además, información clínica del paciente.
Enfermera realiza tabla de procedimientos en forma semanal, a aquellos pacientes que se encuentran en la tabla, se les solicita exámenes (creatinina) antes del procedimiento. Los pacientes con factores de riesgos, mayores de 70 años con buena fracción de eyección, se programará hospitalización para una correcta hidratación e indicaciones médicas y pre medicación.

Actividades durante el procedimiento:
Se recibe paciente en la unidad y se realiza ingreso de enfermería, corroborando antecedentes clínicos y resultado examen de creatinina. El médico informara y explicara al paciente y/o familia, el procedimiento y las posibles reacciones al medio de contraste, solicitando firma del consentimiento informado.
Antes de ingresar a sala de procedimientos, el paciente o su representante, debe ser informado nuevamente en forma verbal y/o escrita, por parte de la enfermera o tecnólogo medico, sobre los posibles efectos adversos al medio de contraste.
En pacientes con factores de riesgo asociados al uso de medio de contraste yodado (nefropatía), se suspenderá el procedimiento para diferirlo y poder realizar pre medicación previa al examen.
En pacientes con factores de riesgo asociados al uso de contraste yodado con reacción anafiláctica, enfermera administrara pre medicación vía endovenosa establecida.
Pacientes que presenten reacción anafiláctica a pesar de realizársele todas las medidas preventivas, se administrara pre medicación vía endovenosa establecida.

El médico realizara el examen, en base a los antecedentes clínicos del paciente, junto con la evaluación del riesgo y decisión de pre medicación.

Medidas profilácticas ante pacientes que presenten:
Factores de riesgo asociados a reacciones adversas anafilactoides:
Corticoides vía oral, cada 8 horas, última dosis debe ser la mañana antes del procedimiento y Clorfenamina 10 mg intravascular una hora antes de la inyección de medio de contraste.
En caso de presentar reacción adversa durante el procedimiento o post administrar, hidrocortisona 200 mg y Clorfenamina 10 mg por vía endovenosa.

Factores de riesgo asociados a nefropatía:
Protocolo de hidratación peri procedimiento (considerando edad, función renal y ventricular izquierda a criterio de medico tratante o hemodinamista).
Según edad (sobre 70 años), función renal y ventricular, administrar solución salina a 1cc/kg/hr, 12 horas previo y posterior al procedimiento.
N-acetilcisteina600mg cada 8 horas, la ultima dosis será en la mañana del día del procedimiento (solo con creatinina $\geq$1.5).
Evitar volúmenes mayores de medio de contraste, como limite la concentración máxima permitida según peso del paciente o 300 ml independiente del peso.
Distanciar entre exámenes que usan medios de contraste, por lo menos 5 días entre uno y otro.
Uso de medio de contraste isoosmolar (lodixanol – visipaque).
Valores de creatininemia> 2.0 a 5.0, evaluar por medico para la toma de decisiones.

Factores de riesgo asociados al desconocimiento del valor de creatinina sérica previo al procedimiento contrastado (pacientes en riesgo vital):
Uso de medio de contraste iso-osmolar (visipaque).
Restricción de la cantidad de medio de contraste al mínimo posible.
Protocolo de hidratación posterior al procedimiento según indicación médica.

En páginas 12 y 13, ítem 7.4, se describe prevención de eventos adversos relacionados con la sedación en pacientes adultos.
Antes de su uso se deberá verificar la existencia de los siguientes antecedentes: miastenia gravis, hipersensibilidad a benzodiacepinas, embarazo y psicosis.
No utilizar midazolam en pacientes con los antecedentes antes mencionados.

Monitorización, en pacientes sedados, se debe controlar en forma continua los siguientes parámetros:
Saturación periférica de oxigeno.
Frecuencia cardiaca.
Presión arterial no invasiva.
Electrocardiografía.
Capnógrafia en casos de sedación profunda.

Recomendaciones posteriores a la sedación en pacientes adultos:
En pacientes ambulatorios: el alta al domicilio se dará cuando el paciente haya recuperado totalmente la conciencia y todos los reflejos.

Observaciones:
1. Se tienen a la vista versión anterior del documento:
"Procedimiento de prevención de eventos adversos asociados a la administración de medios de contraste utilizados en la unidad de hemodinamia". Versión 02, fecha aprobación abril 2015, elaborado por Tomas Aguilar Gainza y Rigoberto Choque Mamani, tecnólogos médicos hemodinamia, aprobado por Dr. Bernhard Westemberg Maldonado, médico jefe unidad de hemodinamia.
Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

Documento constatado en unidad de Hemodinamia.				
Nombre del documento (7): PROCEDIMIENTO PARA SEDACIÓN Y ANESTESIA EN SALAS DE PROCEDIMIENTOS E IMAGENOLOGÍA.				
N° Resolución:	Versión: 03	Fecha: Enero 2018	Fecha vigencia: Enero 2023	N° páginas: 19
Elaborado por: TM María Yampara Flores y TM Rossana Huerta Marchant. Encargada de calidad y supervisora unidad de apoyo imagenología.		Aprobado por: Dra. Carmen Schweitzer M. Subdirección medica.		

El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO)

1. El procedimiento imagenológico cuando está involucrado un procedimiento invasivo	NA	2. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenoso, sedación y /o anestesia	SI		
3. Protocolo de sedación y/o anestesia	SI	4. Se han definido los responsables de su aplicación	SI		

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad, en el cual se describen los siguientes elementos:
En página 2 y 3 ítems 1,3 y 4, se describe objetivo, alcance y responsabilidades.
Objetivo:Describir el procedimiento y establecerlo como normativa básica para la aplicación de sedación y anestesia en imagenología, en salas de procedimientos fuera de la unidad de pabellones quirúrgicos.
Alcance: Aplica a los pacientes beneficiarios y/o no beneficiarios de la red, atendidos en salas de procedimientos imagenológicos fuera de pabellones quirúrgicos: imagenología y hemodinamia del HRA.

Responsables:

Responsable	Actividad
Medico tratante	Escribir con letra clara la solicitud de examen. Escribir el diagnostico o sospecha clínica. Determinar prescripción de sedación del paciente pediátrico ambulatorio u hospitalizado que requiera exámenes en unidad de imagenología. Determinar prescripción de sedación del paciente, si procede para el paciente adulto. Registrar antecedentes clínicos resumidos del paciente. Anotar con claridad su nombre en la indicación de examen. Unidad derivadora, hará llegar solicitud de anestesia con ficha y hora agendada de examen, acompañada de consentimiento informado, para la respectiva programación del procedimiento.
Medico anestesiólogo	Evaluación pre anestésica. Prescripción y administración de la anestesia. Revisión del material e insumos necesarios para el procedimiento. Registrar en hoja de evaluación de anestesia.
Tecnólogo medico	Verificar que la solicitud de examen cumpla las especificaciones requeridas de identificación y datos del paciente. Verificar que se cumplan las indicaciones previas al examen y sedación. Verificar la aplicación del consentimiento informado.
Auxiliar de anestesia	Asistir al anestesiólogo en la realización del procedimiento. Preparación del material e insumos. Traslado de máquina de anestesia, bombas de infusión y monitores, hacia sala de procedimiento. Reunir y preparar el material en área limpia verificando las condiciones de esterilidad y fecha de vigencia de éste y de las soluciones y antisépticos usados. Finalizado el procedimiento, debe retirar y trasladar todos los equipos e insumos que se utilizaron para tal efecto y trasladarlos a pabellón.
Enfermera de servicio clínico derivador.	Recibir al paciente que se someterá a un procedimiento invasivo, al ingreso al servicio, constatando ayuno y condiciones para el procedimiento. Cumplir indicaciones médicas consignadas en ficha clínica por el médico tratante que son: instalación de vía venosa, fleboclisis y uso de regulador de flujo para control de volumen, en todo paciente menor de 4 años. Observar y evaluar al paciente en su proceso de recuperación posterior a la sedación y/o anestesia, por 2 horas y posteriormente darlo de alta. Paciente que recibe anestesia general, la recuperación será en sala de pabellón, una vez recuperado, se derivará a su unidad clínica de origen. Paciente de UCI intubado, la derivación a su unidad clínica será inmediata, una vez finalizado el examen. Entregar indicaciones al alta.

En páginas 7 y 15, ítem 7, se registra la descripción del proceso, que consta de 3 pasos, entre los que destaca:

Evaluación pre anestésica: debe ser efectuada por el médico anestesista según procedimiento, en sala de hospitalización o en lugar del procedimiento.

Procedimiento de sedación en paciente pediátrico, consta de 10 pasos entre los que destaca:
Paciente debe ser derivado a la unidad de imagenología para agendar su hora de atención, desde policlínico de especialidad (pediatría o neurología), con solicitud y examen emitida por tratante, solicitud de hospitalización, con indicación de sedación y/o anestesia para solicitar fecha de hospitalización en gestión de camas.
La sedación en pacientes pediátricos puede ser utilizada entre 4 meses y 6 años de edad que se muevan y no cooperen.
Cualquier medicamento será administrado por indicación del pediatra tratante.
El pediatra indicara régimen cero, especificando las horas necesarias de ayuno y fleboclisis.
La profundidad de la sedación se calcula con escala de Ramsey.
Se requiere firma del consentimiento informado y deberán consentir sus padres o tutores legales.
Sala de radiología se requiere material de reanimación cardiopulmonar y personal de enfermería capacitado.
Los parámetros a monitorizar son: frecuencia cardiaca, presión arterial, oximetría de pulso y nivel de sedación.
Paciente hospitalizado debe ser monitorizado durante el traslado desde el servicio clínico y durante el procedimiento de imagenología.

En página 8, ítems 7.2.1 y 7.2.2, se describe medicamento utilizado para la sedación en imagenología de pacientes pediátricos y medidas de seguridad, para el uso de sedación en paciente pediátrico.

Fármaco	Dosis mg/kg	Vía administración	Efecto
Hidrato de cloral	50 a 75	Vía oral, rectal o sonda naso gástrico.	Produce al cabo de media hora u sueño superficial, que permite la realización del examen sin que el niño se mueva.

Medidas de seguridad, para el uso de sedación en paciente pediátrico:
Preparación para la sedación, que incluyen 2 aspectos.
Firma del consentimiento por parte de los padres /tutores.
Organización del transporte hasta unidad de imagenología.

Cumplir el ayuno, para evitar riesgo de aspiración de contenido gástrico, las patologías con mayor riesgo de aspiración, las que destaca:
Vómitos repetidos.
Hipertensión intracraneal.
Coma.
Traumatismo craneoencefálico.
Patología abdominal aguda hernia del hiato.
Obesidad.

En página 9, ítems 7.2.3 y 7.2.4, se describen duración del ayuno según grupo etario y recomendaciones posteriores a la sedación.
Duración del ayuno según grupo etario:
Neonatos y lactantes (< 5 meses), ayuno en las 4 horas previas a la sedación.
Niños de 6 a 36 meses, ayuno en las 6 horas previas a la sedación.
Niños de más de 36 meses, ayuno en las 8 horas previas a la sedación.

Recomendaciones posteriores a la sedación
La monitorización debe mantenerse hasta recuperar el estado de conciencia previo a la sedación.

En página 10, ítem 7.3, se describe procedimiento de sedación y/o anestesia en paciente adulto, que consta de 5 pasos, entre los que destaca:
La técnica anestésica a utilizar puede abarcar desde la sedación superficial (prescrita por medico tratante o de urgencia), hasta la anestesia general8aplicada por el médico anestesista).
En caso de anestesia general, se debe establecerse adecuado control de la vía aérea.
Se deberá dejar registro del procedimiento en hoja de evaluación pre anestésico y hoja de anestesia.

Procedimientos diagnósticos no invasivos.
Tomografía computada, consta de 7 pasos entre los que destaca:
El objetivo de la anestesia es obtener la inmovilidad absoluta con una recuperación rápida.
Durante la exploración nadie excepto el paciente puede estar dentro de la sala de exploración, debido al riesgo de radiación.
En la unidad de imagenología se realizará sedación y/o anestesia, según condición clínica del paciente.
Las complicaciones más frecuentes son las reacciones al contraste yodado y los problemas respiratorios.

Resonancia magnética, consta de 10 pasos entre los que destaca:
El paciente debe permanecer al interior de un recinto cilíndrico, estrecho, cerrado, la emisión de los pulsos de radio frecuencias produce un ruido fuerte y molesto.
Requiere inmovilidad absoluta del paciente.
La técnica dependerá de la edad, facilidad o existencia de un acceso venoso necesidad de administrar contraste endovenoso y colaboración del paciente los anestésicos a utilizar son:
Hidrato de cloral. En lactantes hasta 1 año.
Anestesia inhalatoria (sevorane), con mascarilla laríngea o tuvo orotraqueal (pacientes pediátricos).
Anestesia intravenosa (propofol) en respiración espontanea, con o sin mascarilla laríngea (pacientes adultos).
Deberá monitorizar la oxigenación, ventilación y circulación, en el área de vigilancia.
La monitorización de la temperatura también es importante, sobre todo en niños, pues el aire que atraviesa el túnel, aumenta la perdida de calor.

En página 13, ítems 7.3.3 y 7.3.4, se describe medicamento utilizado para la sedación en imagenología y salas de procedimientos en pacientes adultos y prevención de eventos adversos relacionados con la sedación.

Procedimiento	Fármaco	Dosis mg	Vía administración	Efecto
Diagnósticos no invasivos	Benzodiazepinas	Según indicación médica.	Según indicación médica.	Sedación consciente: antes y durante los procedimientos diagnósticos en imagenología.
Terapéuticos intervencionistas				Sedación profunda: antes y durante procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Prevención de eventos adversos relacionados con la sedación, se deberá verificar la existencia de los siguientes antecedentes:
Miastenia gravis.
Hipersensibilidad a benzodiacepinas.
Embarazo.
Psicosis.
No utilizar midazolam en pacientes con los antecedentes antes mencionados.

Observaciones:
1. Se tienen a la vista versión anterior del documento:
"Procedimiento para sedación y anestesia en salas de procedimientos de imagenología". Versión 02, fecha aprobación abril 2016, elaborado por María Yampara Flores, encargada de calidad unidad de apoyo imagenología, aprobado por Dr. Marcelo Ávila Jaramillo, médico jefe unidad de apoyo imagenología.
Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

Documento constatado en unidad de Hemodinamia				
Hemodinamia				
Nombre del documento 3: MANUAL DE PROCEDIMIENTOS UNIDAD DE HEMODINAMIA HRA				
N° Resolución: NA	Versión: 00	Fecha: Julio 2017.	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 32
Elaborado por: Jocelyn Tapia D., Paula Sepúlveda S., Enfermeras clínicas U. Hemodinamia.		Aprobado por: Bernhard Westerberg M, Médico jefe U. Hemodinamia.		

El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO)				
1. El procedimiento imagenológico cuando está involucrado un procedimiento invasivo	SI	2. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenoso, sedación y /o anestesia		NA
3. Protocolo de sedación y/o anestesia	NA	4. Se han definido los responsables de su aplicación		SI

Se tiene a la vista documento en el que destaca:
En página 2, ítems 2 y 3, **alcance y responsables**:
Alcance: para el personal profesional y técnico de la unidad de hemodinamia, además, se difundirá en la unidad de paciente crítico coronario y cuidados medios coronarios.
Responsables: Enfermera supervisora y el médico jefe de la unidad de hemodinamia difundir el presente documento dentro de las unidades involucradas.
En páginas 2 a 13, ítem 4, descripción del proceso, descrito en 14 puntos entre los que destaca:
Preparación:
Al llegar el paciente es recibido en sala de recuperación donde se realiza anamnesis, completando "Hoja de enfermería" Se explica el procedimiento al paciente, verificar consentimiento firmado.
Debe instalarse catéter venoso periférico 420 en brazo izquierdo y/o verificar su permeabilidad.
Se revisan zonas inguinales, radial derecha e izquierda las cuales deben estar rasuradas.
Verificar que metformina haya sido suspendida 48 horas previas al procedimiento.
Verificar que pacientes que tomen terapia de anticoagulación oral haya sido suspendida según corresponda desde 72 hrs a un día antes del procedimiento según indicación médica.
Verificar que el paciente tenga exámenes de sangre actualizados (antigüedad máxima 1 mes).
Pacientes con síndrome coronario agudo deben traer además curva enzimática.
Exámenes complementarios: electrocardiograma del día del evento y de control, ecocardiograma, test de esfuerzo, Spect miocárdico, test de dobutamina, angiotac coronario, etc.
El tecnólogo médico es el encargado de ingresar al paciente al sistema informático del angiógrafo, calibrar el equipo y los sistemas de presión para la realización de los procedimientos.
Procedimiento, descrito en 6 pasos, donde destaca:
Una vez obtenidas las imágenes el médico decide conducta a seguir, ya sea de resolución médica, terapéutica percutánea o quirúrgica.
Si se decide resolución terapéutica percutánea (angioplastia) se resuelve en la mayoría de los casos inmediatamente, realizando angioplastia según requerimientos del paciente, si es un procedimiento terapéutico percutáneo más complicado se difiere para coordinar compra de insumos y/o colaboración de equipo médico.
Si se decide resolución Quirúrgica, se derivará post procedimiento a evaluación con enfermeros a pabellón cardiología.
Si es resolución médica, se darán las indicaciones post procedimiento de continuar controles con su médico tratante.
Luego se retirarán los catéteres y el introductor, dejando zona radial con compresión local. Si la punción se realizó por vía femoral, se retirará el introductor instalando dispositivo de cierre y/o sutura en el sitio o se retirará vía manual en la sala de recuperación.
Post procedimiento, descrito en 6 pasos, donde destaca:
El técnico paramédico en la sala de recuperación debe sacar al paciente de la sala de procedimientos a la sala de recuperación donde se controla signos vitales cada 15-30 min, se vigila zona de punción (radial o femoral).
Luego de 2- 4 horas de reposo en recuperación (según procedimiento y dosis de heparina) se retirará compresor radial en pacientes que hayan sido sometidos al procedimiento por este acceso y dejará la zona con vendaje de gasa compresiva y tela cautelando una buena perfusión de la extremidad. En pacientes intervenidos por vía femoral se retira el introductor en el caso que esta haya sido dejada y se indica reposo absoluto por 24 horas, dejando un kilo de peso sobre la zona de punción por 5 horas, pacientes que se haya retirado introductor en sala del angiógrafo y son cerrados con dispositivo de tapón de colágeno o por sutura deben cumplir reposo en la unidad por 4 horas, luego pueden ser levantados al baño con asistencia, siempre verificando zona de punción (presencia de sangrado, hematoma y perfusión hacia distal de la extremidad). Los pacientes permanecen 30 minutos más para evaluar zona de punción.
Se realiza educación de los cuidados y posibles complicaciones de la zona intervenida, más refuerzo de autocuidado relacionado con patologías cardiacas y antecedentes mórbidos.
El médico es el responsable de informar al paciente y familia sobre procedimiento, resultados y conducta a seguir.
Nota: Las actividades realizadas en la preparación del paciente, el procedimiento de atención y las actividades que se realizan post, son las mismas para cada examen que se realiza en la unidad de Hemodinamia.
A continuación, el documento desarrolla 13 procedimientos que se realizan en la unidad donde destaca:
Coronariografía, descrito en 5 pasos, entre ellos:
Se realiza a través de la arteria radial o femoral, a través de un introductor el cual es instalado por técnica de seldinger, por el cual se introduce un catéter hasta el inicio de las arterias coronarias. La elección del catéter más adecuado es fundamental y depende del tipo de paciente, del tamaño de la raíz aortica y de la existencia de lesiones en los segmentos coronarios proximales.
Angioplastia, descrito en 5 pasos entre ellos:
Procedimiento medico terapéutico, que consiste en la dilatación de una arteria coronaria mediante un catéter que posee en su extremo distal un balón con una malla metálica llamada stent. Existen ocasiones en las que no es necesario predilatar la lesión diana con balón.
Angioplastia en oclusión total crónica (OCT), descrito en 3 pasos, entre ellos:
Procedimiento terapéutico percutáneo que se aborda generalmente por vía femoral, ya que la recanalización de OCT a las arterias coronarias implica un alto grado de complejidad técnica, utilizando diferentes catéteres y guías de mayor soporte. La

probabilidad de éxito dependerá de parámetros clínicos (tiempo de oclusión) y angiográficos, pero también del material usado y de la experiencia del operador.
Aterectomía rotacional (Rotablator), descrito en 5 pasos, entre ellos:
Procedimiento percutáneo para tratar lesiones severamente calcificadas y no dilatables.
Cateterismo derecho/ Izquierdo, descrito en 3 pasos entre ellos:
El cateterismo derecho, nos permite la medición y análisis de las presiones de aurícula derecha, ventrículo derecho, arteria pulmonar y capilar pulmonar, así como la determinación del gasto cardiaco (termo dilución o cálculo) y la valoración de Shunts intracardiacos. En el caso de sondeo izquierdo se miden resistencia del ventrículo izquierdo y aorta.
Ventriculografía izquierda, descrito en 3 pasos, entre ellos:
Procedimiento diagnóstico, abordado por arterial radial o femoral, se realiza inyección de contraste radiográfico a cavidad ventricular izquierda.
Otros dispositivos que se instalan en hemodinamia:
Instalación sonda marcapaso transitorio.
Instalación Balón contra pulsación intraaórtico.
En anexos, páginas 16 a 32, se encuentran:
Hoja de enfermería unidad de hemodinamia.
Pacientes derivados a pabellón cardiovascular.
Protocolo a seguir en pacientes que serán sometidos a estudio por la unidad de hemodinamia.
Materiales para realizar los procedimientos.
Informe/epicrisis de Coronariografía
Formulario solicitud de Coronariografía/angioplastia coronaria.

Observación:
1. Se tiene a la vista documento que da retrospectividad para este proceso de re acreditación:
"Procedimiento de prevención de eventos adversos asociados a la administración de medios de contraste utilizados en la unidad de hemodinamia". Versión 02, fecha aprobación abril 2015, elaborado por Tomas Aguilar Gainza y Rigoberto Choque Mamani, tecnólogos médicos hemodinamia, aprobado por Dr. Bernhard Westemberg Maldonado, médico jefe unidad de hemodinamia.
Servicio inicia su funcionamiento en marzo de 2018 en hospital nuevo.
Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

API 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Imagenología	
Nombre del indicador	PORCENTAJE PROCEDIMIENTO IMAGENOLÓGICOS INVASIVOS E INTERVENCIONALES, QUE CUMPLEN CON LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS.
Fórmula matemática	N° de procedimientos imagenológicos invasivos e intervencionales que cumplen con las medidas de prevención de eventos adversos según lista de verificación en un periodo / N° total de procedimientos imagenológicos invasivos e intervencionales evaluados en el mismo periodo X 100.
Umbral de cumplimiento: ≥ 90%	Periodicidad de la evaluación: mensual
Servicio de Hemodinamia	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS CONTRASTADOS QUE CUMPLEN CON LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN PACIENTE TIPO
Fórmula matemática	N° de procedimientos contrastados que cumplen con las medidas preventivas según pauta en paciente tipo en un periodo de tiempo/ N° total de procedimientos contrastados evaluados en paciente tipo en el mismo periodo x 100.
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Mayo 2016 a julio 2017	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS CONTRASTADOS REALIZADOS EN PACIENTE TIPO QUE CUMPLIERON CON EL PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDIOS DE CONTRASTE.
Fórmula matemática	Procedimientos contrastados de paciente tipo que cumplieron con las medidas de prevención de eventos adversos en el periodo /Total de procedimientos contrastados en paciente tipo en el mismo periodo x 100.
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

API 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Imagenología	
Nombre documento	LISTA DE VERIFICACIÓN DE EXÁMENES INVASIVOS.
Responsable medición	Encargada de calidad unidad de imagenologia.
Fuente primaria	Lista de verificación de exámenes invasivos.
Fuente secundaria	Informe de indicador
Periodo evaluado	01 de junio 2016 a 31 de mayo 2019.
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo del muestreo:** se miden todos los exámenes invasivos e intervencionales, chequeados en la lista de verificación de exámenes invasivos. Se cuenta con un registro diario, el cual es medido mensualmente a través de un informe de indicador. **Metodología de muestreo**: no aplica. **Criterio evaluado:** el prestador utiliza una pauta de supervisión, en la cual consigna, mes evaluado, servicio, nombre del evaluador y evalúa los siguientes criterios: Nombre del paciente. Verificación vía venosa.

	Vía venosa permeable. Preparación previa. Ayuno. Consentimiento informado. Valor creatinina. Sedación o anestesia. Premediación. Indicaciones post procedimiento. Brazalete.
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo evaluado:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende los meses de junio de 2016 a mayo de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúan los meses de mayo y diciembre 2018. **Registros Revisados:** Informe evaluación periódica, mayo y diciembre 2018. Lista de verificación exámenes invasivos, mayo y diciembre 2018 Informe de examen invasivo. **De la constatación:** Se constata la medición del indicador en informe evaluación periódica, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019, para ello se revisan el total de evaluaciones (según ord. Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019). Se verifican 5 fuentes primarias de los meses de mayo y diciembre 2018, verificando: Lista de verificación exámenes invasivos, contiene los 11 criterios descritos en metodología de medición del prestador y están contenidos en el protocolo local. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado. Para la evaluación se constata: Que la lista de verificación exámenes invasivos, contengan los 11 criterios a evaluar. Realización de examen imagenológico invasivo al paciente, el día de la evaluación. **Resultado de constatación fuente primaria:** Se constata el cumplimiento de los criterios definidos por el prestador.

Mayo 2018			
Fecha	RUT o ficha	Examen invasivo	Cumple criterio
18-05-2018	12.171.XXX-X	TAC abdomen y pelvis con contraste	SI
20-05-2018	8.810.XXX-X	Angiotac de toraxco contraste	SI
21-05-2018	4.439.XXX-X	Angiotac cerebro y cuello con contraste	SI
23-05-2018	5.573.XXX-X	Resonancia de rodilla con contraste	SI
29-05-2018	4.568.XXX-X	TAC abdomen y pelvis con contraste	SI

Diciembre 2018			
Fecha	RUT o ficha	Examen invasivo	Cumple criterio
02-12-2018	753XXX	Angiotac EEII	SI
08-12-2018	4.243.XXX-X	TAC de tórax con contraste	SI
17-12-2018	10.483.XXX-X	TAC abdomen y pelvis con contraste	SI
21-12-2018	10.213.XXX-X	Urotac con contraste.	SI
24-12-2018	22.584.XXX-X	TAC abdomen y pelvis con contraste	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	344	350	98.28%			
Julio 2016	334	344	97.09%			
Agosto 2016	411	416	98.80%			
Septiembre 2016	387	392	98.72%			
Octubre 2016	389	401	97.01%			
Noviembre 2016	359	362	99.17%			
Diciembre 2016	372	372	100%			
Enero 2017	363	365	99.45%			
Febrero 2017	317	322	98.45%			

Marzo 2017	448	451	99.33%			
Abril 2017	367	375	97.87%			
Mayo 2017	423	431	98.14%			
Junio 2017	348	353	98.58%			
Julio 2017	370	378	97.88%			
Agosto 2017	363	364	99.73%			
Septiembre 2017	377	383	98.43%			
Octubre 2017	394	397	99.24%			
Noviembre 2017	396	405	97.78%			
Diciembre 2017	396	409	96.82%			
Enero 2018	294	317	92.74%			
Febrero 2018	451	477	94.55%			
Marzo 2018	564	588	95.92%			
Abril 2018	504	517	97.49%			
Mayo 2018	**500**	**522**	**95,79%**	**500**	**522**	**95,79%**
Junio 2018	487	500	97.40%			
Julio 2018	532	559	95.17%			
Agosto 2018	596	651	91.55%			
Septiembre 2018	518	563	92.01%			
Octubre 2018	586	619	94.67%			
Noviembre 2018	505	538	93.87%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

Servicio de Hemodinamia

Nombre documento	INFORME DEL INDICADOR
Responsable medición	enfermera supervisora
Fuente primaria	Ficha clínica
Fuente secundaria	Pauta supervisión, informe del indicador
Periodo evaluado	Mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la Muestra** La muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. **Metodología de muestreo:** Para la aplicación de las pautas de supervisión, se evaluará 1 diaria de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. **Mecanismos de sustitución:** En caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, número de ficha, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: Creatinina previa al examen Presenta factores de riesgo (si-no) Uso de contraste según procedimiento (en nefrópatas) Hidratación previa (en nefrópatas) Medicamentos (N-acetilcisteina) (en nefrópatas) Uso de contraste según procedimiento (en alérgicos) Medicamentos previos (corticoide, clorfenamina)
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: 3° Trimestre 2018 y 1° Trimestre 2019. **Registros revisados:** Pauta de supervisión de medidas preventivas. Informe de evaluación del indicador. Fichas clínicas **De la constatación:** Pauta de supervisión "de medidas preventivas", contiene 7 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar.

Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico 3° Trimestre de 2018 y 1° Trimestre de 2019.
Se constatan fuentes primarias (5) de 2 trimestres a evaluar, utilizando herramienta Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, resultado de la constatación de la fuente primaria:

3° Trimestre 2018				
N° Ficha	Fecha	Constatado	Reportado	Observaciones
239XXX	27-07-2018	Cumple	Cumple	
739XXX	31-07-2018	Cumple	Cumple	
620XXX	16-08-2018	Cumple	Cumple	
702XXX	22-08-2018	Cumple	Cumple	
259XXX	14-09-2018	Cumple	Cumple	

1° Trimestre 2019				
N° Ficha	Fecha	Constatado	Reportado	Observaciones
339XXX	16-01-2019	Cumple	Cumple	
879XXX	29-01-2019	Cumple	Cumple	
679XXX	05-02-2019	Cumple	Cumple	
950XXX	22-02-2019	No cumple	Cumple	En criterio 4 registra que no aplica, sin embargo, recibe hidratación,
627XXX	08-03-2019	No cumple	Cumple	En criterio 4 registra que no aplica, sin embargo, recibe hidratación,

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
3° Trimestre 2017	46	60	76.67%			
4° Trimestre 2017	53	60	88.33%			
1° Trimestre 2018	53	60	88.33%			
2° Trimestre 2018	53	60	88.33%			
3° Trimestre 2018	**55**	**60**	**91.67%**	**55**	**60**	**91.67%**
4° Trimestre 2018	60	60	100%			
1° Trimestre 2019	**56**	**60**	**93.33%**	**56**	**60**	**93.33%**

Descripción de los hallazgos:
1.En la evaluación cuantitativa, lo constatado en cuanto al número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2.En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias dos de las reportadas no son concordantes con lo constatado por la entidad.

Por lo anteriormente descrito en el punto 2, no se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA API 1.2 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Imagenología	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 0
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 2/3	Porcentaje obtenido: 67%		**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA API 1.3 / HALLAZGOS

API 1.3 – Primer elemento medible: Se describe en documentos elaborados por el Servicio de Imagenología.

Servicio de Imagenología				
Nombre del documento: PROCEDIMIENTO SOLICITUD E INDICACIONES DE EXÁMENES IMAGENOLÓGICOS.				
Código: PO-IMA-05	Versión: 03	Fecha: Febrero 2018	Fecha vigencia: Febrero 2023	N° páginas: 23
Elaborado por: TM. María Yampara Flores. Encargada de calidad unidad de apoyo imagenología.		Aprobado por: Dra. Carolina Velásquez Díaz. Medico jefe unidad de apoyo imagenología.		
El documento describe los siguientes elementos: (SI/NO/NA)				
1. Los requisitos que deben cumplir las solicitudes de exámenes	SI	2. Las indicaciones que deben entregarse a los pacientes antes y después de los procedimientos imagenológicos según corresponda		SI
Breve descripción del contenido del documento:				

Se tiene a la vista documento elaborado por la unidad, en el cual destacan los siguientes elementos:
En página 2, ítem 2, **alcance**, señala que el procedimiento aplica a los pacientes beneficiarios y/o no beneficiarios de la red, hospitalizados, ambulatorios, de emergencia y referidos de los servicios clínicos y establecimientos del nivel primario.
En ítem 3, define a los **responsables**, entre ellos:
Médico tratante: Realiza la orden de examen a través del sistema SICLOPE o manualmente.
Tecnólogo medico:
Verificar que la orden de examen cumpla las especificaciones requeridas de identificación y datos del paciente.
Verificar que se cumplan indicaciones previas al examen y pre medicación cuando corresponda a un examen invasivo.
Verificar la aplicación del instructivo para la administración de médico de contraste y aclarar dudas del paciente respecto al procedimiento a realizar.
Ejecución del examen.
Registrar datos del paciente y cumplimiento de indicaciones previas en el documento.
Técnico paramédico:
Asistir al tecnólogo médico en la verificación y cumplimiento de las indicaciones de los exámenes.
Identificar al paciente a través del brazalete.
Registrar datos del paciente y cumplimiento de indicaciones previas en el documento.
Registrar en planilla Excel, el cumplimiento de las unidades clínicas
En páginas 4 y 5, ítem 7, **descripción del proceso**, señala el procedimiento de confección de la solicitud de examen imagenológico, las indicaciones y ejecución de la tomografía computada y resonancia nuclear magnética, incluye preparación e indicaciones, las indicaciones para la radiografía simple, contrastada. Mamografías y ecografías.
Solicitud de examen imagenológicos (manual o electrónica), deberá ser confeccionada por el médico tratante de las distintas unidades y/o servicios, centro de referencia, consultorios y otros establecimientos de la red de salud. La orden debe incluir:
Nombre y dos apellidos del paciente.
Registro del diagnóstico.
Nombre o timbre y firma del médico que solicita el examen (datos del médico).
Registrar ficha, RUT o folio de atención del paciente.
Registro de procedencia de la solicitud.
En caso de procedimientos que involucren un posible riesgo para el paciente, se requerirá la firma del consentimiento informado. En caso de paciente adulto con compromiso de conciencia o dificultad del entendimiento, deberá firmar el médico tratante o el representante legal del paciente. En pacientes pediátricos, deberán consentir sus padres o tutores legales y médico tratante.
El servicio de imagenología, antes de realizar el examen o procedimiento, debe verificar que la solicitud cumpla con los requisitos enunciados en el protocolo y que corresponda al paciente a quien se le realizará el examen. En pacientes con compromiso de conciencia, hospitalizados, se verifica la identificación en el brazalete.
En páginas 5 a 7, ítem 7.6, se describe, indicaciones para tomografía computada y resonancia nuclear magnética.
De la preparación, entre ellas destaca:
Al momento de solicitar hora para el examen, la administrativa entregará al paciente, las indicaciones previas. En caso de uso de medio de contraste, se le entregará un instructivo para la administración de medio de contraste endovenoso, donde acredite la aprobación de su uso. En el caso de pacientes impedidos de realizar esta acción, el familiar directo o representante legal, lo hará por él.
En resonancias magnéticas, las solicitudes son evaluadas previamente por el equipo de radiólogos de la unidad de imagenología y se aplicará además una encuesta previa.
Todo examen que requiera contraste endovenoso debe venir con su examen de creatinina, para determinar la función renal y el medio de contraste a utilizar.
En el caso de antecedentes alérgicos, se utilizará un protocolo de pre medicación, que será indicado en el mismo servicio y aplicado en el policlínico o servicio de referencia, con el fin de evitar eventos adversos asociados al uso de medio de contraste yodado.
Pacientes hospitalizados que requieren contraste endovenoso, deberá ir con vía venosa permeable y llave de tres pasos, el calibre es mínimo del catéter es de 20G en pacientes adultos y 22 G en pacientes pediátricos.
Pacientes con examen de creatinina mayor a 1.4 mg/dl, debe ser autorizado por el especialista y se tomarán las siguientes medidas de resguardo:
Insuficiencia renal aguda: hidratar al paciente, realizar nuevo examen de creatinina y según el valor, se reprogramará el examen.
Insuficiencia renal crónica (paciente en diálisis): el examen se programará conjuntamente con la diálisis.
De la ejecución:
Paciente lábil o de riesgo, debe ir acompañado por técnico paramédico, personal de servició, como dotación mínima.
Paciente de riesgo que requiera inmovilización, debe ser acompañado por personal paramédico o auxiliar de servicio, al interior del escáner. Se debe respaldar con sistema de aspiración de secreciones, cánulas mayo, sin prótesis y ambú si fuera necesario.
Post procedimiento el personal de escáner, entregará y explicará al paciente las indicaciones post examen.
En biopsias bajo escáner, al finalizar el procedimiento invasivo, el médico intervencionista entregará y explicará al paciente las indicaciones post procedimiento.
En páginas 7 a 9, ítem 7.7, se describen indicaciones para radiología simple, contrastada y mamografía.
De la preparación:
Al momento de solicitar hora para el examen radiológico contrastado, se le entregarán al paciente, las indicaciones previas. Los exámenes simples no requieren preparación, salvo las mamografías. Si requiere uso de contraste, se le entregará un instructivo para la administración de medio de contraste endovenoso, donde acredite la aprobación de su uso. En el caso de pacientes impedidos de realizar esta acción, el familiar directo o representante legal, lo hará por él.
Los exámenes radiológicos ambulatorios que incluyan preparación previa y ayuno deben ser citados a primera hora de la mañana. En exámenes con contraste endovenoso, deberá venir con resultado de creatinina y la solicitud del examen.
En atención cerrada, el personal clínico, debe consignar en la solicitud, el peso, talla y edad del paciente, para determinar función renal y medio de contraste a utilizar. El resultado de la creatinina tiene vigencia de un mes.
En el caso de antecedentes alérgicos, se utilizará un protocolo de pre medicación, que será indicado en el mismo servicio y

aplicado en el policlínico o servicio de referencia.
Pacientes con examen de creatinina mayor a 1.4 mg/dl, debe ser autorizado por el especialista y se tomaran las siguientes medidas de resguardo:
Insuficiencia renal aguda: hidratar al paciente, realizar nuevo examen de creatinina y según el valor, se reprogramará el examen.
Insuficiencia renal crónica (paciente en diálisis): el examen se programará conjuntamente con la diálisis.
De la ejecución:
Pacientes hospitalizados que requieren contraste endovenoso, deberá ir con vía venosa permeable y llave de tres pasos.
Paciente lábil o de riesgo, debe ir acompañado por técnico paramédico, personal de servició, como dotación mínima.
Paciente de riesgo que requiera ayuda o inmovilización, debe ser acompañado al interior de la sala de rayos, por personal paramédico o auxiliar de servicio. Se debe respaldar con sistema de aspiración de secreciones, cánulas mayo, sin prótesis y ambú si fuera necesario.
Al finalizar el procedimiento invasivo (examen con contraste), el personal de imagenología deberá entregar al paciente, las indicaciones posteriores al examen.
En páginas 9 y 10, ítem 7.8, se describen indicaciones para ecotomografía
De la preparación:
Al momento de solicitar la hora, la administrativa entregará indicaciones según corresponda.
Los exámenes ecográficos que incluyan preparación previa y ayuno, la orden de examen deberá acompañarse de la hoja de indicaciones según procedimiento.
De la ejecución:
Paciente lábil o de riesgo, debe ir acompañado por técnico paramédico, personal de servició, como dotación mínima.
Se debe respaldar con sistema de aspiración de secreciones, cánulas mayo, sin prótesis y ambú si fuera necesario.
Para exámenes invasivos (biopsia, punciones), el paciente deberá firmar u consentimiento informado, que acredite la aprobación al procedimiento, debido al riesgo asociado a su realización.
Para biopsia bajo ecografía, una vez finalizado el procedimiento invasivo, el médico intervencionista entregará y explicará al paciente las indicaciones post intervención.
En página 16 a la 23, se describen en **anexos**, los siguientes contenidos:
Anexo 1: Pauta de verificación indicaciones y solicitud de exámenes.
Anexo 2: Indicador de solicitud e indicación de exámenes.
Anexo 3: Toma de conocimiento por parte del personal (conocimiento del protocolo)
Anexo 4: Instrucciones de preparación para la realización de TAC contrastado de cerebro, cuello, tórax y Angiotac.
Anexo 5: Instrucciones de preparación para la realización de Pielotac.
Anexo 6: Instrucciones de preparación para la realización de TSC contrastado de abdomen y pelvis.
Anexo 7: Instrucciones de premedicación para los pacientes alérgicos.
Anexo 8: Instrucciones de preparación para la realización de uretrocistografía retrógrada o miccional.
Anexo 9: Instrucciones de preparación para la realización de colangiografía post operatoria.
Anexo 10: Instrucciones de preparación para la realización de pielografía de eliminación.
Anexo 11: Indicaciones post examen con medio de contraste.
Anexo 12: Instrucciones de preparación para realización de Rx Renal vesical-sacrocoxis-sacroilíacas-columna lumbar-columna total-pelvis.
Anexo 13: Indicaciones post procedimientos intervencionales.
Anexo 14: Instrucciones de preparación para la realización de Urotac.
Anexo 15: Lista de verificación de exámenes invasivos.

Observaciones:
Se tienen a la vista versión anterior del documento: "Procedimiento solicitud e indicaciones de exámenes imagenológicos". Versión 07, fecha aprobación abril 2016, elaborado por María Yampara Flores, encargada de calidad unidad de apoyo imagenología, aprobado por Dr. Marcelo Ávila Jaramillo, médico jefe unidad de apoyo imagenología.
Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación y con lo solicitado en elemento medible.

Se da por cumplido el elemento medible.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA			
Servicio de Imagenología (1 y 2)	UPC Adulto (1)	Medicina (1 y 2)	URG (1)
SI	SI	SI	SI

API 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Imagenología	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE SOLICITUD DE EXÁMENES DE IMAGENOLOGÍA CON DATOS COMPLETOS POR UNIDAD.
Fórmula matemática	N° de solicitudes de exámenes imagenológicos que cumplen con los parámetros evaluados en la unidad en el periodo/ N° total de solicitudes de exámenes generadas por unidad, en el mismo periodo X 100.
Umbral de cumplimiento: = o ≥ 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual.
UPC Adulto 1	
Nombre indicador (1) Febrero 2018 a la fecha	% de solicitud de exámenes imagenológicos que cumplen con los parámetros evaluados en la unidad en el periodo.
Fórmula matemática	N° de solicitudes de exámenes imagenológicos que cumplen con los parámetros evaluados en la unidad en el periodo/N° total de solicitudes de exámenes generados por la unidad en el mismo periodo) X 100
Umbral de cumplimiento: Mayor o igual al 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

Nombre indicador (2) Abril 2016 a enero 2018	% de solicitud de exámenes imagenológicos que cumplen con los parámetros evaluados en la unidad en el periodo.
Fórmula matemática	N° de solicitudes de exámenes con datos completos a evaluar según procedimiento por unidad en el periodo/N° total de solicitudes de exámenes generados por la unidad en el mismo periodo) X 100
Umbral de cumplimiento: Mayor o igual al 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Adulto 2	
Nombre indicador (1) Febrero 2018 a la fecha	PORCENTAJE DE SOLICITUDES DE EXAMENES IMAGENOLOGICOS QUE CUMPLEN CON LOS PARAMETROS EVALUADOS POR UNIDAD.
Fórmula matemática	Nº de solicitudes de exámenes imagenológicos que cumplen con los parámetros evaluados en la unidad en el periodo/ Nº total de solicitudes de exámenes generadas por la unidad, en el mismo periodo X 100.
Umbral de cumplimiento:≥ 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre indicador (2) Abril 2016 a enero 2018	PORCENTAJE DE SOLICITUD DE EXÁMENES DE IMAGENOLOGÍA CON DATOS COMPLETOS SEGÚN PROCEDIMEINTO POR UNIDAD
Fórmula matemática	N° DE SOLICITUDES de exámenes completos a evaluar según procedimiento por unidad en el periodo x 100/ N° total de solicitudes de exámenes generadas por unidad en el mismo periodo.
Umbral de cumplimiento: : = o ≥ 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Adulto 3	
Nombre del indicador	% De solicitud de exámenes imagenológicos que cumplen con los parámetros evaluados en la unidad en el periodo
Fórmula matemática	N° de solicitudes de exámenes imagenológicos que cumplen con los parámetros evaluados en la unidad en el periodo/N° total de solicitudes de exámenes generados por la unidad en el mismo periodo) X 100
Umbral de cumplimiento: Mayor o igual al 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 1	
Nombre del indicador	Sistema de verificación de solicitud de imagenologia según protocolo
Fórmula matemática	Nº de solicitudes de exámenes imagenológicos que cumplen con los parámetros evaluados en la unidad en el periodo / Nº total de solicitudes de exámenes generadas por la unidad en el mismo periodo
Umbral de cumplimiento: ≥ 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 2	
Nombre del indicador	Sistema de verificación de solicitud de imagenologia según protocolo
Fórmula matemática	Nº de solicitudes de exámenes imagenológicos que cumplen con los parámetros evaluados en la unidad en el periodo / Nº total de solicitudes de exámenes generadas por la unidad en el mismo periodo
Umbral de cumplimiento: ≥ 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 3	
Nombre del indicador	Sistema de verificación de solicitud de imagenologia según protocolo
Fórmula matemática	Nº de solicitudes de exámenes imagenológicos que cumplen con los parámetros evaluados en la unidad en el periodo / Nº total de solicitudes de exámenes generadas por la unidad en el mismo periodo
Umbral de cumplimiento: ≥ 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 4	
Nombre del indicador	Sistema de verificación de solicitud de imagenologia según protocolo
Fórmula matemática	Nº de solicitudes de exámenes imagenológicos que cumplen con los parámetros evaluados en la unidad en el periodo / Nº total de solicitudes de exámenes generadas por la unidad en el mismo periodo
Umbral de cumplimiento: ≥ 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 5	
Nombre indicador (1) Febrero 2018 a la fecha	PORCENTAJE DE SOLICITUDES DE EXAMENES IMAGENOLOGICOS QUE CUMPLEN CON LOS PARAMETROS EVALUADOS POR UNIDAD.
Fórmula matemática	Nº de solicitudes de exámenes imagenológicos que cumplen con los parámetros evaluados en la unidad en el periodo/ Nº total de solicitudes de exámenes generadas por la unidad, en el mismo periodo X 100.
Umbral de cumplimiento:≥ 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre indicador (2) Abril 2016 a enero 2018	PORCENTAJE DE SOLICITUD DE EXÁMENES DE IMAGENOLOGÍA CON DATOS COMPLETOS SEGÚN PROCEDIMEINTO POR UNIDAD
Fórmula matemática	N° DE SOLICITUDES de exámenes completos a evaluar según procedimiento por unidad en el periodo x 100/ N° total de solicitudes de exámenes generadas por unidad en el mismo periodo.
Umbral de cumplimiento: = o ≥ 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 6	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE SOLICITUDES DE EXAMENES IMAGENOLOGICOS QUE CUMPLEN CON LOS PARAMETROS EVALUADOS POR UNIDAD.
Fórmula matemática	Nº de solicitudes de exámenes imagenológicos que cumplen con los parámetros evaluados en la unidad en el periodo/ Nº total de solicitudes de exámenes generadas por la unidad, en el mismo periodo X 100.
Umbral de cumplimiento: ≥ 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
URG	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE SOLICITUDE DE EXAMENESIMAGENOLOGICOS QUE CUMPLEN CON LOS PARAMETROS EVALUADOS POR UNIDAD.

Fórmula matemática	Nº de solicitudes de exámenes imagenológicos que cumplen con los parámetros evaluados en la unidad en el periodo/ Nº total de solicitudes de exámenes generadas por la unidad, en el mismo periodo X 100.
Umbral de cumplimiento: ≥ 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

API 1.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Imagenología	
Nombre documento	PAUTA DE VERIFICACIÓN INDICACIONES Y SOLICITUD DE EXÁMENES.
Responsable medición	Encargada de calidad unidad de imagenología.
Fuente primaria	Solicitud de exámenes imagenológicos.
Fuente secundaria	Pauta de supervisión.
Periodo evaluado	01 de junio 2016 a 31 de mayo 2019.
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo del muestreo:** Mensualmente se mide la totalidad de las solicitudes de examen imagenológico de cada unidad. **Metodología de muestreo**: no aplica **Criterio evaluado:** El prestador utiliza una pauta de supervisión, en la cual consigna, mes evaluado, servicio, nombre del evaluador, RUT o ficha del paciente y evalúa los siguientes criterios: La orden indica nombre y dos apellidos de paciente. La orden registra diagnostico. La orden indica datos del médico. Registra ficha o RUT de paciente. La orden registra procedencia.
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo evaluado:** Dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende los meses de junio de 2016 a mayo de 2019. **Selección de la muestra:** La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúan los meses de mayo y diciembre 2018. **Registros Revisados:** Informe evaluación periódica, mayo y diciembre 2018. Pauta de verificación indicaciones y solicitud de exámenes, mayo y diciembre 2018 Ordenes de exámenes. **De la constatación:** Se constata la medición del indicador en informe evaluación periódica, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019, para ello se revisan el total de evaluaciones (según ord. Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019). Se verifican 5 fuentes primarias de los meses de mayo y diciembre 2018, verificando: Pauta de verificación indicaciones y solicitud de exámenes, contiene los 6 criterios descritos en metodología de medición del prestador y están contenidos en el protocolo local. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado. Para la evaluación se constata: Que la lista de verificación exámenes invasivos, contengan los 6 criterios a evaluar. Órdenes de exámenes imagenológico cumplen con los criterios establecidos. **Resultado de constatación fuente primaria:** Se constata el cumplimiento de los criterios definidos por el prestador.

Mayo 2018		
Fecha	RUT o ficha	Cumple criterio
01-05-2018	5.266.XXX-X	SI
20-05-2018	22.692.XXX-X	SI
29-05-2018	4.452.XXX-X	SI
30-05-2018	8.837.XXX-X	SI
31-08-2018	4993.XXX-X	SI

Diciembre 2018		
Fecha	RUT o ficha	Cumple criterio
05-12-2018	8.494.XXX-X	SI
07-12-2018	16.203.XXX-X	SI
14-12-2018	20.212.XXX-X	SI
18-12-2018	19.463.XXX-X	SI
25-12-2018	56085	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	475	502	94.62%			
Julio 2016	513	534	96.07%			

Agosto 2016	539	561	96.08%			
Septiembre 2016	535	556	96.22%			
Octubre 2016	562	590	95.25%			
Noviembre 2016	557	580	96.03%			
Diciembre 2016	586	598	98.00%			
Enero 2017	580	586	99.00%			
Febrero 2017	554	567	97.71%			
Marzo 2017	626	636	98.43%			
Abril 2017	613	645	95.04%			
Mayo 2017	676	697	96.7%			
Junio 2017	602	606	99.34%			
Julio 2017	583	599	97.33%			
Agosto 2017	620	645	96.12%			
Septiembre 2017	624	637	97.96%			
Octubre 2017	613	632	97.0%			
Noviembre 2017	648	676	96.0%			
Diciembre 2017	667	681	97.94%			
Enero 2018	567	582	97.42%			
Febrero 2018	574	589	97.45%			
Marzo 2018	734	759	96.71%			
Abril 2018	592	644	91.93%			
Mayo 2018	**699**	**716**	**97.63%**	**699**	**716**	**97.63%**
Junio 2018	682	695	98.13%			
Julio 2018	710	718	98.9%			
Agosto 2018	662	679	97.50%			
Septiembre 2018	681	738	92.3%			
Octubre 2018	804	813	98.89%			
Noviembre 2018	763	775	98.45%			
Diciembre 2018	**851**	**862**	**98.72%**	**851**	**862**	**98.72%**
Enero 2019	906	925	97.95%			
Febrero 2019	804	822	97.81%			
Marzo 2019	777	784	99.11%			
Abril 2019	785	808	97.15%			
Mayo 2019	826	858	96.27%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Adulto 1	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN DEL INDICADOR
Responsable medición	Encargada de calidad Unidad de Apoyo Imagenología
Fuente primaria	Solicitud de exámenes imagenológicos de escáner
Fuente secundaria	Pauta de supervisión verificación indicaciones y solicitud de exámenes
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra:** Se realiza un muestreo por conveniencia de las solicitudes de escáner. **Metodología de muestreo:** No señala, se realiza en forma centralizada en la Unidad de Imagenología. **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión verificación indicaciones y solicitud de exámenes, se lleva en una planilla Excel, donde indica un número correlativo, Rut o ficha de paciente, servicio, profesional fecha y hora. Los criterios de evaluación corresponden a: La orden indica nombre y dos apellidos del paciente (Criterio 1) La orden registra diagnóstico (Criterio 2) La orden registra dato del médico (Criterio 3) Registra ficha o Rut del paciente (criterio 4) La orden registra procedencia (Criterio 5)
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** periodo evaluado: Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** la constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el mes de mayo y diciembre de 2018. **Registros revisados:** Informe evaluación periódica del indicador emitidos por el servicio de imagenología. Pauta de verificación indicaciones y solicitud de exámenes de escáner en formato planilla Excel. **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019)

La pauta de verificación indicaciones y solicitud de exámenes de escáner, contiene 5 criterios, los cuales se encuentran contenidos en el protocolo local.
Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento.
Se realiza una constatación cuantitativa de los criterios evaluados en las pautas de supervisión, durante el mes de mayo y diciembre de 2018, con el objeto de contrastar la información consignada en las pautas con el cumplimiento reportado por el prestador.

Mayo 2018		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha evaluación	N° Pautas cumple/Total pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Mayo 2018	56/56	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Diciembre 2018	56/56	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

En segunda visita post terreno al prestador se revisan la constatación de las solicitudes de exámenes de imagenología para las UPC, seleccionado 5 fuentes primarias por Randomizer del mes de junio 2018 y febrero 2019.

Fecha	Rut de la solicitud evaluada	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Crite rio 5	Reportado por el Prestador	Constatado por la Entidad
06-06-2018	9655XX-X	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
08-06-2018	1363XXX-X	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
27-06-2018	7641XX-X	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
28-06-2018	5505XX-X	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
29-06-2019	6340XXX-X	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Fecha	Rut de la solicitud evaluada	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Crite rio 5	Reportado por el Prestador	Constatado por la Entidad
03-02-2019	8509XX-X	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
06-02-2019	2169XXX-X	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
13-02-2019	7710XX-X	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
14-02-2019	1317XXX-X	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
22-02-2019	7582XXX-X	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	27	28	96,43%			
Julio 2016	21	22	95,45%			
Agosto 2016	29	29	100%			
Septiembre 2016	14	16	87,50%			
Octubre 2016	19	20	95%			
Noviembre 2016	35	35	100%			
Diciembre 2016	24	24	100%			
Enero 2017	31	32	96,88%			
Febrero 2017	36	36	100%			
Marzo 2017	29	31	93,55%			
Abril 2017	28	31	90,32%			
Mayo 2017	32	33	96,97%			
Junio 2017	36	36	100%			
Julio 2017	19	19	100%			
Agosto 2017	34	35	97,14%			
Septiembre 2017	17	17	100%			
Octubre 2017	20	21	95,24%			
Noviembre 2017	37	39	94,87%			

Diciembre 2017	24	24	100%			
Enero 2018	25	28	89,29%			
Febrero 2018	40	40	100%			
Marzo 2018	21	21	100%			
Abril 2018	49	53	92,45%			
Mayo 2018	**56**	**56**	**100%**	**56**	**56**	**100%**
Junio 2018	**64**	**64**	**100%**	**64**	**64**	**100%**
Julio 2018	49	49	100%			
Agosto 2018	48	50	96%			
Septiembre 2018	61	64	95,31%			
Octubre 2018	65	65	100%			
Noviembre 2018	64	65	98,46%			
Diciembre 2018	**56**	**56**	**100%**	**56**	**56**	**100%**
Enero 2019	63	63	100%			
Febrero 2019	**43**	**44**	**97,73%**	**43**	**44**	**97,73%**
Marzo 2019	32	32	100%			
Abril 2019	43	46	93,48%			
Mayo 2019	49	54	90,74%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible en UPC Ad (UCI Coronaria).

UPC Adulto 2

Nombre documento	PAUTA DE VERIFICACIÓN INDICACIONES Y SOLICITUD DE EXÁMENES.
Responsable medición	Encargada de calidad unidad de imagenología.
Fuente primaria	Solicitud de exámenes imagenológicos.
Fuente secundaria	Pauta de supervisión.
Periodo evaluado	Mayo 2016 a 30 de abril 2019.
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo del muestreo:** mensualmente se mide la totalidad de las solicitudes de exámenes imagenológicos de cada unidad. **Metodología de muestreo**: no aplica**.** **Criterios evaluados:** el prestador utiliza una pauta de supervisión, en la cual consigna, mes evaluado, servicio, nombre del evaluador y evalúa los siguientes criterios: RUT o ficha del paciente. La orden indica nombre y dos apellidos de paciente. La orden registra diagnóstico. La orden indica datos del médico. Registra ficha o RUT de paciente. La orden registra procedencia.
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo evaluado:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende los meses de mayo de 2016 a abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúan los meses de mayo y diciembre 2018. **Registros Revisados:** Informe evaluación periódica, mayo y diciembre 2018. **De la constatación:** Se constata la medición del indicador en informe evaluación periódica, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en los meses de mayo y diciembre 2018, para ello se revisan el total de evaluaciones (según ord. Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019). Se verifican 5 fuentes primarias de los meses de mayo y diciembre 2018, verificando: Que la lista de verificación exámenes invasivos, contengan los 6 criterios a evaluar. Ordenes de exámenes imagenológicos cumplan con los criterios establecidos. **Resultado de constatación fuente primaria:** Se constata el cumplimiento de los criterios definidos por el prestador.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016*	5	5	100%			
Mayo 2016	34	34	100%			
Junio 2016*	14	14	100%			
Junio 2016	27	27	100%			

Julio 2016*	5	6	83,33%			
Julio 2016	30	31	96,77%			
Agosto 2016*	11	12	91,67%			
Agosto 2016	31	32	96,88%			
Septiembre 2016*	11	11	100%			
Septiembre 2016	36	38	94,74%			
Octubre 2016*	13	14	92,86%			
Octubre 2016	34	35	97,14%			
Noviembre 2016*	8	8	100%			
Noviembre 2016	29	29	100%			
Diciembre 2016*	13	13	100%			
Diciembre 2016	36	37	97,30%			
Enero 2017*	17	17	100%			
Enero 2017	18	18	100%			
Febrero 2017*	10	10	100%			
Febrero 2017	40	40	100%			
Marzo 2017*	10	10	100%			
Marzo 2017	28	28	100%			
Abril2017*	5	6	83,33%			
Abril2017	33	36	91,67%			
Mayo 2017*	15	16	93,75%			
Mayo 2017	36	36	100%			
Junio 2017*	21	21	100%			
Junio 2017	34	34	100%			
Julio 2017*	18	18	100%			
Julio 2017	28	29	96,55%			
Agosto 2017*	12	12	100%			
Agosto 2017	41	42	97,62%			
Septiembre 2017*	13	13	100%			
Septiembre 2017	40	40	100%			
Octubre 2017*	20	20	100%			
Octubre 2017	22	22	100%			
Noviembre 2017*	14	15	93,33%			
Noviembre 2017	49	49	100%			
Diciembre 2017*	21	22	95,45%			
Diciembre 2017	44	45	97,78%			
Enero 2018	48	48	100%			
Febrero 2018	75	94	79,79%			
Marzo 2018	16	16	100%			
Abril 2018	32	33	96,97%			
Mayo 2018	**45**	**45**	**100%**	**45**	**45**	**100%**
Junio 2018	25	25	100%			
Julio 2018	18	18	100%			
Agosto 2018	32	33	96,97%			
Septiembre 2018	13	14	92,86%			
Octubre 2018	23	23	100%			
Noviembre 2018	31	31	100%			
Diciembre 2018	**33**	**34**	**97,06%**	**33**	**34**	**97,06%**
Enero 2019	34	34	100%			
Febrero 2019	35	35	100%			
Marzo 2019	27	27	100%			
Abril 2019	31	31	100%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad. Desde mayo 2016 a diciembre 2017 la unidad se dividía en 2 sectores.

Se da por cumplido el elemento medible.

UPC Adulto 3	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN DEL INDICADOR
Responsable medición	Encargada de calidad Unidad de Apoyo Imagenología
Fuente primaria	Solicitud de exámenes imagenológicos de escáner
Fuente secundaria	Pauta de supervisión verificación indicaciones y solicitud de exámenes
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra:** Se realiza un muestreo por conveniencia de las solicitudes de escáner. **Metodología de muestreo:** No señala, se realiza en forma centralizada en la Unidad de

Imagenología.
Criterios de cumplimiento: La pauta de supervisión verificación indicaciones y solicitud de exámenes, se lleva en una planilla Excel, donde indica un número correlativo, Rut o ficha de paciente, servicio, profesional fecha y hora.
Los criterios de evaluación corresponden a:
La orden indica nombre y dos apellidos del paciente (Criterio 1)
La orden registra diagnóstico (Criterio 2)
La orden registra dato del médico (Criterio 3)
Registra ficha o Rut del paciente (criterio 4)
La orden registra procedencia (Criterio 5)

Metodología de constatación

Periodo evaluado: Periodo evaluado: Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019.
Selección de la muestra: La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el mes de mayo y diciembre de 2018.
Registros revisados:
Informe evaluación periódica del indicador emitidos por el servicio de imagenología.
Pauta de verificación indicaciones y solicitud de exámenes de escáner en formato planilla Excel.
De la constatación: (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019)
La pauta de verificación indicaciones y solicitud de exámenes de escáner, contiene 5 criterios, los cuales se encuentran contenidos en el protocolo local.
Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento.
Se realiza una constatación cuantitativa y cualitativa de los criterios evaluados en las pautas de supervisión, durante el mes de mayo y diciembre de 2018, con el objeto de contrastar la información consignada en las pautas con el cumplimiento reportado por el prestador.

Mayo 2018		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha evaluación	N° Pautas cumple/Total pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Mayo 2018	13/13	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Diciembre 2018	19/19	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016	1	1	100%			
Junio 2016	9	9	100%			
Julio 2016	8	9	88,89%			
Agosto 2016	7	7	100%			
Septiembre 2016	7	7	100%			
Octubre 2016	6	7	85,71%			
Noviembre 2016	4	4	100%			
Diciembre 2016	5	5	100%			
Enero 2017	11	11	100%			
Febrero 2017	8	8	100%			
Marzo 2017	10	10	100%			
Abril 2017	7	7	100%			
Mayo 2017	11	11	100%			
Junio 2017	6	6	100%			
Julio 2017	8	8	100%			
Agosto 2017	9	9	100%			
Septiembre 2017	12	12	100%			
Octubre 2017	7	7	100%			
Noviembre 2017	6	6	100%			
Diciembre 2017	7	7	100%			
Enero 2018	13	13	100%			
Febrero 2018	9	9	100%			
Marzo 2018	21	22	95,45%			
Abril 2018	15	15	100%			
Mayo 2018	**13**	**13**	**100%**	**13**	**13**	**100%**
Junio 2018	9	9	100%			

Julio 2018	4	4	100%			
Agosto 2018	2	2	100%			
Septiembre 2018	6	7	85,71%			
Octubre 2018	6	6	100%			
Noviembre 2018	11	11	100%			
Diciembre 2018	**19**	**19**	**100%**	**19**	**19**	**100%**
Enero 2019	17	18	94,44%			
Febrero 2019	16	17	94,12%			
Marzo 2019	4	4	100%			
Abril 2019	17	17	100%			
Mayo 2019	10	10	100%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible en UPC Ad (UCI Coronaria).

MQ 1

Nombre documento	PAUTA DE VERIFICACIÓN INDICACIONES Y SOLICITUD DE EXÁMENES.
Responsable medición	Encargada de calidad unidad de imagenología.
Fuente primaria	Solicitud de exámenes imagenológicos.
Fuente secundaria	Pauta de supervisión.
Periodo evaluado	Mayo 2016 a 30 de abril 2019.
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo del muestreo:** mensualmente se mide la totalidad de las solicitudes de exámenes imagenológicos de cada unidad. **Metodología de muestreo**: no aplica **Criterio evaluado:** el prestador utiliza una pauta de supervisión, en la cual consigna, mes evaluado, servicio, nombre del evaluador y evalúa los siguientes criterios: RUT o ficha del paciente. (1) La orden indica nombre y dos apellidos de paciente. (2) La orden registra diagnóstico. (3) La orden indica datos del médico. (4) La orden registra procedencia. (5)
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** Periodo evaluado: Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el mes de mayo y diciembre de 2018. **Registros revisados:** Informe evaluación periódica del indicador emitidos por el servicio de imagenología. Pauta de verificación indicaciones y solicitud de exámenes de escáner en formato planilla Excel. **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) La pauta de verificación indicaciones y solicitud de exámenes de escáner, contiene 5 criterios, los cuales se encuentran contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se realiza una constatación cuantitativa durante el mes de mayo y diciembre de 2018, con el objeto de contrastar la información consignada en las pautas con el cumplimiento reportado por el prestador, se aleatorizan 5 fuentes primarias (ordenes de exámenes) y se constatan cumplimiento de criterios definidos por el prestador. En segunda visita post terreno al prestador se revisan la constatación de las solicitudes de exámenes de imagenología para las UPC, seleccionado 5 fuentes primarias por Randomizer del mes de junio 2018 y febrero 2019.

Fecha	Rut de la solicitud evaluada	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Crite rio 5	Reportado por el Prestador	Constatado por la Entidad
16-06-2018	8024XX-X	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
18-06-2018	2416XXX-X	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
22-06-2018	4321XX-X	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
25-06-2018	4578XX-X	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
29-06-2019	4272XXX-X	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Fecha	Rut de la solicitud evaluada	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Crite rio 5	Reportado por el Prestador	Constatado por la Entidad
08-02-2019	9922XX-X	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
15-02-2019	9691XXX-X	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
20-02-2019	5600XX-X	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
03-02-2019	1879XXX-X	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
24-02-2019	3717XXX-X	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016	32	30	93.7%			
Junio 2016	36	32	88.9%			
Julio 2016	48	47	97.9%			
Agosto 2016	46	42	91.3%			
Septiembre 2016	50	48	96.0%			
Octubre 2016	41	39	95.1%			
Noviembre 2016	34	33	97.0%			
Diciembre 2016	56	55	98.2%			
Enero 2017	45	45	100%			
Febrero 2017	37	35	94.6%			
Marzo 2017	54	54	100%			
Abril 2017	54	52	96.3%			
Mayo 2017	44	44	100%			
Junio 2017	33	33	100%			
Julio 2017	45	44	97.8%			
Agosto 2017	38	35	92.1%			
Septiembre 2017	39	38	97.3%			
Octubre 2017	52	52	100%			
Noviembre 2017	53	51	96.2%			
Diciembre 2017	40	39	97.5%			
Enero 2018	29	28	96.5%			
Febrero 2018	48	46	95.8%			
Marzo 2018	61	59	96.7%			
Abril 2018	47	45	95.7%			
Mayo 2018	**66**	**66**	**100%**	**66**	**66**	**100%**
Junio 2018	46	46	100%	**46**	**46**	**100%**
Julio 2018	63	63	100%			
Agosto 2018	40	40	100%			
Septiembre 2018	53	51	96.2%			
Octubre 2018	63	63	100%			
Noviembre 2018	58	58	100%			
Diciembre 2018	**45**	**45**	**100%**	**45**	**45**	**100%**
Enero 2019	32	32	100%			
Febrero 2019	40	40	100%	**40**	**40**	**100%**
Marzo 2019	52	52	100%			
Abril 2019	40	40	100%			

Descripción de los hallazgos:

1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 2	
Nombre documento	PAUTA DE VERIFICACIÓN INDICACIONES Y SOLICITUD DE EXÁMENES.
Responsable medición	Encargada de calidad unidad de imagenología.
Fuente primaria	Solicitud de exámenes imagenológicos.
Fuente secundaria	Pauta de supervisión.
Periodo evaluado	Mayo 2016 a 30 de abril 2019.
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo del muestreo:** mensualmente se mide la totalidad de las solicitudes de exámenes imagenológicos de cada unidad. **Metodología de muestreo**: no aplica

	Criterio evaluado: el prestador utiliza una pauta de supervisión, en la cual consigna, mes evaluado, servicio, nombre del evaluador y evalúa los siguientes criterios: RUT o ficha del paciente. (1) La orden indica nombre y dos apellidos de paciente. (2) La orden registra diagnóstico. (3) La orden indica datos del médico. (4) La orden registra procedencia. (5)
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** Periodo evaluado: Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el mes de mayo y diciembre de 2018. **Registros revisados:** Informe evaluación periódica del indicador emitidos por el servicio de imagenología. Pauta de verificación indicaciones y solicitud de exámenes de escáner en formato planilla Excel. **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) La pauta de verificación indicaciones y solicitud de exámenes de escáner, contiene 5 criterios, los cuales se encuentran contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se realiza una constatación cuantitativa y cualitativa de los criterios evaluados en las pautas de supervisión, durante el mes de mayo y diciembre de 2018, con el objeto de contrastar la información consignada en las pautas con el cumplimiento reportado por el prestador, se aleatorizan 5 fuentes primarias (ordenes de exámenes) y se constatan cumplimiento de criterios definidos por el prestador.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016	29	25	86,2%			
Junio 2016	45	38	84,4%			
Julio 2016	26	24	92.3%			
Agosto 2016	47	47	100%			
Septiembre 2016	29	27	93.1%			
Octubre 2016	37	32	86.4%			
Noviembre 2016	40	35	87.5%			
Diciembre 2016	37	36	97.3%			
Enero 2017	54	54	100%			
Febrero 2017	48	48	100%			
Marzo 2017	40	37	92.5%			
Abril 2017	37	36	97.3%			
Mayo 2017	69	68	98.5%			
Junio 2017	60	60	100%			
Julio 2017	44	42	95.5%			
Agosto 2017	57	51	89.5%			
Septiembre 2017	56	55	98.2%			
Octubre 2017	45	44	97.8%			
Noviembre 2017	40	36	90.0%			
Diciembre 2017	42	41	97.6%			
Enero 2018	21	21	100%			
Febrero 2018	17	17	100%			
Marzo 2018	13	12	92.3%			
Abril 2018	23	23	100%			
Mayo 2018	**14**	**14**	**100%**	**14**	**14**	**100%**
Junio 2018	26	25	96.1%			
Julio 2018	16	16	100%			
Agosto 2018	24	24	100%			
Septiembre 2018	16	15	93.7%			
Octubre 2018	39	39	100%			
Noviembre 2018	20	20	100%			
Diciembre 2018	**22**	**21**	**95.5%**	**22**	**21**	**95.5%**
Enero 2019	22	22	100%			
Febrero 2019	34	33	97.05			
Marzo 2019	23	23	100%			
Abril 2019	34	34	100%			

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por

el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 3	
Nombre documento	PAUTA DE VERIFICACIÓN INDICACIONES Y SOLICITUD DE EXÁMENES.
Responsable medición	Encargada de calidad unidad de imagenología.
Fuente primaria	Solicitud de exámenes imagenológicos.
Fuente secundaria	Pauta de supervisión.
Periodo evaluado	Mayo 2016 a 30 de abril 2019.
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo del muestreo:** mensualmente se mide la totalidad de las solicitudes de exámenes imagenológicos de cada unidad. **Metodología de muestreo**: no aplica **Criterio evaluado:** el prestador utiliza una pauta de supervisión, en la cual consigna, mes evaluado, servicio, nombre del evaluador y evalúa los siguientes criterios: RUT o ficha del paciente. (1) La orden indica nombre y dos apellidos de paciente. (2) La orden registra diagnóstico. (3) La orden indica datos del médico. (4) La orden registra procedencia. (5)
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** dado que corresponde un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** la constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el mes de mayo y diciembre de 2018. **Registros revisados:** Informe evaluación periódica del indicador emitidos por el servicio de imagenología. Pauta de verificación indicaciones y solicitud de exámenes de escáner en formato planilla Excel. **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) La pauta de verificación indicaciones y solicitud de exámenes de escáner, contiene 5 criterios, los cuales se encuentran contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se realiza una constatación cuantitativa y cualitativa de los criterios evaluados en las pautas de supervisión, durante el mes de mayo y diciembre de 2018, con el objeto de contrastar la información consignada en las pautas con el cumplimiento reportado por el prestador, se aleatorizan 5 fuentes primarias (ordenes de exámenes) y se constatan cumplimiento de criterios definidos por el prestador.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016	5	4	80.0%			
Junio 2016	2	2	100%			
Julio 2016	5	5	100%			
Agosto 2016	6	5	83.3%			
Septiembre 2016	6	6	100%			
Octubre 2016	7	6	85.7%			
Noviembre 2016	8	8	100%			
Diciembre 2016	6	6	100%			
Enero 2017	3	3	100%			
Febrero 2017	4	3	75.0%			
Marzo 2017	5	5	100%			
Abril 2017	7	7	100%			
Mayo 2017	7	7	100%			
Junio 2017	2	2	100%			
Julio 2017	4	4	100%			
Agosto 2017	7	7	100%			
Septiembre 2017	4	4	100%			
Octubre 2017	3	3	100%			
Noviembre 2017	11	11	100%			
Diciembre 2017	52	40	90.5%			
Enero 2018	50	47	94.0%			
Febrero 2018	43	43	100%			
Marzo 2018	59	56	95.0%			
Abril 2018	48	46	95.0%			
Mayo 2018	**48**	**48**	**100%**	**48**	**48**	**100%**
Junio 2018	43	43	100%			

Julio 2018	79	79	100%			
Agosto 2018	41	40	97.0%			
Septiembre 2018	52	48	92.0%			
Octubre 2018	64	64	100%			
Noviembre 2018	55	55	100%			
Diciembre 2018	**37**	**37**	**100%**	**37**	**37**	**100%**
Enero 2019	48	48	100%			
Febrero 2019	46	46	100%			
Marzo 2019	35	35	100%			
Abril 2019	43	41	95.0%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 4	
Nombre documento	PAUTA DE VERIFICACIÓN INDICACIONES Y SOLICITUD DE EXÁMENES.
Responsable medición	Encargada de calidad unidad de imagenología.
Fuente primaria	Solicitud de exámenes imagenológicos.
Fuente secundaria	Pauta de supervisión.
Periodo evaluado	Mayo 2016 a 30 de abril 2019.
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo del muestreo:** mensualmente se mide la totalidad de las solicitudes de exámenes imagenológicos de cada unidad. **Metodología de muestreo**: no aplica **Criterio evaluado:** el prestador utiliza una pauta de supervisión, en la cual consigna, mes evaluado, servicio, nombre del evaluador y evalúa los siguientes criterios: RUT o ficha del paciente. (1) La orden indica nombre y dos apellidos de paciente. (2) La orden registra diagnóstico. (3) La orden indica datos del médico. (4) La orden registra procedencia. (5)
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019, pero en este servicio que inicio su funcionamiento el 26 de enero de 2019 se evaluara los datos del 1 Trimestre de 2019 **Selección de la muestra:** la constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el mes de mayo y diciembre de 2018. **Registros revisados:** Informe evaluación periódica del indicador emitidos por el servicio de imagenología. Pauta de verificación indicaciones y solicitud de exámenes de escáner en formato planilla Excel. **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) La pauta de verificación indicaciones y solicitud de exámenes de escáner, contiene 5 criterios, los cuales se encuentran contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se realiza una constatación cuantitativa y cualitativa de los criterios evaluados en las pautas de supervisión, durante el mes de abril de 2019, con el objeto de contrastar la información consignada en las pautas con el cumplimiento reportado por el prestador, se aleatorizan 5 fuentes primarias (ordenes de exámenes) y se constatan cumplimiento de criterios definidos por el prestador.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Febrero 2019	Sin datos					
Marzo 2019	5	5	100%	5	5	100%
Abril 2019	**2**	**2**	**100%**	**2**	**2**	**100%**

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 5	
Nombre documento	PAUTA DE VERIFICACIÓN INDICACIONES Y SOLICITUD DE EXÁMENES.
Responsable medición	Encargada de calidad unidad de imagenología.
Fuente primaria	Solicitud de exámenes imagenológicos.

Fuente secundaria	Pauta de supervisión.
Periodo evaluado	Mayo 2016 a 30 de abril 2019.
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo del muestreo:** mensualmente se mide la totalidad de las solicitudes de exámenes imagenológicos de cada unidad. **Metodología de muestreo**: no aplica **Criterio evaluado:** el prestador utiliza una pauta de supervisión, en la cual consigna, mes evaluado, servicio, nombre del evaluador y evalúa los siguientes criterios: RUT o ficha del paciente. La orden indica nombre y dos apellidos de paciente. La orden registra diagnóstico. La orden indica datos del médico. Registra ficha o RUT de paciente. La orden registra procedencia.
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo evaluado:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende los meses de mayo de 2016 a abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúan los meses de mayo y diciembre 2018. **Registros Revisados: i**nforme evaluación periódica, mayo y diciembre 2018. **De la constatación:** Se constata la medición del indicador en informe evaluación periódica, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en los meses de mayo y diciembre 2018, para ello se revisan el total de evaluaciones (según ord. Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019). Se verifican 5 fuentes primarias de los meses de mayo y diciembre 2018, verificando: Que la lista de verificación exámenes invasivos, contengan los 6 criterios a evaluar. Ordenes de exámenes imagenológicos cumplan con los criterios establecidos. **Resultado de constatación fuente primaria:** se constata el cumplimiento de los criterios definidos por el prestador.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016 Hombres	14	11	78,57%			
Mayo 2016 Mujeres	13	12	92,31%			
Junio 2016 Hombres	15	15	100%			
Junio 2016 mujeres	15	15	100%			
Julio 2016 Hombres	22	22	100%			
Julio 2016 Mujeres	10	9	90%			
Agosto 2016 Hombres	16	16	100%			
Agosto 2016 Mujeres	24	24	100%			
Septiembre 2016 Hombres	22	21	95,45%			
Septiembre 2016 mujeres	15	15	100%			
Octubre 2016 Hombres	24	23	95,83%			
Octubre 2016 Mujeres	17	17	100%			
Noviembre 2016 Hombres	17	16	94,12%			
Noviembre 2016 Mujeres	19	19	100%			
Diciembre 2016 Hombres	32	30	93,75%			
Diciembre 2016 Mujeres	15	15	100%			
Enero 2017 Hombres	31	31	100%			
Enero 2017 Mujeres	16	16	100%			
Febrero 2017 Hombres	26	26	100%			
Febrero 2017 Mujeres	3	3	100%			
Marzo 2017 Hombres	29	29	100%			
Marzo 2017 Mujeres	12	12	100%			
Abril 2017 Hombres	30	30	100%			
Abril 2017 Mujeres	6	6	100%			
Mayo 2017 Hombres	19	19	100%			
Mayo 2017 Mujeres	16	16	100%			
Junio 2017 Hombres	20	20	100%			
Junio 2017 Mujeres	18	18	100%			
Julio 2017 Hombres	21	21	100%			
Julio 2017 Mujeres	14	14	100%			
Agosto 2017 Hombres	26	25	96,15%			
Agosto 2017 Mujeres	18	18	100%			
Septiembre 2017 Hombres	23	22	95,65%			
Septiembre 2017 Mujeres	19	19	100%			

Octubre 2017 Hombres	16	16	100%			
Octubre 2017 Mujeres	10	10	100%			
Noviembre 2017 Hombres	32	32	100%			
Noviembre 2017 Mujeres	15	14	93,33%			
Diciembre 2017 Hombres	31	31	100%			
Diciembre 2017 Mujeres	19	21	90,48%			
Enero 2018 Hombres	27	29	93,10%			
Enero 2018 Mujeres	21	20	95,24%			
Febrero 2018 Hombres	27	27	100%			
Febrero 2018 Mujeres	16	16	100%			
Marzo 2018 Hombres	32	30	93,75%			
Marzo 2018 Mujeres	27	26	96,30%			
Abril 2018	5	5	100%			
Mayo 2018	7	7	100%			
Junio 2018	**3**	**3**	**100%**	**3**	**3**	**100%**
Julio 2018	2	2	100%			
Agosto 2018	10	10	100%			
Septiembre 2018	S/CO	S/CO				
Octubre 2018	1	1	100%			
Noviembre 2018	3	3	100%			
Diciembre 2018	**2**	**2**	**100%**	**2**	**2**	**100%**
Enero 2019	2	2	100%			
Febrero 2019	2	2	100%			
Marzo 2019	10	10	100%			
Abril 2019	7	7	100%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 6

Nombre documento	PAUTA DE VERIFICACIÓN INDICACIONES Y SOLICITUD DE EXÁMENES.
Responsable medición	Encargada de calidad unidad de imagenología.
Fuente primaria	Solicitud de exámenes imagenológicos.
Fuente secundaria	Pauta de supervisión.
Periodo evaluado	01 febrero de 2018 a 30 de abril 2019.
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo del muestreo:** mensualmente se mide la totalidad de las solicitudes de exámenes imagenológicos de cada unidad. **Metodología de muestreo**: no aplica **Criterio evaluado:** el prestador utiliza una pauta de supervisión, en la cual consigna, mes evaluado, servicio, nombre del evaluador y evalúa los siguientes criterios: RUT o ficha del paciente. La orden indica nombre y dos apellidos de paciente. La orden registra diagnóstico. La orden indica datos del médico. Registra ficha o RUT de paciente. La orden registra procedencia.
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo evaluado:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende los meses de febrero de 2018 a abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúan los meses de mayo y diciembre 2018. **Registros Revisados:** informe evaluación periódica, mayo y diciembre 2018. **De la constatación:** Se constata la medición del indicador en informe evaluación periódica, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en los meses de mayo y diciembre 2018, para ello se revisan el total de evaluaciones (según ord. Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019). Se verifican 5 fuentes primarias de los meses de mayo y diciembre 2018, verificando: que la lista de verificación exámenes invasivos, contengan los 6 criterios a evaluar. Ordenes de exámenes imagenológicos cumplan con los criterios establecidos. **Resultado de constatación fuente primaria:** se constata el cumplimiento de los criterios definidos por el prestador.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento

Febrero 2018	2	2	100%			
Marzo 2018	8	8	100%			
Abril2018	9	9	100%			
Mayo 2018	**15**	**15**	**100%**	**15**	**15**	**100%**
Junio 2018	24	24	100%			
Julio 2018	35	35	100%			
Agosto 2018	23	23	100%			
Septiembre 2018	19	21	90,48%			
Octubre 2018	32	32	100%			
Noviembre 2018	10	10	100%			
Diciembre 2018	**S/CO**			**S/CO**		
Enero 2019	S/CO					
Febrero 2019	3	3	100%			
Marzo 2019	12	12	100%			
Abril2019	3	3	100%			
Mayo 2019	4	4	100%			

Descripción de los hallazgos:

1. La evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

URG	
Nombre documento	PAUTA DE VERIFICACIÓN INDICACIONES Y SOLICITUD DE EXÁMENES.
Responsable medición	Encargada de calidad unidad de imagenología.
Fuente primaria	Solicitud de exámenes imagenológicos.
Fuente secundaria	Pauta de supervisión.
Periodo evaluado	01 de junio 2016 a 31 de mayo 2019.
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo del muestreo:** mensualmente se mide la totalidad de las solicitudes de examen imagenológico de cada unidad. **Metodología de muestreo**: no aplica. **Criterio evaluado:** el prestador utiliza una pauta de supervisión, en la cual consigna, mes evaluado, servicio, nombre del evaluador, RUT o ficha del paciente y evalúa los siguientes criterios: La orden indica nombre y dos apellidos de paciente. La orden registra diagnostico. La orden indica datos del médico. Registra ficha o RUT de paciente. La orden registra procedencia.
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo evaluado:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo a evaluar corresponde a 36 meses que comprende los meses de junio de 2016 a mayo de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico de entidad acreditadora, se evalúan los meses de junio 2018 y febrero 2019. **Registros Revisados:** Informe evaluación periódica, junio 2018 y febrero 2019. Pauta de verificación indicaciones y solicitud de exámenes, mayo y diciembre 2018. **De la constatación:** Se constata la medición del indicador en informe evaluación periódica, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. Se verifica que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en el 3° trimestre 2018 y 1° trimestre 2019, para ello se revisan el total de evaluaciones (según ord. Circular IP Nº 5 del 17 de mayo 2019). Se verifican 5 fuentes primarias de los meses de junio 2018 y febrero 2019, verificando: Pauta de verificación indicaciones y solicitud de exámenes, contiene los 6 criterios descritos en metodología de medición del prestador y están contenidos en el protocolo local. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado. Para la evaluación se constata: Que la lista de verificación exámenes invasivos, contengan los 6 criterios a evaluar. **Resultado de constatación fuente primaria:** se constata el cumplimiento de los criterios definidos por el prestador.

Junio 2018		
Fecha	RUT o ficha	Cumple criterio
02-06-2018	20.544.XXX-X	SI
03-06-2018	25.140.XXX-X	SI
10-06-2018	4.911.XXX-X	SI

16-06-2018	4.875.XXX-X	SI
16-06-2018	16.704.XXX-X	SI

Febrero 2019		
Fecha	RUT o ficha	Cumple criterio
02-02-2019	7.723.XXX-X	SI
07-02-2019	8.200.XXX-X	SI
11-02-2019	12.838.XXX-X	SI
18-02-2019	7.456.XXX-X	SI
21-02-2019	24.678.XXX-X	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	259	272	95.22%			
Julio 2016	295	308	95.77%			
Agosto 2016	298	311	95.81%			
Septiembre 2016	323	335	96.41%			
Octubre 2016	338	352	96.02%			
Noviembre 2016	344	360	95.55%			
Diciembre 2016	340	346	98.26%			
Enero 2017	325	330	98.48%			
Febrero 2017	301	310	97.06%			
Marzo 2017	363	367	98.91%			
Abril 2017	366	385	95.06%			
Mayo 2017	366	382	95.81%			
Junio 2017	331	335	98.80%			
Julio 2017	340	352	96.59%			
Agosto 2017	354	367	96.45%			
Septiembre 2017	366	376	97.34%			
Octubre 2017	363	379	95.77%			
Noviembre 2017	353	370	95.40%			
Diciembre 2017	408	416	98.07%			
Enero 2018	355	363	97.79%			
Febrero 2018	362	375	96.53%			
Marzo 2018	457	471	97.02%			
Abril 2018	333	374	89.03%			
Mayo 2018	385	402	95.77%			
Junio 2018	**400**	**412**	**97.08%**	**400**	**412**	**97.08%**
Julio 2018	414	422	98.10%			
Agosto 2018	405	418	96.88%			
Septiembre 2018	437	479	91.23%			
Octubre 2018	465	474	98.10%			
Noviembre 2018	482	493	97.76%			
Diciembre 2018	594	603	98.50%			
Enero 2019	627	645	97.20%			
Febrero 2019	**559**	**573**	**97.55%**	**559**	**573**	**97.55%**
Marzo 2019	546	553	98.73%			
Abril 2019	519	534	97.19%			
Mayo 2019	563	581	96.90%			

Descripción de los hallazgos:
1.En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2.En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.

Se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA API 1.3 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Imagenología	UPC Adulto	Medicina	URG
Primer elemento medible	1	1	1	1
Segundo elemento medible	1	1	1	1
Tercer elemento medible	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥66%	Puntaje total: 12/12	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

SERVICIOS DE APOYO – KINESIOTERAPIA (APK)

CARACTERÍSTICA APK 1.2 / HALLAZGOS

APK 1.2 – Primer elemento medible: Se describe en documentos elaborados por la Unidad de Kinesioterapia.

Unidad de Kinesioterapia				
Nombre del documento: PROCEDIMIENTO: REQUISITO DE PREPARACIÓN DEL PACIENTE PREVIO A LA EJECUCION DE KINESITERAPIA RESPIRATORIA				
Código: PT-KTR-01	Versión: 2	Fecha: Agosto 2017	Fecha vigencia: Agosto 2022	N° páginas: 11
Elaborado por: Claudia Rivera González, kinesióloga medicina física y de rehabilitación y Brenda Peña Centrón, kinesióloga pediatría.		Aprobado por: Dr. Francisco Bueno Natush. Director Hospital de Antofagasta.		
Describe (SI/NO)	1. Los requisitos de preparación del paciente previo a la ejecución de procedimientos de KNTR			SI

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista documento elaborado por kinesiólogos, donde destaca:
Página 2, define **alcance**: Paciente adulto y pediátrico hospitalizado que requiera intervención de kinesiología respiratoria.
Página 3, define **responsabilidades**:
Médico tratante: Indica la kinesiterapia respiratoria.
Jefe de servicio de la unidad: Responsable que se cumpla el procedimiento.
Kinesiólogo clínico/coordinador: Aplica pauta de preparación del paciente previo al procedimiento de kinesiterapia respiratoria.
Encargado de calidad de la unidad de medicina física y rehabilitación: Colabora con la evaluación del procedimiento y la recepción de las pautas supervisadas en las unidades de UCO, UPC, UPCP y pediatría, las cuales se realizarán con sus respectivos encargados de cada unidad.
Página 4, **descripción del proceso**:
Ítem 7.1. De la indicación de intervención kinésica: Señala que las intervenciones kinésicas respiratorias, deben ser indicadas por médico en ficha clínica u hoja de registro de enfermería del paciente. En caso de la unidad médico quirúrgica, a través de orden de interconsulta, la que será recepcionada por kinesiólogo o secretaria, quedando registrada en el libro de recepción de interconsultas. Dicha orden, deberá contener al menos los siguientes datos: Nombre, apellidos, edad, N° de ficha o Rut del paciente; Diagnóstico médico; Kinesiterapia respiratoria y su frecuencia; Servicio clínico, sala y cama; Nombre, Rut y/o timbre y firma del médico que la solicita.
Ítem 7.2. De la condición del paciente previo a la ejecución de kinesiterapia respiratoria: Señala entre otros que se debe monitorizar de acuerdo a la unidad que se encuentre el paciente; debe permanecer con cabeza inclinada 30 °; controlar signos vitales; pacientes con ventilación mecánica, se debe asegurar la vía aérea artificial; ayuno de al menos 60 minutos previo al procedimiento; si existe o se sospecha de dolor, se debe objetivar midiendo EVA.
Ítem 7.3. Del cumplimiento de la pauta de supervisión: Señala como se supervisarán los procedimientos previos a KNTR.

Observaciones:
Se tiene a la vista versión anterior del documento:"Protocolo de preparación del paciente para kinesiterapia respiratoria en adultos hospitalizados HCRA". Versión 01, fecha de aprobación Junio del año 2015, elaborado por Marcelo Valderrama y Wanda Bugueño, kinesiólogos unidad de medicina física y rehabilitación HRA y aprobado por Dra. Natalia Llanos Vargas, jefe de unidad de medicina física y rehabilitación HRA.
Se cumple con el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de reacreditación.

Se da por cumplido el elemento medible.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación: SI/NO/NA

Kinesioterapia	UPC Ad.	UPC Ped.	Pediatría	Medicina
SI	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**

APK 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

UPC Adulto 1		
Nombre del indicador Octubre 2017 a la fecha	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA QUE CUMPLEN CON EL REQUISITO DE PREPARACIÓN PREVIO A LA KTR	
Fórmula matemática	(N° de procedimientos de KTR que cumplen con requisitos de preparación previa según pauta en un periodo/Total de procedimientos de KTR supervisadas en el mismo periodo) x 100	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador Junio 2016 a septiembre 2017	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA ADULTOS QUE CUMPLEN CON PREPARACIÓN PREVIA SEGÚN PROCEDIMIENTO	
Fórmula matemática	(N° de procedimientos de KTR que cumplen con preparación previa según protocolo en un trimestre/N° Total de procedimientos evaluados en el mismo periodo) x 100	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Adulto 2		
Nombre indicador (1) Ago 2017 a Abr 2019	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTO DE KINESITERAPIA RESPIRATORIA QUE CUMPLEN CON EL REQUISITO DE PREPARACIÓN PREVIO A LA KTR.	
Fórmula matemática	N° de procedimientos de KTR que cumplen con requisitos de preparación previa según pauta en el periodo/ Total de procedimientos de KTR supervisadas en el mismo periodo x 100.	
Umbral de cumplimiento:90%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre indicador (2) May 2016 a Jul 2017	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTO DE KINESITERAPIA RESPIRATORIA ADULTOS QUE CUMPLEN PREPARACIÓN PREVIA SEGÚN PROCEDIMIENTO.	
Fórmula matemática	N° de procedimientos de KTR respiratoria que cumplen con preparación previa según protocolo en un	

	trimestre/ N° total de procedimientos evaluados en el mismo periodo x 100.
Umbral de cumplimiento:90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Adulto 3	
Nombre del indicador Octubre 2017 a la fecha	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA QUE CUMPLEN CON EL REQUISITO DE PREPARACIÓN PREVIO A LA KTR
Fórmula matemática	(N° de procedimientos de KTR que cumplen con requisitos de preparación previa según pauta en un periodo/Total de procedimientos de KTR supervisadas en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador Junio 2016 a septiembre 2017	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA ADULTOS QUE CUMPLEN CON PREPARACIÓN PREVIA SEGÚN PROCEDIMIENTO
Fórmula matemática	(N° de procedimientos de KTR que cumplen con preparación previa según protocolo en un trimestre/N° Total de procedimientos evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ped	
Nombre del indicador (1) Oct 2017 a la fecha	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA QUE CUMPLEN CON EL REQUISITO DE PREPARACIÓN PREVIO A LA KTR
Fórmula matemática	Nº de procedimiento de KTR que cumplan con requisitos de preparación previa según pauta en el periodo/Total de procedimientos de KTR supervisadas en el mismo periodo x100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: mensual
Nombre del indicador (2) Jun 2016 a Set 2017	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA QUE CUMPLEN CON LA PREPARACIÓN PREVIA SEGÚN PROCEDIMIENTO.
Fórmula matemática	Nº de procedimientos de kinesioterapia respiratoria realizadas con preparación según procedimiento en el periodo/Total de procedimientos de kinesioterapia respiratoria realizadas en el mismo periodo x100
Umbral de cumplimiento: 75%	Periodicidad de la evaluación: mensual
Pediatría	
Nombre indicador (1) Oct 2017 a la fecha	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA QUE CUMPLEN CON EL REQUISITO DE PREPARACIÓN PREVIO A LA KTR
Fórmula matemática	Nº de procedimiento de KTR que cumplan con requisitos de preparación previa según pauta en el periodo/Total de procedimientos de KTR supervisadas en el mismo periodo x100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: mensual
Nombre indicador (2) Jun 2016 a Set 2017	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA QUE CUMPLEN CON LA PREPARACIÓN PREVIA SEGÚN PROCEDIMIENTO.
Fórmula matemática	Nº de procedimientos de kinesioterapia respiratoria realizadas con preparación según procedimiento en el periodo/Total de procedimientos de kinesioterapia respiratoria realizadas en el mismo periodo x100
Umbral de cumplimiento: 75%	Periodicidad de la evaluación: trimestral
MQ 1	
Nombre de indicador (1) Octubre 2017 a la fecha	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA QUE CUMPLEN CON EL REQUISITO DE PREPARACIÓN PREVIO A LA KTR
Fórmula matemática	(N° de procedimientos de KTR que cumplen con requisitos de preparación previa según pauta en un periodo/Total de procedimientos de KTR supervisadas en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre de indicador (2) Jun 2016 a Sept 2017	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA ADULTOS QUE CUMPLEN CON PREPARACIÓN PREVIA SEGÚN PROCEDIMIENTO
Fórmula matemática	(N° de procedimientos de KTR que cumplen con preparación previa según protocolo en un trimestre/N° Total de procedimientos evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 2	
Nombre de indicador (1) Octubre 2017 a la fecha	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA QUE CUMPLEN CON EL REQUISITO DE PREPARACIÓN PREVIO A LA KTR
Fórmula matemática	(N° de procedimientos de KTR que cumplen con requisitos de preparación previa según pauta en un periodo/Total de procedimientos de KTR supervisadas en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre de indicador (2) Jun 2016 a Sept 2017	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA ADULTOS QUE CUMPLEN CON PREPARACIÓN PREVIA SEGÚN PROCEDIMIENTO
Fórmula matemática	(N° de procedimientos de KTR que cumplen con preparación previa según protocolo en un trimestre/N° Total de procedimientos evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 3	
Nombre de indicador (1) Octubre 2017 a la fecha	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA QUE CUMPLEN CON EL REQUISITO DE PREPARACIÓN PREVIO A LA KTR
Fórmula matemática	(N° de procedimientos de KTR que cumplen con requisitos de preparación previa según pauta en un periodo/Total de procedimientos de KTR supervisadas en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre de indicador (2) Jun 2016 a Sept 2017	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA ADULTOS QUE CUMPLEN CON PREPARACIÓN PREVIA SEGÚN PROCEDIMIENTO
Fórmula matemática	(N° de procedimientos de KTR que cumplen con preparación previa según protocolo en un trimestre/N° Total de procedimientos evaluados en el mismo periodo) x 100

Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 4	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA QUE CUMPLEN CON EL REQUISITO DE PREPARACIÓN PREVIO A LA KTR
Fórmula matemática	(N° de procedimientos de KTR que cumplen con requisitos de preparación previa según pauta en un periodo/Total de procedimientos de KTR supervisadas en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 5	
Nombre indicador (1) Ago 2017 a Abr 2019	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTO DE KINESITERAPIA RESPIRATORIA QUE CUMPLEN CON EL REQUISITO DE PREPARACIÓN PREVIO A LA KTR.
Fórmula matemática	N° de procedimientos de KTR que cumplen con requisitos de preparación previa según pauta en el periodo/ Total de procedimientos de KTR supervisadas en el mismo periodo x 100.
Umbral de cumplimiento:90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre indicador (2) May 2016 a Jul 2017	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTO DE KINESITERAPIA RESPIRATORIA ADULTOS QUE CUMPLEN PREPARACIÓN PREVIA SEGÚN PROCEDIMIENTO.
Fórmula matemática	N° de procedimientos de KTR respiratoria que cumplen con preparación previa según protocolo en un trimestre/ N° total de procedimientos evaluados en el mismo periodo x 100.
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
MQ 6	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTO DE KINESITERAPIA RESPIRATORIA QUE CUMPLEN CON EL REQUISITO DE PREPARACIÓN PREVIO A LA KTR.
Fórmula matemática	N° de procedimientos de KTR que cumplen con requisitos de preparación previa según pauta en el periodo/ Total de procedimientos de KTR supervisadas en el mismo periodo x 100.
Umbral de cumplimiento:90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

APK 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

UPC Adulto 1	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN INDICADOR
Responsable medición	Encargado de calidad de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación
Fuente primaria	Pauta de supervisión para la preparación del paciente a ejecución de KTR
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra:** muestra se calcula utilizando la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de la SIS (universo desconocido) con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. **Metodología de muestreo:** la muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtiene el número de pautas que será aplicadas al mes. Para determinar los días del mes en que se aplicarán las pautas, se randomizan 10 días y se aplican 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. Mecanismos de sustitución: en caso de que el día designado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. **Criterios de cumplimiento:** la pauta de supervisión para preparación del paciente previo a ejecución de KTR, contiene en una tabla el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, identificación del evaluador, los parámetros o criterios de cumplimiento y cumplimiento, el cual sebe ser completado con un "0" no cumple con el parámetro solicitado y "1" cumple con el parámetro solicitado. Los criterios o atributos de cumplimiento, se encuentran contenidos en el protocolo local**.** Los criterios de evaluación corresponden a: Indicación médica (Criterio 1) Paciente identificado (Criterio 2) Cabecera 30° (Criterio 3) Control signos vitales (criterio 4) Ayuno adecuado (Criterio 5)
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. Prestador realiza medición trimestral durante el año 2016 y parte del 2017. (2 trimestre 2016 hasta tercer trimestre de 2017). Posterior a esa fecha la medición se realiza en forma mensual. **Selección de la muestra:** la constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el mes de mayo y diciembre de 2018. **Registros revisados:** Informe evaluación periódica del indicador Pauta de preparación KTR del periodo comprendido entre el 2° trimestre del 2016 hasta el 3° trimestre de 2017 (julio de 2017). La pauta contiene la identificación de "camas a evaluar" (básicas, UPC Adultos y UCO). Unidad, año y mes de evaluación, semana evaluada. Luego en una tabla señala el nombre, N° de ficha (HC), Rut, fecha, hora, cama, identificación del kinesiólogo (KLGO) y cumplimiento de pauta donde el evaluador consigna SI o NO. A partir de agosto de 2017, se utiliza la "pauta de supervisión para preparación del paciente previo a ejecución de KTR". **De la constatación:** (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019) La pauta de supervisión para preparación del paciente previo a ejecución de KTR, contiene 5 criterios,

los cuales se encuentran contenidos en el protocolo local. Cabe señalar que la pauta no consigna al funcionario evaluado (Kinesiólogo)
constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento.
Luego se constatan fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar usando Randomizer, según ord IP N° 5.
Para la constatación de la fuente primaria se evalúa la pauta de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes constatadas se verifica el registro de indicación médica el día de la evaluación.

Mayo 2018		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha evaluación	N° Pautas cumple/Total pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Mayo 2018	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple
Diciembre 2018	20/20	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple	Cumple

Fuentes primarias revisadas:

ALEATORIO	FECHA	FICHA	Indicación médica	Cumple
3	03-05-2018	537XXX	SI	SI
10	14-05-2018	223XXX	SI	SI
12	15-05-2018	794XXX	SI	SI
17	28-05-2018	151XXX	SI	SI
20	30-05-2018	554XXX	NE	NE
ALEATORIO	FECHA	FICHA	Indicación médica	Cumple
3	07-12-2018	896XX	SI	SI
10	15-12-2018	738XXX	SI	SI
12	18-12-2018	396XXX	SI	SI
17	28-12-2018	478XXX	SI	SI
20	31-12-2018	214XX	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	106	106	100%			
3° Trimestre 2016	109	109	100%			
4° Trimestre 2016	85	85	100%			
1° Trimestre 2017	86	86	100%			
2° Trimestre 2017	82	82	100%			
3° Trimestre 2017	68	68	100%			
Octubre 2017	20	20	100%			
Noviembre 2017	20	20	100%			
Diciembre 2017	20	20	100%			
Enero 2018	20	20	100%			
Febrero 2018	20	20	100%			
Marzo 2018	20	20	100%			
Abril 2018	20	20	100%			
Mayo 2018	**20**	**20**	**100%**	**20**	**20**	**100%**
Junio 2018	20	20	100%			
Julio 2018	20	20	100%			
Agosto 2018	20	20	100%			
Septiembre 2018	20	20	100%			
Octubre 2018	20	20	100%			
Noviembre 2018	20	20	100%			
Diciembre 2018	**20**	**20**	**100%**	**20**	**20**	**100%**
Enero 2019	20	20	100%			
Febrero 2019	20	20	100%			
Marzo 2019	20	20	100%			
Abril 2019	20	20	100%			
Mayo 2019	20	20	100%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, es concordante con lo constatado por la entidad.

Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata indicación de de Kinesioterapia respiratoría, lo reportado es concordante con lo constatado.

Por lo descrito se da por cumplido el elemento medible en UPC Ad (UCI Adulto).

UPC Adulto 2

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Encargado de calidad de la unidad de medicina física y rehabilitación. Kinesiólogo clínico/coordinador
Fuente primaria	Pauta de supervisión para la preparación del paciente a ejecución de KTR
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la Muestra:** la muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. **Mecanismos de sustitución:** en caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. **Criterios de cumplimiento:** el prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, N° ficha del paciente, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: Indicación médica Paciente identificado Cabecera 30° Control signos vitales Ayuno adecuado
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: Junio 2018 y diciembre 2018. **Registros revisados:** Pauta de supervisión para la preparación del paciente a ejecución de KTR Informe de evaluación del indicador. Rotaciones de turno del personal. **De la constatación:** Pauta de supervisión, contiene 5 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico junio 2018 y diciembre 2018. Luego se constatan fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar usando Randomizer, según ord IP N° 5. Para la constatación de la fuente primaria se evalúa la pauta de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes constatadas se verifica el registro de indicación médica el día de la evaluación, para el primer trimestre de 2019, resultado de la constatación:

N° Ficha	Fecha	Reportado	Constatado
727XXX	23-01-2019	cumple	Cumple
694XXX	29-01-2019	cumple	Cumple
753XXX	04-02-2019	cumple	Cumple
471XXX	11-02-2019	cumple	Cumple
748XXX	15-03-2019	cumple	Ficha no disponible

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016	69	69	100%			
Junio 2016	80	80	100%			
Julio 2016	83	83	100%			
Agosto 2016	84	84	100%			
Septiembre 2016	69	69	100%			
Octubre 2016	66	66	100%			
Noviembre 2016	78	78	100%			
Diciembre 2016	80	80	100%			
Enero 2017	39	39	100%			

Febrero 2017	37	37	100%			
Marzo 2017	42	42	100%			
Abril 2017	33	33	100%			
Mayo 2017	80	80	100%			
Junio 2017	84	84	100%			
Julio 2017	66	66	100%			
Agosto 2017	20	20	100%			
Septiembre 2017	20	20	100%			
Octubre 2017	20	20	100%			
Noviembre 2017	20	20	100%			
Diciembre 2017	20	20	100%			
Enero 2018	20	20	100%			
Febrero 2018	20	20	100%			
Marzo 2018	20	20	100%			
Abril 2018	20	20	100%			
Mayo 2018	20	20	100%			
Junio 2018	**20**	**20**	**100%**	**20**	**20**	**100%**
Julio 2018	20	20	100%			
Agosto 2018	20	20	100%			
Septiembre 2018	20	20	100%			
Octubre 2018	20	20	100%			
Noviembre 2018	20	20	100%			
Diciembre 2018	20	20	100%			
Enero 2019	20	20	100%			
Febrero 2019	**20**	**20**	**100%**	**20**	**20**	**100%**
Marzo 2019	20	20	100%			
Abril 2019	20	20	100%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata indicación de de Kinesioterapia respiratoría, lo reportado es concordante con lo constatado.
De las cinco fichas seleccionadas 1 no se encuentra disponible, en los 4 restantes se constata existencia de indicación médica de kinesiterapia respiratoria, dado lo anterior la entidad se genera la convicción de que existe indicación kinésica en los pacientes evaluados; lo reportado por el prestador es concordante con lo constatado por la entidad.

Por lo descrito se da por cumplido el elemento medible.

UPC Adulto 3	
Nombre documento	Informe evaluación indicador
Responsable medición	Encargado de calidad de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación
Fuente primaria	Pauta de supervisión para la preparación del paciente a ejecución de KTR
Fuente secundaria	Informe evaluación indicador
Periodo evaluado	01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de la SIS (universo desconocido) con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. **Metodología de muestreo:** La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtiene el número de pautas que será aplicadas al mes. Para determinar los días del mes en que se aplicarán las pautas, se randomizan 10 días y se aplican 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. Mecanismos de sustitución: En caso de que el día designado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión para preparación del paciente previo a ejecución de KTR, contiene en una tabla el mes evaluado, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, identificación del evaluador, los parámetros o criterios de cumplimiento y cumplimiento, el cual sebe ser completado con un "0" no cumple con el parámetro solicitado y "1" cumple con el parámetro solicitado. Los criterios o atributos de cumplimiento, se encuentran contenidos en el protocolo local. Los criterios de evaluación corresponden a: Indicación médica (Criterio 1) Paciente identificado (Criterio 2) Cabecera 30° (Criterio 3) Control signos vitales (criterio 4) Ayuno adecuado (Criterio 5)
Metodología de constatación	**Periodo evaluado:** Periodo evaluado: Dado a que corresponde un proceso de reacreditación, el periodo retrospectivo a evaluar es de 36 meses, periodo comprendido entre el 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. Prestador realiza medición trimestral durante el año 2016 y parte del 2017. (2 trimestre 2016 hasta tercer trimestre de 2017). Posterior a esa fecha la medición se realiza en forma mensual.

Selección de la muestra: La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionando el mes de mayo y diciembre de 2018.

Registros revisados:

Informe evaluación periódica del indicador

Pauta de preparación KTR del periodo comprendido entre el 2° trimestre del 2016 hasta el 3° trimestre de 2017 (julio de 2017). La pauta contiene la identificación de "camas a evaluar" (básicas, UPC Adultos y UCO). Unidad, año y mes de evaluación, semana evaluada. Luego en una tabla señala el nombre, N° de ficha (HC), Rut, fecha, hora, cama, identificación del kinesiólogo (KLGO) y cumplimiento de pauta donde el evaluador consigna SI o NO.

A partir de agosto de 2017, se utiliza la "pauta de supervisión para preparación del paciente previo a ejecución de KTR".

De la constatación: (Según Ordinario Circular IP/ N° 5, de fecha 17 de mayo 2019)

La Pauta de preparación KTR contiene 5 criterios, los cuales se encuentran contenidos en el protocolo local. Cabe señalar que la pauta no consigna al funcionario evaluado (Kinesiólogo)

Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento.

Luego se constatan fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar usando Randomizer, según ord IP N° 5.

Para la constatación de la fuente primaria se evalúa la pauta de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes constatadas se verifica el registro de indicación médica el día de la evaluación.

Mayo 2018		Criterios evaluados					Cumplimiento reportado	
Fecha evaluación	N° Pautas cumple/Total pautas	1	2	3	4	5	Prestador	EA
Mayo 2018	20/20	si	si	si	si	si	Cumple	Cumple
Diciembre 2018	20/20	si	si	si	si	si	Cumple	Cumple

ALEATORIZADO	FECHA	FICHA o Rut	Indicación médica	Cumple
3	11-05-2018	6419XXX-X	SI	SI
10	12-05-2018	5854XXX-X	SI	SI
12	25-05-2018	9914XXX-X	SI	SI
17	28-05-2018	743XXX-X	SI	SI
20	30-05-2019	7436XXX-X	SI	SI
ALEATORIZADO	FECHA	FICHA	Indicación médica	Cumple
3	04-12-2018	560XXX	NE	NE
10	12-12-2018	112XXX	SI	SI
12	13-12-2018	748XXX	SI	SI
17	24-12-2018	811XXX	SI	SI
20	29-12-2018	444XXX	SI	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	95	95	100%			
3° Trimestre 2016	63	63	100%			
4° Trimestre 2016	59	59	100%			
1° Trimestre 2017	60	60	100%			
2° Trimestre 2017	60	60	100%			
3° Trimestre 2017	58	62	94%			
Oct-17	20	20	100%			
Nov-17	20	20	100%			
Dic-17	20	20	100%			
Ene-18	20	20	100%			
Feb-18	20	20	100%			
Mar-18	20	20	100%			
Abr-18	20	20	100%			
May-18	**20**	**20**	**100%**	**20**	**20**	**100%**
Jun-18	20	20	100%			
Jul-18	20	20	100%			
Ago-18	20	20	100%			
Sep-18	20	20	100%			

Oct-18	20	20	100%			
Nov-18	20	20	100%			
Dic-18	**20**	**20**	**100%**	**20**	**20**	**100%**
Ene-19	20	20	100%			
Feb-19	20	20	100%			
Mar-19	20	20	100%			
Abr-19	20	20	100%			
May-19	20	20	100%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.
Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata indicación de de Kinesioterapia respiratoría, lo reportado es concordante con lo constatado.

Por lo decsrito se da por cumplido el elemento medible en UPC Ad (UCI Coronaria).

UPC Ped

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Encargado de calidad de la unidad de medicina física y rehabilitación. Kinesiólogo clínico/coordinador
Fuente primaria	Pauta de supervisión para la preparación del paciente a ejecución de KTR
Fuente secundaria	Informe evaluación indicador
Periodo evaluado	01 de junio 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra:** a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. **Mecanismo de sustitución:** en caso de que el día programado coincida con un feriado legal o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida. **Criterios de cumplimiento:** La pauta de supervisión para preparación del paciente previo a ejecución de KTR, contiene una tabla que incluye el mes evaluado, unidad, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterios) y evaluador. Los criterios de evaluación corresponden a: Indicación médica. (Criterio 1) Paciente identificado (Criterio 2) Cabecera 30º (Criterio 3) Control de signos vitales (Criterio 4) Ayuno adecuado (Criterio 5) Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado).
Metodología de constatación	**Período a evaluar:** dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio 2016 a 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra**: la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 meses a evaluar: junio 2018 y febrero 2019. **Registros revisados:** Informe de evaluación periódica del indicador Pauta de supervisión. **De la constatación:** (Según Ord. IP N° 5 del 17 de mayo de 2019) Pauta de supervisión "Preparación del paciente previo a ejecución de KTR", contiene 5 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo. Se constata la medición periódica del indicador en el Informe de la evaluación periódica, con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en junio 2018 y febrero 2019. Luego se constatan fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar usando Randomizer, según ord IP N° 5. Para la constatación de la fuente primaria se evalúa la pauta de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes constatadas se verifica el registro de indicación médica el día de la evaluación. Resultado de la constatación de la fuente primaria:

Junio 2018							
Fecha	Nº Ficha del paciente	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Criterio 5	Cumplimiento

04-06-2018	562XXX	1	1	1	1	1	SI
04-06-2018	730XXX	1	1	1	1	1	SI
19-06-2018	704XXX	1	1	1	1	1	SI
25-06-2018	26.286.xxx-x	1	1	1	1	1	SI
28-06-2018	742XXX	1	1	1	1	1	SI

Febrero 2019							
Fecha	Nº Ficha del paciente	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Criterio 5	Cumplimiento
05-02-2019	746XXX	1	1	1	1	1	SI
05-02-2019	746XXX	1	1	1	1	1	SI
11-02-2019	519XXX	1	1	1	1	1	SI
20-02-2019	757XXX	1	1	1	1	1	SI
25-02-2019	747XXu	1	1	1	1	1	SI

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	30	30	100%			
3º trimestre 2016	90	90	100%			
4º trimestre 2016	88	90	97,77%			
1º trimestre 2017	88	90	97,77%			
2º trimestre 2017	88	90	97,77%			
3º trimestre 2017	67	69	96,10%			
Octubre 2017	17	17	100%			
Noviembre 2017	13	13	100%			
Diciembre 2017	12	12	100%			
Enero 2018	8	8	100%			
Febrero 2018	17	18	94,44%			
Marzo 2018	19	20	95,00%			
Abril 2018	19	20	95,00%			
Mayo 2018	19	20	95,00%			
Junio 2018	**20**	**20**	**100%**	**20**	**20**	**100%**
Julio 2018	20	20	100%			
Agosto 2018	20	20	100%			
Septiembre 2018	20	20	100%			
Octubre 2018	20	20	100%			
Noviembre 2018	20	20	100%			
Diciembre 2018	20	20	100%			
Enero 2019	17	20	85,00%			
Febrero 2019	**20**	**20**	**100%**	**20**	**20**	**100%**
Marzo 2019	20	20	100%			
Abril 2019	20	20	100%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.
Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata indicación de de Kinesioterapia respiratoría, lo reportado es concordante con lo constatado.
Por lo descrito se da por cumplido el elemento medible.

Pediatría	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Encargado de calidad de la unidad de medicina física y rehabilitación. Kinesiólogo clínico/coordinador
Fuente primaria	Pauta de supervisión para la preparación del paciente a ejecución de KTR
Fuente secundaria	Informe evaluación indicador
Periodo evaluado	01 de junio 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de la muestra:** uso de calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad universo desconocido, con umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así

se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes.
Metodología de muestreo: para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales.
Mecanismo de sustitución: en caso de que el día programado coincida con un feriado legal o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar en la cama aleatorizada se aplicará la pauta a la cama consecutiva hasta completar la muestra establecida.
Criterios de cumplimiento:
La pauta de supervisión para preparación del paciente previo a ejecución de KTR, contiene una tabla que incluye el mes evaluado, unidad, N° correlativo, fecha de evaluación, N° de ficha del paciente, parámetros evaluar (criterios) y evaluador.
Los criterios de evaluación corresponden a:
Indicación médica. (Criterio 1)
Paciente identificado (Criterio 2)
Cabecera 30º (Criterio 3)
Control de signos vitales (Criterio 4)
Ayuno adecuado (Criterio 5)
Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado).

Metodología de constatación

Período a evaluar: dado que corresponde a un proceso de re acreditación, el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de junio 2016 a 30 de abril de 2019.
Selección de la muestra: la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza utilizando Randomizer, entregado por Director Técnico de la entidad acreditadora, seleccionado 2 meses a evaluar: junio 2018 y febrero 2019.
Registros revisados:
Informe de evaluación periódica del indicador
Pauta de supervisión
De la constatación: (Según Ord. IP N° 5 del 17 de mayo de 2019)
Pauta de supervisión "Preparación del paciente previo a ejecución de KTR", contiene 5 criterios que se encuentran contenidos en el protocolo.
Se constata la medición periódica del indicador en el Informe de la evaluación periódica, con la revisión del cumplimiento reportado en el periodo retrospectivo evaluado, con el objeto de conocer el denominador, numerador y % de cumplimiento.
Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, en junio 2018 y febrero 2019.
Luego se constatan fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar usando Randomizer, según ord IP N° 5.
Para la constatación de la fuente primaria se evalúa la pauta de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes constatadas se verifica el registro de indicación médica el día de la evaluación.
Resultado de la constatación de la fuente primaria:

Junio 2018							
Fecha	Nº de ficha del paciente	C1	C2	C 3	C4	C 5	Cumplimiento
07-06-2018	736112	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple
15-06-2018	736112	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple
25-06-2018	740741	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple
28-06-2018	729801	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple
29-06-2018	783393	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple

Febrero 2019							
Fecha	Nº de ficha del paciente	C1	C2	C 3	C 4	C 5	Cumplimiento
11-02-2019	724845	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple
11-02-2019	745706	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple
20-02-2019	745706	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple
25-02-2019	757161	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple
27-02-2019	534379	SI	SI	SI	SI	SI	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Junio 2016	20	20	100%			
3º trimestre 2016	60	60	100%			
4º trimestre 2016	20	20	100%			
1º trimestre 2017	90	90	100%			
2º trimestre 2017	85	90	94,44%			
3º trimestre 2017	70	70	100%			
Octubre 2017	20	20	100%			
Noviembre 2017	20	20	100%			
Diciembre 2017	20	20	100%			
Enero 2018	20	20	100%			
Febrero 2018	20	20	100%			
Marzo 2018	20	20	100%			
Abril 2018	20	20	100%			
Mayo 2018	20	20	100%			
Junio 2018	**20**	**20**	**100%**	**20**	**20**	**100%**
Julio 2018	20	20	100%			
Agosto 2018	20	20	100%			
Septiembre 2018	14	14	100%			
Octubre 2018	20	20	100%			
Noviembre 2018	20	20	100%			
Diciembre 2018	20	20	100%			
Enero 2019	16	16	100%			
Febrero 2019	**13**	**13**	**100%**	**13**	**13**	**100%**
Marzo 2019	20	20	100%			
Abril 2019	20	20	100%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.
Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata indicación de de Kinesioterapia respiratoría, lo reportado es concordante con lo constatado.

Por lo descrito se da por cumplido el elemento medible.

MQ 1	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Encargado de calidad de la unidad de medicina física y rehabilitación. Kinesiólogo clínico/coordinador
Fuente primaria	Pauta de supervisión para la preparación del paciente a ejecución de KTR
Fuente secundaria	Informe evaluación indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** la muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. **Mecanismos de sustitución:** en caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. **Criterios de cumplimiento:** el prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, N° ficha del paciente, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: Indicación médica (1) Paciente identificado (2) Cabecera 30° (3) Control signos vitales (4) Ayuno adecuado (5)
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: junio 2018 y diciembre 2018. **Registros revisados:** Informe evaluación periódica del indicador Pauta de evaluación Ficha clínica

De la constatación:
La pauta de supervisión, contiene los 5 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que se encuentran descritos en el protocolo local.
Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar.
Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo reportado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico junio 2018 y diciembre 2018.
Luego se constatan fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar usando Randomizer, según ord IP N° 5.
Para la constatación de la fuente primaria se evalúa la pauta de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes constatadas se verifica el registro de indicación médica el día de la evaluación.

NºFicha	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	Criterio 5	Reportado por Prestador	Constatado por Entidad
6096XX	SI	n/a	SI	n/a	n/a	Cumple	Cumple
5988XX	SI	n/a	SI	n/a	n/a	Cumple	Cumple
6113XX	SI	n/a	SI	n/a	n/a	Cumple	Cumple
2953XX	SI	n/a	SI	n/a	n/a	Cumple	Cumple
4714XX	SI	n/a	SI	n/a	n/a	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016	24	24	100%			
Junio 2016	22	22	100%			
Julio 2016	37	37	100%			
Agosto 2016	23	23	100%			
Septiembre 2016	4	4	100%			
Octubre 2016	11	11	100%			
Noviembre 2016	22	22	100%			
Diciembre 2016	13	13	100%			
Enero 2017	7	7	100%			
Febrero 2017	12	12	100%			
Marzo 2017	12	12	100%			
Abril 2017	14	14	100%			
Mayo 2017	21	21	100%			
Junio 2017	14	14	100%			
Julio 2017	14	14	100%			
Agosto 2017	9	9	100%			
Septiembre 2017	12	8	66.6%			
Octubre 2017	15	12	80.0%			
Noviembre 2017	12	9	75.0%			
Diciembre 2017	7	1	14.3%			
Enero 2018	14	13	92.9%			
Febrero 2018	10	9	90.0%			
Marzo 2018	12	12	100%			
Abril 2018	19	19	100%			
Mayo 2018	16	15	93.8%			
Junio 2018	**11**	**11**	**100%**	**11**	**11**	**100%**
Julio 2018	20	20	100%			
Agosto 2018	20	20	100%			
Septiembre 2018	13	11	84.6%			
Octubre 2018	15	14	93.3%			
Noviembre 2018	15	15	100%			
Diciembre 2018	**14**	**14**	**100%**	**14**	**14**	**100%**
Enero 2019	12	10	83.3%			
Febrero 2019	17	17	100%			
Marzo 2019	16	16	100%			
Abril 2019	20	20	100%			

Descripción de los hallazgos:
1. En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
2. En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad. Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata indicación de de Kinesioterapia respiratoría, lo reportado es concordante con lo constatado.

Por lo descrito se da por cumplido el elemento medible.

MQ 2

Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Encargado de calidad de la unidad de medicina física y rehabilitación. Kinesiólogo clínico/coordinador
Fuente primaria	Pauta de supervisión para la preparación del paciente a ejecución de KTR
Fuente secundaria	Informe evaluación indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** la muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. **Mecanismos de sustitución:** en caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, N° ficha del paciente, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: Indicación médica (1) Paciente identificado (2) Cabecera 30° (3) Control signos vitales (4) Ayuno adecuado (5)
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: junio 2018 y diciembre 2018. **Registros revisados:** Informe evaluación periódica del indicador Pauta de evaluación Ficha clínica **De la constatación:** La pauta de supervisión, contiene los 5 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que se encuentran descritos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo reportado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico junio 2018 y diciembre 2018. Se constatan fuentes primarias (5) de 2 meses a evaluar, se realiza selección aleatoria utilizando Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, con el objetivo de constatar el criterio 1 y 3. Los criterios 2,4 y 5 no se pueden constatar pues obedecen a cumplimientos que se registran en el momento de realizar el procedimiento, el resultado de la constatación de la fuente primaria:

NºFicha	C1	C2	C3	C4	C5	Reportado por Prestador	Constatado por Entidad
6096XX	SI	NA	SI	NA	NA	Cumple	Cumple
5988XX	SI	NA	SI	NA	NA	Cumple	Cumple
6113XX	SI	NA	SI	NA	NA	Cumple	Cumple
2953XX	SI	NA	SI	NA	NA	Cumple	Cumple
4714XX	SI	NA	SI	NA	NA	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016	0	0	N/A			
Junio 2016	15	15	100%			
Julio 2016	0	0	N/A			
Agosto 2016	2	2	100%			
Septiembre 2016	0	0	N/A			
Octubre 2016	0	0	N/A			
Noviembre 2016	8	8	100%			
Diciembre 2016	0	0	N/A			
Enero 2017	7	7	100%			
Febrero 2017	12	12	100%			
Marzo 2017	12	12	100%			
Abril 2017	2	2	100%			

Mayo 2017	2	2	100%			
Junio 2017	5	5	100%			
Julio 2017	9	9	100%			
Agosto 2017	2	2	100%			
Septiembr 2017	5	7	71.4%			
Octubre 2017	2	3	66.7%			
Noviembre 2017	7	7	100%			
Diciembre 2017	3	3	100%			
Enero 2018	0	0	N/A			
Febrero 2018	0	0	N/A			
Marzo 2018	0	0	N/A			
Abril 2018	0	0	N/A			
Mayo 2018	4	3	74.0%			
Junio 2018	**5**	**3**	**60.0%**	**5**	**3**	**60.0%**
Julio 2018	0	0	N/A			
Agosto 2018	0	0	N/A			
Septiembr 2018	0	0	N/A			
Octubre 2018	1	1	100%			
Noviembre 2018	0	0	N/A			
Diciembre 2018	**1**	**1**	**100%**	**1**	**1**	**100%**
Enero 2019	0	0	N/A			
Febrero 2019	0	0	100%			
Marzo 2019	1	1	100%			
Abril 2019	0	0	N/A			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.
Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata indicación de de Kinesioterapia respiratoría, lo reportado es concordante con lo constatado.

Por lo descrito se da por cumplido el elemento medible.

MQ 3	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Encargado de calidad de la unidad de medicina física y rehabilitación. Kinesiólogo clínico/coordinador
Fuente primaria	Pauta de supervisión para la preparación del paciente a ejecución de KTR
Fuente secundaria	Informe evaluación indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra** la muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. **Mecanismos de sustitución:** en caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. **Criterios de cumplimiento:** el prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, N° ficha del paciente, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: Indicación médica (1) Paciente identificado (2) Cabecera 30° (3) Control signos vitales (4) Ayuno adecuado (5)
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: junio 2018 y diciembre 2018. **Registros revisados:** Informe evaluación periódica del indicador Pauta de evaluación Ficha clínica **De la constatación:** La pauta de supervisión, contiene los 5 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que se encuentran descritos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar.

Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo reportado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico junio 2018 y diciembre 2018.
Luego se constatan fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar usando Randomizer, según ord IP N° 5.
Para la constatación de la fuente primaria se evalúa la pauta de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes constatadas se verifica el registro de indicación médica el día de la evaluación.

NºFicha	C1	C2	C3	C4	C5	Reportado por Prestador	Constatado por EA
6096XX	SI	NA	SI	NA	NA	Cumple	Cumple
5988XX	SI	NA	SI	NA	NA	Cumple	Cumple
6113XX	SI	NA	SI	NA	NA	Cumple	Cumple
2953XX	SI	NA	SI	NA	NA	Cumple	Cumple
4714XX	SI	NA	SI	NA	NA	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016	0	0	N/A			
Junio 2016	0	0	N/A			
Julio 2016	0	0	N/A			
Agosto 2016	7	7	100%			
Septiembre 2016	7	7	100%			
Octubre 2016	0	0	N/A			
Noviembre 2016	12	12	100%			
Diciembre 2016	3	3	100%			
Enero 2017	6	6	100%			
Febrero 2017	15	15	100%			
Marzo 2017	11	11	100%			
Abril 2017	3	3	100%			
Mayo 2017	2	2	100%			
Junio 2017	0	0	N/A			
Julio 2017	0	0	N/A			
Agosto 2017	0	0	N/A			
Septiembr 2017	0	0	N/A			
Octubre 2017	0	0	N/A			
Noviembre 2017	0	0	N/A			
Diciembre 2017	0	0	N/A			
Enero 2018	1	1	100%			
Febrero 2018	4	2	75.0%			
Marzo 2018	0	0	N/A			
Abril 2018	1	1	100%			
Mayo 2018	0	0	N/A			
Junio 2018	**0**	**0**	N/A	**0**	**0**	**N/A**
Julio 2018	0	0	N/A			
Agosto 2018	0	0	N/A			
Septiembr 2018	0	0	N/A			
Octubre 2018	3	3	100%			
Noviembre 2018	5	5	100%			
Diciembre 2018	**0**	**0**	N/A	**0**	**0**	**N/A**
Enero 2019	2	1	50.0%			
Febrero 2019	0	0	N/A			
Marzo 2019	1	1	100%			
Abril 2019	0	0	N/A			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.
En cuanto a lo cualitativo, en la revisión de las fuentes primarias, lo reportado es concordante con lo constatado por la entidad.
Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata indicación de de Kinesioterapia respiratoría, lo reportado es concordante con lo constatado.

Por lo descrito se da por cumplido el elemento medible.

MQ 4

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Encargado de calidad de la unidad de medicina física y rehabilitación. Kinesiólogo clínico/coordinador
Fuente primaria	Pauta de supervisión para la preparación del paciente a ejecución de KTR

Fuente secundaria	Informe evaluación indicador
Periodo evaluado	01 de febrero 2019 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra** la muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. **Mecanismos de sustitución:** en caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. **Criterios de cumplimiento:** el prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, N° ficha del paciente, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: Indicación médica (1) Paciente identificado (2) Cabecera 30° (3) Control signos vitales (4) Ayuno adecuado (5)
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019, este servicio inicia sus actividades en el mes de enero 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: junio 2018 y diciembre 2018. **Registros revisados:** Informe evaluación periódica del indicador Pauta de evaluación Ficha clínica **De la constatación:** La pauta de supervisión, contiene los 5 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que se encuentran descritos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los meses a evaluar. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo reportado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico junio 2018 y diciembre 2018.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Marzo 2019	1	1	100%	1	1	100%
Abril 2019	0	0	NA	0	0	NA

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

Se da por cumplido el elemento medible.

MQ 5

Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Encargado de calidad de la unidad de medicina física y rehabilitación. Kinesiólogo clínico/coordinador
Fuente primaria	Pauta de supervisión para la preparación del paciente a ejecución de KTR
Fuente secundaria	Informe evaluación indicador
Periodo evaluado	01 de mayo 2016 al 30 de abril 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** la muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. **Mecanismos de sustitución:** en caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. **Criterios de cumplimiento:** el prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, N° ficha del paciente, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: Indicación médica Paciente identificado Cabecera 30° Control signos vitales Ayuno adecuado

Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: junio 2018 y diciembre 2018. **Registros revisados:** Pauta de supervisión administración de medicamentos por vía intravenosa con acceso vascular permanente. Informe de evaluación del indicador. Rotaciones de turno del personal. **De la constatación:** Pauta de supervisión, contiene 5 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico junio 2018 y diciembre 2018.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2016	0	0	100%			
Junio 2016	0	0	S/CO			
Julio 2016	0	0	S/CO			
Agosto 2016	7	7	100%			
Septiembre 2016	0	0	S/CO			
Octubre 2016	0	0	S/CO			
Noviembre 2016	12	12	100%			
Diciembre 2016	3	3	100%			
Enero 2017	6	6	100%			
Febrero 2017	15	15	100%			
Marzo 2017	11	11	100%			
Abril 2017	3	3	100%			
Mayo 2017	2	2	100%			
Junio 2017	0	0	S/CO			
Julio 2017	0	0	S/CO			
Agosto 2017	0	0	S/CO			
Septiembre 2017	0	0	S/CO			
Octubre 2017	0	0	S/CO			
Noviembre 2017	14	20	70%			
Diciembre 2017	6	6	100%			
Enero 2018	14	20	70%			
Febrero 2018	12	20	60%			
Marzo 2018	17	20	85%			
Abril2018	17	20	85%			
Mayo 2018	16	20	80%			
Junio 208	**19**	**20**	**95%**	**19**	**20**	**100%**
Julio 2018	16	20	80%			
Agosto 2018	19	20	95%			
Septiembre 2018	16	20	80%			
Octubre 2018	13	20	65%			
Noviembre 2018	13	20	65%			
Diciembre 2018	15	20	75%			
Enero 2019	13	20	65%			
Febrero 2019	**20**	**20**	**100%**	**20**	**20**	**100%**
Marzo 2019	19	20	95%			
Abril2019	20	20	100%			

Descripción de los hallazgos:
En la evaluación cuantitativa lo constatado en cuanto el número de pautas y su tabulación es concordante con lo reportado por el prestador.

Lo constatado cumple con lo solicitado en el elemento medible.

MQ 6	
Nombre documento	INFORME EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Encargado de calidad de la unidad de medicina física y rehabilitación. Kinesiólogo clínico/coordinador
Fuente primaria	Pauta de supervisión para la preparación del paciente a ejecución de KTR
Fuente secundaria	Informe evaluación indicador
Periodo evaluado	Febrero 2018 al 30 de abril 2019

Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo de la muestra:** la muestra será calculada a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error del 5%. La muestra obtenida se dividirá por los 12 meses del año calendario. Así se obtendrá 20 pautas que serán aplicadas por mes. **Metodología de muestreo:** para determinar los días del mes, que serán aplicadas estas pautas, se randomizarán 10 días y se aplicarán 2 pautas en los días aleatorizados de lunes a viernes, logrando una muestra de al menos 20 observaciones mensuales. **Mecanismos de sustitución:** en caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día hábil siguiente. **Criterios de cumplimiento:** el prestador utiliza una pauta de supervisión en la cual consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, N° ficha del paciente, identificación del evaluador y evalúa los siguientes criterios: Indicación médica Paciente identificado Cabecera 30° Control signos vitales Ayuno adecuado
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: **j**unio 2018 y diciembre 2018. **Registros revisados:** Pauta de supervisión administración de medicamentos por vía intravenosa con acceso vascular permanente. Informe de evaluación del indicador. Rotaciones de turno del personal. **De la constatación:** Pauta de supervisión, contiene 5 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se selecciona una muestra (según ord. circular IP N°5 del 17 de mayo 2019) según randomizer entregado por director técnico junio 2018 y diciembre 2018. Se constatan fuentes primarias (5) de los meses a evaluar. Luego se constatan fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar usando Randomizer, según ord IP N° 5. Para la constatación de la fuente primaria se evalúa la pauta de supervisión y para dar cuenta de la fiabilidad de las fuentes constatadas se verifica el registro de indicación médica el día de la evaluación.

N° ficha o Rut	Fecha	Reportado	Constatado	Observaciones
520XXX	23-07-2018	Cumple	No cumple	Knt Motora
132XXX	31-07-2018	Cumple	Cumple	
6739XXX-X	03-08-2018	Cumple	No cumple	Knt Motora
187XXX	09-08-2018	Cumple	Cumple	
3777XXX-X	20-09-2018	Cumple	Cumple	

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Febrero 2018	20	20	100%			
Marzo 2018	20	20	100%			
Abril2018	20	20	100%			
Mayo 2018	20	20	100%			
Junio 208	**20**	**20**	**100%**	**20**	**20**	**100%**
Julio 2018	20	20	100%			
Agosto 2018	20	20	100%			
Septiembre 2018	20	20	100%			
Octubre 2018	20	20	100%			
Noviembre 2018	20	20	100%			
Diciembre 2018	20	20	100%			
Enero 2019	20	20	100%			
Febrero 2019	**20**	**20**	**100%**	**20**	**20**	**100%**
Marzo 2019	20	20	100%			
Abril 2019	20	20	100%			

Descripción de los hallazgos:
1.Las pautas de evaluación reportadas son concordantes con lo constatado por la entidad.
2.Con respecto a la fiabilidad de los datos se constata indicación de de Kinesioterapia respiratoría, lo reportado no es concordante

con lo constatado, de las 5 fuentes primarias constatadas 3 cumplen.

Por lo descrito en el punto 2 no se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APK 1.2 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Kinesioterapia	UPC Adulto	UPC Ped	Pediatría	Medicina
Primer elemento medible	1	1	1	1	1
Segundo elemento medible		1	1	1	1
Tercer elemento medible		1	1	1	0
Umbral de la característica: ≥75%	Puntaje total: 12/13		Porcentaje obtenido: 92%		**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA APK 1.3 / HALLAZGOS

APK 1.3 – Primer elemento medible: Se describen en un documento elaborado por la Unidad de Kinesioterapia.

Unidad de Kinesioterapia					
Nombre del documento: PROCEDIMIENTO CONTRAINDICACIONES Y PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA REHABILITACIÓN KINÉSICA					
Código: PO-KTR-01	Versión: 00	Fecha: Abril 2016	Fecha vigencia: 5 años		N° páginas: 17
Elaborado por: Claudia Rivera, kinesióloga unidad de medicina física y rehabilitación			Aprobado por: Dra. Marcia Segovia, jefe unidad medicina física y rehabilitación		
Describe (SI/NO)	1. Contraindicaciones para ejecución de procedimientos específicos	SI	2. Prevención de eventos adversos relacionados con la rehabilitación kinésica		SI

Breve descripción del contenido del documento: Se tiene a la vista, documento elaborado por la unidad de kinesiología, donde destaca
Página 2: **Alcance**: Este protocolo será aplicado para la atención de pacientes que acuden al servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital Regional de Antofagasta.
Responsabilidades:
Médico jefe de la unidad de medicina física y rehabilitación: Responsable del cumplimiento y difusión del protocolo.
Supervisor clínico del servicio de medicina física y rehabilitación: Responsable de monitorear y velar que los protocolos se ejecuten a cabalidad.
Kinesiólogos clínicos del servicio de medicina física y rehabilitación: Responsable de evaluar y tratar al paciente, bajo las normas establecidas.
Página 6: **Contraindicaciones de la atención en la aplicación de la rehabilitación kinésica:**
Ultrasonido: Contraindicado en aquellos pacientes que tengan osteoporosis, implantes metálicos, prótesis totales, marcapasos, implantes mamarios, neoplasias, embarazo, entre otros.
Electroterapia: Contraindicado en pacientes con alteración de la sensibilidad, pacientes con marcapaso o antecedentes cardíacos, estado cognitivo alterado y niños.
Hidroterapia: Contraindicado en pacientes con alteraciones en la piel, en la sensibilidad, trombosis, embarazo, marcapaso, procesos inflamatorios, heridas abiertas, entre otras.
Compresas y baño en parafina: Contraindicado en pacientes con alteración en la piel y sensibilidad, diabetes, cáncer, inflamación aguda, edema, entre otros.
Crioterapia: Contraindicada en neuropatías y alteración en la sensibilidad.
Terapia combinada: Contraindicada en prótesis, trastornos vasculares o hematológicos, infecciones, inflamaciones agudas y tumores entre otros.
Láser: Contraindicado en tumores, trombosis venosas flebitis, arteriopatías.
Página 7. Menciona las contraindicaciones para los ejercicios de alto impacto, ejercicios isométricos y ejercicios anaeróbicos.
Página 8 y 9. Menciona las contraindicaciones para camilla de tracción, bipedestador y caminadora.
Página 10. **Medidas generales para la atención de pacientes en rehabilitación kinésica:** Verificar presencia de contraindicaciones para la terapia o procedimiento, verificar el correcto funcionamiento o parámetro del equipo antes de usarlo con el paciente, entre otras.
Página 10 y 11. **Medidas específicas de prevención:** Presenta un cuadro que señala los procedimientos y sus medidas de prevención, tales como:
Ultrasonido: Debe aplicarse con un medio conductor y evitar perder continuidad de apoyo del cabezal durante la aplicación.
Electroterapia: Electrodos adheribles no deben presentar ruptura del medio de conducción y los no adheribles deben humedecerse. No debe sentir dolor y se debe evitar la hiperemia.
Hidroterapia: Controlar la temperatura (puede variar de 1 a 46°C).
Compresas de calor: Evaluar sensación de calor del paciente, mantener temperatura entre 45 y 52 °C y cubrir las compresas con toallas para evitar contacto directo con la zona a tratar.
Baño de parafina: Probar el producto en la piel antes de usarlo y mantener temperatura entre 45 y 52 °C.
Crioterapia: Mantener distancia entre cabezal y superficie de contacto de 5 a 10 cm, no exceder de 15 minutos de aplicación mantener brazo articulado firme, entre otras.
Terapia combinada: La emisión de ultrasonido no debe sobrepasar 1 w/cm2, se debe generar sensación de hormigueo, no de contracción.
Láser: Debe usar gafas de protección y evitar aplicarlo en zonas húmedas.
Página 12. **Medidas de prevención de evento adverso en ejercicios terapéuticos:**
Medidas para evitar caídas: Control de signos vitales, aplicar escala de riesgo de caídas.
Menciona medidas preventivas según categorización de bajo riesgo de caídas, tales como usar calzado seguro, que avise si se siente mareado, entre otras. En caso de riesgo mediano y alto de caídas, de preferencia debe andar acompañado, usar bastón y tener una atención personalizada.
Página 14. Anexo 1: Indicador.

Página 15. Anexo 2: Pauta de supervisión.
Página 16. Anexo 3: Escala de caídas.

Observaciones:
Se cumple con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se cumple el primer elemento medible

APK 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Kinesioterapia	
Nombre del indicador	PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTOS DE APLICACIÓN DE COMPRESAS DE CALOR QUE CUMPLEN CON LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN.
Fórmula matemática	N° de procedimientos de aplicación de compresas de calor que cumplen con las medidas preventivas según pauta en un período de tiempo/total de procedimientos de aplicación de compresas de calor evaluadas en el mismo período
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Semestral

APK 1.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Kinesioterapia	
Nombre documento	INFORME DE EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL INDICADOR
Responsable medición	Supervisor clínico de la unidad de medicina física y rehabilitación.
Fuente primaria	Pauta de supervisión
Fuente secundaria	Informe evaluación periódica del indicador.
Periodo evaluado	**Período retrospectivo a evaluar**: Para este proceso de acreditación el periodo retrospectivo es de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo del 2016 al 30 de abril del 2019. Año 2016: 2 semestre Año 2017: 1° y 2 semestre Año 2018: 1° y 2 semestre
Metodología de medición del prestador	**Metodología del cálculo muestral**: a través de la calculadora de tamaño muestral de la SIS para indicadores clínicos de calidad de universo desconocido, con un umbral de cumplimiento del 80% y margen de error de 5%. La muestra obtenida se dividirá por 12 meses del año calendario. Así se obtendrá el N° de pautas de supervisión que serán aplicadas por mes. **Metodología de muestreo:** las pautas serán aplicadas de lunes a viernes 1 diaria por oportunidad. **Mecanismo de sustitución:** en caso de que el día programado coincida con un feriado o fin de semana, se aplicarán las pautas al día siguiente. En caso de no contar con el procedimiento a evaluar, se aplicará la pauta al día consecutivo hasta completar la muestra establecida. **Criterios de cumplimiento:** la pauta de supervisión consigna el mes evaluado, la unidad, fecha de evaluación, Nombre del funcionario, identificación del evaluador, cumplimiento y evalúa los siguientes criterios: Funcionario evalúa permanentemente percepción por parte del paciente la sensación de calor en la zona tratada. Funcionario mantiene el equipo a temperatura entre los rangos 45° a 52°C. Funcionario cubre las compresas con toallas Cumplimiento (0: No cumple con el parámetro solicitado/ 1: cumple con el parámetro solicitado).
Metodología de constatación	**Periodo retrospectivo a evaluar:** para este proceso de acreditación aplica un periodo retrospectivo de 36 meses, correspondiendo a 01 de mayo de 2016 al 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** la medición del indicador es mensual. Indicador comienza a medirse el 26 de abril del año 2019, por lo que se constata el universo de pautas aplicadas. **Registros revisados:** Informe evaluación periódica del indicador. Pauta de supervisión de medidas preventivas en aplicación de compresas de caalor meses de abril y mayo del año 2019. **De la constatación:** Pauta de supervisión, contiene 3 criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. Se constata la medición del indicador con la revisión de los informes de evaluación periódica del indicador los que describen el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento para losmesesde abril y mayo del año 2019. Se constata que la cantidad de pautas aplicadas por el prestador para el mes de mayo 2019 corresponden a lo informado. Retrospectividad que le aplica a este indicador 36 meses contados desde el 01 de mayo del año 2016, indicador inicia medición el 26 de abril del año 2019.

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo 2019	20	20	100%	20	20	100%

Descripción de los hallazgos:
1. La medición del indicador se inició el 26 de abril de 2019, por lo que no es posible constatar la medición periódica del indicador.

No se cumple el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APK 1.3 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Kinesioterapia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 0
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 2/3	Porcentaje obtenido: 67%		**Cumple: SI**

SERVICIOS DE APOYO – MEDICINA TRANSFUSIONAL (APTr)

CARACTERÍSTICA APTr 1.2 / HALLAZGOS

APTr 1.2 – Primer elemento medible: Se describen en documentos elaborados por la Unidad los siguientes procedimientos relacionados con el proceso de transfusión.

Unidad de Medicina Transfusional				
Nombre del documento (1): **:** DETERMINACIÓN DE GRUPO SANGUÍNEO ABO y RH-D				
Código: IT-UMT-01	Versión:4	Fecha: Noviembre 2016	Fecha vigencia: Noviembre 2021	N° páginas:13
Elaborado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.		Aprobado por: Ana Cuellar. Tecnólogo médico.		

El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)							
1. Determinación de grupos A, B, 0 y Rh - D y detección de anticuerpos irregulares (todos aquellos con significación clínica)	SI	2. Eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión	NO				
3. Condiciones de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos	NO	4. Gestión del stock	NO	5. Estudios de compatibilidad donante / paciente	NO	6. Control A, B, 0 y Rh –D pre-transfusional	NO
7. Administración de transfusiones	NO	8. Vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos	SI	9. Se han definido los responsables de su aplicación	SI		

Breve descripción del contenido del documento:
En página 2, ítem 3, los **responsables** de su aplicación:
Tecnólogo médico: Realizar la determinación de grupo sanguíneo, registrar e informar el resultado, y validación en sistema informático.
Técnico paramédico: Centrifugar las muestras e ingreso de la petición al sistema informático.
En la página 2, ítem 2, se explica el principio de la técnica el cual se basa en una reacción antígeno anticuerpo, entre los antígenos presentes en la membrana del glóbulo rojo con los reactivos grupos específicos y los anticuerpos inmunoespecíficos del tipo IgM presentes en el plasma del paciente, con células testigo (Affirmagen) AyB.
En página 3, ítem 5, se enumeran una lista de materiales, reactivos y equipos, necesarios para la realización de la técnica.
Desde página 4 a 7, se **describen los procedimientos de determinación de grupos A, B, O y Rh-D,** de las distintas técnicas que el prestador utiliza, siendo éstas:

Determinación de grupo sanguíneo en tubo:
Se disponen de 6 tubos de vidrio, en el primero se agrega antisuero A, el segundo antisuero B, el tercero antisuero AB, el cuarto antisuero D, el quinto células afirrmagen A y el sexto células afirmagen B.
Luego se toma la muestra del paciente y se realiza una supresión de glóbulos rojos al 2%, la cual se prepara con NaCl al 09%.
A los primeros cuatro tubos se le agrega una gota de suspensión de glóbulos rojos al 2%, y a los dos tubos restantes 2 gotas de plasma de la muestra del paciente.
Tomar los 6 tubos y centrifugar a 3000rpm por 20 segundos.
Sacar los tubos de la centrifuga, ver si existe o no aglutinación en cada uno de los tubos y determinar el grupo sanguíneo del paciente.

Determinación de grupo en cassette.
Los cassette son dispositivos pequeños los cuales vienen divididos en 6 pocillos, en cada uno de estos viene el reactivo necesario para la prueba que se desee realizar. En el documento se explica que se utilizan 4 tipos de cassette, estos son:
Cassette de grupo sanguíneo para adulto.
Cassette de confirmación de grupo sanguíneo para adulto.
Cassette de grupo sanguíneo para recién nacido.
Cassette para determinación e identificación de anticuerpos irregulares y coombs directo.
Se describen en el documento los distintos volúmenes de muestra que se deben dispensar en el cassette seleccionado, dependiendo de la prueba que se desee realizar. Estos volúmenes están programados en una pipeta electrónica la cual dispensa la suspensión de glóbulos rojos y plasma de manera automática.
Luego de la dispensación, estos cassettes se centrifugan para posteriormente ver si existe o no aglutinación en cada uno de los pocillos, dependiendo de esto, determinar el grupo sanguíneo del paciente.

Determinación de grupo sanguíneo en lámina.
Se toman 3 gotas de sangre las cuales pueden ser recogidas de un tubo o también directamente del paciente a través de una punción digital. Estas gotas se agregan en una lámina de vidrio separado una de otra a lo menos un centímetro. A la primera gota se agrega antisuero A, a la segunda gota antisuero B, a la tercera gota antisuero D. Luego con una bagueta plástica se mezcla el reactivo con la gota de sangre. Finalmente hacer movimientos oscilantes con la lámina de vidrio, ver si existe o no aglutinación en cada una de las gotas y determinar el grupo sanguíneo del paciente.

En página 7 se detalla la tabla para determinar el grupo sanguíneo según la aglutinación observada:

Anti A	Anti B	Anti AB	Anti D	GR A	GR B	Resultado

+	-	+	+	-	+	A Rh +
-	+	+	+	+	-	B Rh +
-	-	-	+	+	+	O Rh +
+	+	+	+	-	-	AB Rh +
+	-	+	-	-	+	A Rh(-)
+	-	+	-	-	+	B Rh(-)
-	+	+	-	+	-	O Rh(-)
-	-	-	-	+	+	AB Rh(-)

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Determinación de grupo sanguíneo ABO y Rh-D", versión 3, fecha de aprobación noviembre 2013, elaborado por Jorge Barra Flores, tecnólogo médico de banco de sangre, aprobado por doctora Natalia Valenzuela, cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (2): DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES POR METODO DE GEL.				
Código: IT-UMT-02	Versión:4	Fecha: Marzo 2016	Fecha vigencia: Marzo 2021	N° páginas:9
Elaborado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.			Aprobado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.	

El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)

1. Determinación de grupos A, B, 0 y Rh - D y detección de anticuerpos irregulares (todos aquellos con significación clínica)	SI	2. Eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión	NO					
3. Condiciones de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos	NO	4. Gestión del stock	NO	5. Estudios de compatibilidad donante / paciente	NO	6. Control A, B, 0 y Rh –D pre-transfusional	NO	
7. Administración de transfusiones	NO	8. Vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos	NO	9. Se han definido los responsables de su aplicación	SI			

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2, ítem 3, los **responsables** de su aplicación:
Tecnólogo médico: Realizar la determinación de anticuerpo irregular, registrar e informar el resultado, y validación en sistema informático.
Técnico paramédico: Centrifugar las muestras e ingreso de la petición al sistema informático.

En página 2, ítem 2, se explica el principio de la técnica de detección de anticuerpos irregulares, la cual se basa en una reacción antígeno anticuerpo. Esto se produce al poner en contacto los anticuerpos presentes en el plasma del paciente, con los antígenos de los glóbulos rojos comerciales (antígenos conocidos).

En página 3, ítem 5, se enumera una lista de materiales, reactivos y equipos, necesarios para la realización de la técnica. Se destacan las células testigo (nombre comercial selectogen), cassette (lugar donde ocurre la reacción), pipeta automática, centrifuga e intubador.

En página 3, ítem 6, se nombra que el desarrollo de la técnica se encuentra en otro instructivo, llamado "determinación de pruebas inmunohematológicas en sistema Biovue", código IT-UMT-09, el que incluye el **procedimiento de detección de anticuerpos irregulares**.

En el documento N°1, descrito anteriormente, se describe además la realización de detección de anticuerpos irregulares y coombs directo mediante técnica de cassette.

Observaciones:
Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (3): DETERMINACIÓN DE PRUEBAS INMUNOHEMATOLÓGICAS POR SISTEMA BIO				
Código: IT-UMT-09	Versión:01	Fecha: Septiembre 2016	Fecha vigencia: Septiembre 2021	N° páginas:16
Elaborado por: Alejandra Veja Tecnólogo médico. Pamela Nilo Tecnólogo médico.			Aprobado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.	

El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)

1. Determinación de grupos A, B, 0 y Rh - D y detección de anticuerpos irregulares (todos aquellos con significación clínica)	SI	2. Eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión	NO					
3. Condiciones de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos	NO	4. Gestión del stock	NO	5. Estudios de compatibilidad donante / paciente	NO	6. Control A, B, 0 y Rh –D pre-transfusional	NO	
7. Administración de transfusiones	NO	8. Vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos	NO	9. Se han definido los responsables de su aplicación	SI			

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2, ítem 3 los **responsables** de su aplicación: Tecnólogo Médico: Uso adecuado del equipo, realizar mantenciones diarias y manejo de reactivos.

En página 3, ítem 5, se enumera lista de materiales, reactivos y equipos necesarios para la realización de la técnica. Se destacan las células testigo (nombre comercial selectogen), cassette, pipeta automática, centrifuga e intubador.

En página 4, ítem 6, el documento describe de manera detallada el uso del equipamiento Biovue para la **determinación automatizada de grupo A, B, o y Rh-D y detección de anticuerpos irregulares**, destacando lo siguiente:
Encendido del equipo.
Mantención diaria y semanal.
Programación de la técnica.
Uso del cassette.
Control de calidad.

En página 7 del documento, se detalla tabla que define el volumen de muestra y de glóbulos rojos testigos a dispensar en los pocillos del cassette, programados en una pipeta automática, como también contempla el tiempo de incubación. El protocolo consigna además procesos de centrifugación, visualización e interpretación de la técnica.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista documento anterior: Instructivo de Analizador Inmunohematología Ortho autovue ", versión 00, fecha de aprobación octubre 2014, elaborado por Alejandra Veja y Pamela Nilo, tecnólogos médicos de banco de sangre, aprobado por Jorge Barra, tecnólogo médico, cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (4): PROCEDIMIENTO DE ELIMINACIÓN DE BOLSAS DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES NO APTOS PARA SU USO				
Código: PO-CS-02	Versión:02	Fecha: Mayo 2018	Fecha vigencia: Mayo 2023	N° páginas:6
Elaborado por: Alejandra Veja. Tecnólogo médico.		Aprobado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.		

El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)

1. Determinación de grupos A, B, 0 y Rh - D y detección de anticuerpos irregulares (todos aquellos con significación clínica)	NO	2. Eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión	SI				
3. Condiciones de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos	NO	4. Gestión del stock	NO	5. Estudios de compatibilidad donante / paciente	NO	6. Control A, B, 0 y Rh –D pre-transfusional	NO
7. Administración de transfusiones	NO	8. Vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos	NO	9. Se han definido los responsables de su aplicación	SI		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento de carácter institucional, que describe:
En página 2, ítem 2 y 3, se establece el alcance y los responsables de su aplicación, de la siguiente forma:
Alcance: Eliminación de bolsas no aptas para producción y no aptas para la transfusión.
Responsables:
Tecnólogo médico: discriminar y seleccionar los componentes a eliminar, indicando causa de la eliminación.
Técnico paramédico: Asistir y verificar que la eliminación quede registrada y apoyar en las funciones al tecnólogo médico.
En página 4, ítem 6, se encuentra la descripción de proceso, en donde se detalla los motivos de **eliminación de** hemocomponentes no aptos para transfusión, las cuales son:
Donación frustrada (DF): La bolsa debe venir marcada con las siglas DF desde la unidad de donantes. Se debe dar de baja en el sistema informático y dejar registro en planilla RG-CS-02-01. Eliminar tanto la bolsa como el tubo para exámenes, en contenedor para incineración.
Autoexclusión (AE): La bolsa a marcada con siglas AE, desde la unidad de donantes. Se debe enviar el tubo para análisis serológico. La bolsa se debe dejar en el contenedor transitorio. Cuando todos los exámenes estén realizados, la bolsa se elimina en contendedor para incinerar. Se debe dejar registro en planilla RG-CS-02-01 y sistema informático.
Donante no confiable (EX): la bolsa debe venir marcada con siglas EX, desde la unidad de donantes. Se debe enviar el tubo para análisis serológico. La bolsa se debe dejar en un contenedor transitorio. Cuando todos los exámenes estén realizados, la bolsa se elimina en contendedor para incinerar. Se debe dejar registro en planilla RG-CS-02-01 y sistema informático.
Eliminación de hemocomponentes no conformes: Corresponde a bolsas que presenten condiciones no aptas para producción como: Alta ictericia, lipemia, turbidez, volumen inferior o superior a lo establecido como optimo y unidades rotas. Se debe eliminar la bolsa en contenedor transitorio, dejar registro en planilla RG-CS-02-01 y sistema informático.
Eliminación de hemocomponentes por obsolencia: en forma diaria se revisan las unidades vencidas en Stock, y se eliminan en contenedor transitorio. Se debe dejar registro en planilla RG-CS-02-01 y sistema informático.
Eliminación de bolsas de sangre, obtenida por indicación médica (sangría). La unidad viene rotulada como "sangría" desde la unidad de donantes. Se elimina en contenedor para incineración, dejando registro en planilla RG-CS-02-01.

En página 4, ítem 6.7, se detalla el proceso de eliminación física de bolsas (unidades no aptas para la transfusión), desde contenedor transitorio, al contenedor de incineración. Se describe que el tecnólogo médico responsable de etiquetado de unidades, a lo menos una vez por semana, revisará las unidades que se encuentran en el contenedor transitorio, corroborando que se encuentren ingresadas en la planilla RG-CS-02-01 y que se encuentren eliminadas en sistema informático. Una vez revisadas se depositan en el contenedor para incineración.

Observaciones:
Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Procedimiento de eliminación de bolsas de sangre no aptas para su producción y hemocomponentes no aptos para transfusión", versión 1, fecha de aprobación octubre 2013, elaborado por Jorge Barra y Alejandra Vera, tecnólogos médicos de banco de sangre, aprobado por doctora Natalia Valenzuela, cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (5): CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO DE COMPONENTES SANGUINEOS				
Código: IT-UMT-07	Versión:01	Fecha: Septiembre 2017	Fecha vigencia: Septiembre 2022	N° páginas: 8
Elaborado por: Ana Cuellar. Tecnólogo médico.		Aprobado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.		

El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)

1. Determinación de grupos A, B, 0 y Rh - D y detección de anticuerpos irregulares (todos aquellos con significación clínica)	NO	2. Eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión						NO
3. Condiciones de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos	SI	4. Gestión del stock	NO	5. Estudios de compatibilidad donante / paciente	NO	6. Control A, B, 0 y Rh –D pre-transfusional		NO
7. Administración de transfusiones	NO	8. Vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos		NO	9. Se han definido los responsables de su aplicación			SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2, ítem 3, los responsables de su aplicación:
Tecnólogo médico de UMT: Supervisar las condiciones de almacenamiento y el orden de plaquetas, glóbulos rojos, plasmas y crioprecipitados, en los refrigeradores, agitadores y congeladores de la unidad.
Técnico paramédico de UMT: mantener diariamente la temperatura actual de los puntos de almacenamiento, y en caso de que se encuentren fuera de rango informar a tecnólogo médico para tomar medidas.

En página 3, ítem 6, se encuentran descritas las condiciones de almacenamiento de los diferentes componentes sanguíneos, en donde se consiga:
Glóbulos rojos:
Glóbulos rojos con estudios pendientes: se almacena en refrigerador a entre 2 y 8°C en posición vertical.
Glóbulos rojos listos para transfundir: se almacena en refrigerador a 2 y 8ºC según grupo sanguíneo y fecha de extracción, dejando más adelante los glóbulos con fecha más cercana a vencer y atrás los glóbulos más frescos

Plaquetas:
Plaquetas con estudios serológicos pendientes: se almacenan a temperatura entre 22-24 ºC, en agitación constante en equipo EQ-UMT-05-02
Plaquetas listas para transfundir: se almacenan a temperatura entre 22-24 ºC, en agitación constante en equipo EQ-UMT-05-01

Plasma fresco congelado y crioprecipitados, plasma conservado, plasma sin factor VII:
Con estudios pendientes: se almacena a -30ºC.
Listos para transfundir: se almacena a -20ºC.

Hemocomponentes con circuito abierto:
Glóbulos rojos: se almacenan a 2 y 8ºC por un máximo de 24 horas desde que se abrió el circuito.
Plaquetas: se almacenan de 22 a 24ºC, en constante agitación por un máximo de 4 horas desde que se abrió el circuito.
Plasma fresco congelado y crioprecipitado: se almacena a 4ºC por un máximo de 4 horas desde que se abrió el circuito.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Condiciones de almacenamiento de componentes sanguíneos", versión 1, fecha de aprobación Noviembre 2013, elaborado y aprobado por Dra. Natalia Valenzuela, cumpliendo con el período de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (6): PROCEDIMIENTO ENVÍO, TRANSPORTE, Y RECEPCIÓN DE HEMOCOMPONENTES Y SANGRE PARA SU PROCESAMIENTO.				
Código: PO-UD-02	Versión:05	Fecha: Marzo 2016	Fecha vigencia: Marzo 2021	N° páginas: 14
Elaborado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.		Aprobado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.		

El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)

1. Determinación de grupos A, B, 0 y Rh - D y detección de anticuerpos irregulares (todos aquellos con significación clínica)	NO	2. Eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión						NO
3. Condiciones de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos	SI	4. Gestión del stock	NO	5. Estudios de compatibilidad donante / paciente	NO	6. Control A, B, 0 y Rh –D pre-transfusional		NO
7. Administración de transfusiones	NO	8. Vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos		NO	9. Se han definido los responsables de su aplicación			SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2 ítem 2 y 3,
Alcance: Todo el personal que envíe o reciba unidades de sangre desde y hacia los hospitales de la red (Antofagasta, Tocopilla, Calama y Taltal) y dentro los establecimientos a los diferentes servicios y unidades.
Responsables:
Tecnólogo médico de laboratorio de los hospitales de Tocopilla, Calama y Taltal: enviar en forma adecuada las bolsas de sangre extraída desde su respectivo establecimiento o punto de colecta, hacia banco de sangre HRA.
Tecnólogo medico de producción de HRA: en horario hábil, recepcionar las bolsas de sangre enviadas desde hospitales de la red (Tocopilla, Calama, Taltal) y colectas móviles. Enviar de forma adecuada bolsas de hemocomponentes desde banco de sangre HRA a los distintos hospitales de la red.

Tecnólogo medico UMT de HRA: en horario no hábil, recepcionar las bolsas de sangre enviadas desde hospitales de la red (Tocopilla, Calama, Taltal). Enviar de forma adecuada bolsas de hemocomponentes desde banco de sangre HRA a los distintos hospitales de la red. Trasladar de forma adecuada las unidades a transfundir a las distintas áreas el hospital.

En página 4, ítem 7 se detallan las **condiciones de transporte de componentes sanguíneos**, explicando los diferentes tipos de transporte: las condiciones se deben cumplir para envíos desde banco de sangre HRA hacia hospitales de la red (Tocopilla, Calama, Taltal) y viceversa.

Transporte de bolsas de sangre total y bolsas de glóbulos rojos en frío: se transportan en contenedor (cooler) el cual en la base se debe poner unidades refrigerantes a -20ºC, sobre éstas, se ponen bolsas de agua a 4ºC. Luego se ponen las bolsas de sangre o glóbulos rojos, en forma vertical. Sobre las bolsas de sangre, se pone una capa de bolsas con agua fría (4ºC) y sobre estas últimas, un capa de refrigerantes a -20ºC. La temperatura de transporte debe ser entre 1ºC y 10ºC.

Envío de bolsas de sangre total y bolsas de plaquetas a temperatura ambiente: se ubican en el centro del contenedor y en forma vertical, bolsas de agua, a temperatura ambiente (16-18ºC) y luego se distribuirá 6 bosas de sangre o plaquetas, 3 por lado. La temperatura de transporte debe ser entre 20ºC y 24ºC.

Transporte de bolsas de Plasma fresco congelado (PFC) y crioprecipitado: se transportan en un contenedor el cual en la base se pondrán refrigerantes a -30ºC. Luego se pondrán las bolsas de PFC y/o crioprecipitado, y sobre éstas últimas, un capa de unidades refrigerantes a -30ºC. No especifica temperatura de traslado, sólo que se mantengan congeladas.

El documento describe que dentro del contenedor, cualquiera sea el tipo de bolsa a trasladar, debe ir un instrumento de medición de temperatura más un documento llamado "consolidados de envío y recepción de sangre, para fraccionamiento y análisis" el cual debe estar completo, con todos los datos requeridos, estos son:
Correlativo de envío.
Fecha y hora de envío.
Lugar de origen.
Responsable del envío.
Registro de temperatura.
Registros de la bolsa de sangre:
Fecha de donación.
N° de donación.
N° de bolsa (cola).
Grupo sanguíneo.

Transporte de unidades de hemocomponentes a transfundir dentro del establecimiento: se trasladan en un coleman de 7 lt junto con orden de transfusión y materiales para realizar la reclasificación del paciente.

Observaciones:
Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (7): PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE STOCK DE HEMOCOMPONENTES				
Código: PO-UMT-05	Versión:03	Fecha: Marzo 2019	Fecha vigencia: Marzo 2024	N° páginas: 11
Elaborado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.			Aprobado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.	

El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)

1. Determinación de grupos A, B, 0 y Rh - D y detección de anticuerpos irregulares (todos aquellos con significación clínica)	NO	2. Eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión	NO								
3. Condiciones de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos	NO	4. Gestión del stock	SI	5. Estudios de compatibilidad donante / paciente	NO	6. Control A, B, 0 y Rh –D pre-transfusional	NO				
7. Administración de transfusiones	NO	8. Vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos	NO	9. Se han definido los responsables de su aplicación	SI						

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2 ítem 2 y 3,
Alcance:Todo el personal de banco de sangre.
Responsables:
Tecnólogo medico UMT: controlar el uso de los hemocomponentes disponibles en la unidad. Gestionar el envío de hemocomponentes a distintos hospitales de red.
Tecnólogo medico unidad de donantes: contactar donantes y organizar colectas de sangre.
Tecnólogo medico supervisor: calcular el Stock requerido en BS-HRA y el resto de los hospitales de la red (Calama. Tocopilla y Taltal)

En página 4, ítem 7, se describe cómo se realiza la **gestión de stock** y cálculo del stock crítico, el cual contempla el registro del consumo semanal de hemocomponentes del servicio durante 6 meses. El período a considerar en el primer período, es del 01 de enero al 30 de junio y para el segundo del 01 de julio al 31 de diciembre.

El registro debe considerar tipo de hemocomponente, grupo sanguíneo y Rh. Realizado el registro, se omite la semana de mayor y menor uso de hemocomponentes por grupo y Rh. Luego suman las unidades de cada grupo sanguíneo y Rh, y se dividen cada uno de los totales por el número de semanas medidas, separando siempre por grupo y Rh. El resultado obtenido se refiere a la utilización semanal promedio de cada grupo ABO y RH. Este resultado es considerado el Stock "critico".

Para calcular el stock óptimo, se calcula un 30% del stock crítico y se suma el resultado al obtenido como stock crítico.

El documento además incluye las gestiones para mantener el stock óptimo, entre estas están:
Llevar un registro diario del stock e informarlo en cada entrega de turno de noche al del día.
Enviar siempre la unidad que tenga fecha de vencimiento más cercana.
Evaluar el cuadro clínico del paciente para, saber cuál es el valor objetivo al cual se quiere llegar.
Si se completan las transfusiones solicitar un control post transfusión, para ver si se logró el objetivo.
Llamar a donantes altruistas.
Hablar con familiares de
En página 5, se destaca que en caso de caer en Stock crítico se transfunden sólo los pacientes con carácter de emergencia, de tal magnitud que comprometa la vida del paciente.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Gestión de stock de hemocomponentes" versión 2, fecha de aprobación Julio 2014, elaborado por Ana María Cuellar, Tecnólogo médico y aprobado por Dra. Natalia Valenzuela, cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.
Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (8): ESTUDIO DE COMPATIBILIDAD PACIENTE DONANTE				
Código: IT-UMT-05	Versión: 02	Fecha: Noviembre 2017	Fecha vigencia: Noviembre 2022	N° páginas: 11
Elaborado por: Jorge Barra F. Tecnólogo médico.		Aprobado por: Ana Cuellar. Tecnólogo médico.		

El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)

1. Determinación de grupos A, B, 0 y Rh - D y detección de anticuerpos irregulares (todos aquellos con significación clínica)	NO	2. Eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión	NO				
3. Condiciones de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos	NO	4. Gestión del stock	NO	5. Estudios de compatibilidad donante / paciente	SI	6. Control A, B, 0 y Rh –D pre-transfusional	NO
7. Administración de transfusiones	NO	8. Vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos	NO	9. Se han definido los responsables de su aplicación	SI		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2 ítem 2 y 3,
Alcance:Tecnólogos médicos de UMT
Responsables:Tecnólogo medico UMT: seleccionar hemocomponente compatible con el grupo y Rh del receptor. En caso de glóbulos rojos realizar la prueba de compatibilidad y coombs indirecto.

El documento describe el **estudio de compatibilidad donante/paciente**. La técnica requiere glóbulos rojos de la unidad a transfundir y plasma de receptor y el principio de ésta, consiste en investigar *in vitro* si en el plasma del paciente existen anticuerpos contra los antígenos de los glóbulos rojos a transfundir, que puedan causar reacciones adversas al receptor y poner en riesgo su vida.

En página 3, ítem 6 del documento se describe el protocolo, el cual contempla que previo a la prueba de compatibilidad se deben "lavar" los glóbulos rojos de la cola (túbula) de la bolsa a transfundir, poniéndolos en un tubo kahn (tubo de ensayo de vidrio) y agregando solución salina al 0.96%, luego centrifugar por 60 segundos a 2500rpm. Al finalizar el proceso se elimina el sobrenadante por inversión dejando un concentrado de glóbulos rojos al fondo de tubo. Este proceso es repetido 3 veces. Luego de la tercera vez, dejar el concentrado de glóbulos rojos para hacer el estudio de compatibilidad.

El documento describe dos técnicas para la realización de prueba de compatibilidad:

Prueba de compatibilidad en microcolumna:
Documento indica que esta técnica se realiza según instructivo IT-UMT-09. En este instructivo se explica de manera detallada el uso del equipamiento Biovue, destacando lo siguiente:
Encendido del equipo.
Mantención diaria y semanal.
Programación de la técnica de prueba de compatibilidad
Uso del cassette.
Forma de dispensar y volumen de la muestra del concentrado del glóbulos rojos lavados y el plasma del paciente en los pocillos del cassette.
Lectura del cassette en el equipo
Interpretación de la prueba de compatibilidad: si existe reacción positiva, los glóbulos rojos se van a aglutinar por la cual la unidad es considerada incompatible, si la reacción es negativa, no va a haber aglutinación por lo cual la unidad es compatible.

Prueba de compatibilidad en tubo:
El procedimiento descrito consiste en juntar un tubo de Kahn plasma del paciente, el concentrado de glóbulos rojos lavados de la unidad a transfundir, una solución Liss y un reactivo de coombs. Luego pasar por un proceso de incubación a 37ºC y centrifugación. Posterior a esto ver la reacción. Si existe reacción positiva, los glóbulos rojos se van a aglutinar por la cual la unidad es considerada incompatible, si la reacción es negativa, no va a haber aglutinación por lo cual la unidad es compatible.

En página 5 del documento, se explican los pasos a seguir según el resultado de la prueba de compatibilidad; si la prueba es negativa, la unidad se transfunde, si es positiva, se comunica con enfermera a cargo del paciente para avisar el atraso de la transfusión y se realizan 10 pruebas de compatibilidad con distintas unidades de glóbulos rojos por turno, hasta encontrar una compatible. Si no se encuentra una compatible se debe avisar al médico tratante para evaluar la situación y sugerir un tratamiento con corticoides previo a la transfusión.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Estudio de compatibilidad paciente donante" versión 1, fecha de aprobación noviembre 2013, elaborado por Pamela Nilo y Alejandra Vega, Tecnólogos médicos y aprobado por Dra. Natalia Valenzuela, cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (9): INSTRUCTIVO CONTROL A,B,O Y Rh-D PRE TRANSFUSIONAL				
Código: IT-UMT-08	Versión: 01	Fecha: Octubre 2017	Fecha vigencia: Octubre 2022	N° páginas: 4
Elaborado por: Ana Cuellar. Tecnólogo médico.		Aprobado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.		

El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)

1. Determinación de grupos A, B, 0 y Rh - D y detección de anticuerpos irregulares (todos aquellos con significación clínica)	NO	2. Eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión	NO								
3. Condiciones de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos	NO	4. Gestión del stock	NO	5. Estudios de compatibilidad donante / paciente	NO	6. Control A, B, 0 y Rh –D pre-transfusional	SI				
7. Administración de transfusiones	NO	8. Vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos	NO	9. Se han definido los responsables de su aplicación	SI						

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:

En página 2, ítem 3, se definen los **responsables** de su aplicación:
Tecnólogo medico UMT: reclasificar las muestras enviadas de diálisis externas para el envío de glóbulos rojos. reclasificar a los pacientes hospitalizados a quienes se les transfundirá el primer hemocomponente de una solicitud de transfusión
Técnico paramédico: mantener abastecido con insumos el cooler donde se trasladan los hemocomponentes.

En página 3, ítem 6 del documento, se describe el procedimiento de **control A, B, 0 y Rh –D pre-transfusional** para pacientes hospitalizados y ambulatorios oncológicos citados a transfundir en urgencia, detallando el siguiente procedimiento:
Identificar al receptor de la transfusión, de manera verbal y a través del brazalete.
Realizar clasificación ABO Rh-D en lámina, según procedimiento IT-UMT-01, este último indica la técnica de realización, la cual consiste en tomar 3 gotas de sangre directamente del paciente a través de una punción digital. Estas gotas se agregan en una lámina de vidrio separado una de otra a lo menos un centímetro. A la primera gota se agrega antisuero A, a la segunda gota antisuero B, a la tercera gota antisuero D. Luego con una bageta plástica se mezcla el reactivo con la gota de sangre. Finalmente hacer movimientos oscilantes con la lámina de vidrio, ver si existe o no aglutinación en cada una de las gotas y determinar el grupo sanguíneo del paciente.
Verificar compatibilidad grupo ABO Rh, del receptor y bolsa a transfundir.

En el caso de pacientes de diálisis externas, se realiza la misma técnica pero la muestra de sangre se toma del tubo que envían del centro que requiere la transfusión.

En caso de pacientes de pabellón, al momento de entregar la unidad, la enfermera entrega un tubo, con muestra de sangre recién extraída del paciente. A esta muestra se le realiza la técnica de reclasificación ABO Rh-D en lámina descrito anteriormente, luego se verifica la compatibilidad grupo ABO Rh del receptor y bolsa a transfundir. Posteriormente se entrega la unidad a enfermera.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Control ABO y Rh-D pre transfusional" versión 1, fecha de aprobación noviembre 2013, elaborado por Natalia Pérez, Tecnólogo médicos y aprobado por Dra. Natalia Valenzuela, cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (10): PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE TRANSFUSIÓN				
Código: PO-UMT-02	Versión: 04	Fecha: Diciembre 2017	Fecha vigencia: Diciembre 2022	N° páginas: 15
Elaborado por: Alejandra Vega S. Tecnólogo médico Pamela Nilo V. Tecnólogo médico.		Aprobado por: Jorge Barra F Tecnólogo médico.		

El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)

1. Determinación de grupos A, B, 0 y Rh - D y detección de anticuerpos irregulares (todos aquellos con significación clínica)	NO	2. Eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión	NO								
3. Condiciones de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos	NO	4. Gestión del stock	NO	5. Estudios de compatibilidad donante / paciente	NO	6. Control A, B, 0 y Rh –D pre-transfusional	NO				
7. Administración de transfusiones	SI	8. Vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos	NO	9. Se han definido los responsables de su aplicación	SI						

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2,
Alcance: Personal de enfermería, matronas, médicos, tecnólogos médicos y paramédicos que se desempeñan en los servicios clínicos y de apoyo de HRA, además de los centros de diálisis externos.

Responsables:
Médico: realizar orden de transfusión. Evaluar y tratar a paciente que presente alguna reacción adversa a la transfusión.
Tecnólogo medico UMT: preparar el hemocomponente a transfundir, acompañar al profesional que instala la unidad, realizar la reclasificación ABO Rh-D, registrar la instalación y realizar vigilancia post transfusional.
Técnico paramédico UMT: centrifugar las muestras, recibir, revisar, e ingresar las órdenes de transfusión.
Enfermera/matrona: instalación y manejo de vía venosa, vigilancia de reacciones adversas, notificar reacción adversa a médico y banco de sangre en caso de que las haya, tomar muestra para reclasificación en pabellón.
Técnico paramédico de los servicios clínicos: monitorizar signos vitales del paciente, durante la transfusión.
Enfermera de centro de diálisis externa: instalación y manejo de vía venosa, vigilancia de reacciones adversas, notificar reacción adversa a médico y banco de sangre en caso de que las haya.
Médico anestesista: Administración de la transfusión en pabellón.

En página 5, ítem 7, se describe el procedimiento de **administración de transfusiones**, indicando que en dicha instalación participa de manera conjunta el personal de banco de sangre y personal de unidades clínica, con distintas funciones descritas a continuación:

Funciones del personal de banco de sangre:
Avisar al personal clínico que se requiere instalar la transfusión.
Identificar al paciente de forma verbal y a través del brazalete.
Explicar el procedimiento y realizar reclasificación ABO Rh-D.
Verificar compatibilidad grupo ABO Rh, del receptor y bolsa a transfundir.
Realizar registro de nombre del personal clínico e inicio de la transfusión.
Quedarse con el paciente los primeros 10 minutos desde el inicio de la transfusión.
Verificar goteo y estado del paciente, al inicio, a las 2 horas y a las 4 horas.

Funciones del personal clínico:
Verificar que concuerde el nombre y apellido del paciente, con el de la unidad a transfundir.
Verificar compatibilidad grupo ABO Rh, del receptor y bolsa a transfundir.
Controlar presión y temperatura antes de instalar la unidad, registrar estos controles en el informe de control transfusional.
Conecta hemocomponente a vía venosa y registrar inicio de la transfusión.
Controlar presión y temperatura a los 10 minutos después de instalada, a los 60 minutos después de instalada y al final de la transfusión. Registrar estos controles en informe de control transfusional.
Quedarse con el paciente los primeros 10 minutos desde el inicio de la transfusión.
Verificar goteo al inicio, a los 30 minutos, y cada una hora.

El documento define **consideraciones importantes** dentro del proceso, como:
El hemocomponente nunca debe ser instalado por una sola persona.
La vía venosa debe ser en adultos idealmente 14G, y 22G o 23G, en pacientes pediátricos.
Solo se puede administrar solución salina en conjunto la transfusión.
Tiempo de duración de transfusión:
Glóbulos rojos: 1 a 2 horas, máximo 4 horas.
Plaquetas: 20 a 30 minutos, máximo 4 horas.
Plasma fresco congelado y crioprecipitado: 20 a 30 minutos. Máximo 2 horas.Si pasado las 4 horas, aun no se transfunde la unidad en su totalidad, esta debe ser desconectada del paciente y eliminada.
Para transfusiones realizadas en pabellón, la enfermera o matrona, facilitara al tecnólogo médico, una muestra de sangre del paciente para realizar la reclasificación en lámina. Al corroborar que el grupo de sangre sea compatible con la unidad, se le hará entrega a la enfermera o matrona y será ella la encargada de instalar, controlar y realizar registros correspondientes.
En transfusiones realizadas a pacientes de neonatología, será la enfermera la encargada de instalar, controlar y realizar registros correspondientes.
Las transfusiones realizadas en centros de diálisis externos, se deben agenda previamente. El día de la transfusión deben enviar un tubo para reclasificación del paciente, previo la entrega de la unidad a transfundir. Se enviarán unidades del mismo grupo del paciente receptor si es que solo hay uno para transfundir. Si ese mismo día hay más de uno, se enviaran solo unidades O+ u O(-), para evitar riesgos de incompatibilidad por error de administración.

En página 14 del documento, se nombran las **malas prácticas** en la administración de transfusión y su consecuencia:
Calentar la sangre, produce hemolisis de glóbulos rojos.
Uso de bombas de infusión para administración de glóbulos rojos o plaquetas, produce destrucción celular.
Administración de hemocomponentes en pacientes febriles, produce destrucción acelerada de componentes celulares además de la imposibilidad de discernir si la fiebre es producto de una reacción adversa.
Administrar la transfusión en conjunto con medicamentos por la misma vía, esto produce destrucción celular. Sólo se puede pasar en conjunto a suero fisiológico al 0.9%, y albúmina al 5%.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Estudio de compatibilidad paciente donante" versión 1, fecha de aprobación noviembre 2013, elaborado por Pamela Nilo y Alejandra Vega, Tecnólogos médicos y aprobado por Dra. Natalia Valenzuela, cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 3 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Elaborado por: Alejandra Veja S. Tecnólogo médico.	Aprobado por: Jorge Barra F. Tecnólogo médico.

El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)

1. Determinación de grupos A, B, 0 y Rh - D y detección de anticuerpos irregulares (todos aquellos con significación clínica)	NO	2. Eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión	NO				
3. Condiciones de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos	NO	4. Gestión del stock	NO	5. Estudios de compatibilidad donante / paciente	NO	6. Control A, B, 0 y Rh –D pre-transfusional	NO
7. Administración de transfusiones	NO	8. Vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos	SI	9. Se han definido los responsables de su aplicación		SI	

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe.
En página 2,
Alcance: Personal de enfermería, matronas, médicos, tecnólogos médicos y paramédicos que se desempeñan en los servicios clínicos y de apoyo de HRA, además de los centros de diálisis externos.
Responsables:
Médico tratante: notificar reacciones adversas en su servicio, atender pacientes durante la reacción, indicar medicamentos si es necesario.
Enfermera/matrona de servicios clínicos: supervisar y monitorizar la transfusión.
Tecnólogo medico UMT: instalación de la transfusión.

En página 4, ítem 4, el documento describe que las reacciones adversas son efectos desfavorables que pueden aparecer en un paciente durante o después de una transfusión, clasificándolas de la siguiente manera:
Inmunológicas agudas (aparición en menos de 24 horas)
Hemólisis inmunológicas: causadas por transfusiones ABO-Rh incompatibles.
Reacciones febriles no hemolíticas: asensos de temperatura mayor a 1ºC.
Reacciones alérgicas: urticarias, comezón.
Edema pulmonar no cardiogénico (TRALI).

Inmunológicas tardías (aparición después de 24 horas)
Aloinmunización a antígenos eritrocitarios.
Aloinmunización a antígenos leucocitarios y refractariedad a transfusiones de plaquetas.
Enfermedad injerto versus huésped.
Purpura pos transfusional (PPT)

No inmunológicas agudas (aparición en menos de 24 horas)
Sepsis transfusional.
Hemólisis no inmune.
Sobrecarga circulatoria.
Embolia gaseosa.
Hipocalcemia.

No inmunológicas tardías. (aparición después de 24 horas)
Sobrecarga de hierro
Hipotermia por sangre refrigerada
Acidosis láctica a menudo complicada por hipercalcemia.
Coagulopatías.
Infecciones transmisibles por transfusión (VIH, VHB, VHC, HTLV, Chagas, Sífilis.

En página 7, ítem 7, se describe la **vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos** y prevención de éstas, en las unidades clínicas, la cual debe ser realizada por el personal de enfermería o matronería, quiénes ante una reacción deben:
Detener la transfusión.
Mantener vía venosa permeable con suero fisiológico.
Avisar al médico de turno.
Avisar al banco de sangre, indicando tipo de reacción y tratamiento indicado por el médico.

El tecnólogo médico, que toma el aviso debe dejar registrado en la solicitud de transfusión y en sistema informático, lo informado por el personal de la unidad clínica.

En el caso de las transfusiones realizadas en pabellón, el tecnólogo médico pregunta a enfermera de pabellón, a que servicio fue trasladado el paciente posterior a su intervención quirúrgica, para solicitar información respecto a controles y posible reacción adversa.

En los centros de diálisis externos, la vigilancia será realizada por la enfermera de dicho centro. La cual semanalmente enviará el monitoreo de administración de transfusiones, los que serán revisados por el tecnólogo médico.

En cuando a la oportunidad de la vigilancia, el documento describe que se realiza al inicio de la transfusión, a los 10 minutos del inicio, a los 30 minutos, y cada una hora mientras dure la transfusión. En estas instancias se controlan signos vitales y se observa si existen signos y síntomas sugerentes a una reacción adversa.

Observaciones:
Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

APTr 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Medicina Transfusional		
Nombre del indicador	CORRECTO LLENADO DE REGISTRO DE ADMINISTRACION DE TRANSFUSIÓN.	
Fórmula matemática	Número de registros correctamente llenados en el trimestre/Número total de registros evaluados en el trimestre x 100	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral.

APTr 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Medicina Transfusional	
Nombre documento	INFORME CORRECTO LLENADO DE REGISTRO DE ADMNISTRACIÓN DE TRANSFUSIÓN
Responsable medición	Tecnólogo médico Banco de Sangre
Fuente primaria	Informe de despacho y control transfusional, entregado por el sistema informático.
Fuente secundaria	Excel con registro de cumplimiento de administración de transfusión.
Periodo evaluado	01 de Mayo 2016 a 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de muestra:** Se mide el primer hemocomponente instalado por solicitud de transfusión. Se exceptúan las unidades transfundidas en pabellón, transfusiones inmediatas y transfusiones a pacientes fallecidos. **Metodología de muestreo:** No aplica. **Criterios de cumplimiento:** El prestador utiliza como pauta, una tabla en un archivo Excel que registra los siguientes contenidos en sus columnas y filas a completar: Numero de transfusión Fecha de la transfusión Nombre y apellido del paciente. Hemocomponente a transfundir. Unidad clínica Controles completos o incompletos. En este ítem se evalúa lo definido en el protocolo de administración de transfusiones PO-UMT-02, específicamente el registro de los controles de presión, pulso y temperatura, realizados en los siguientes momentos. Antes de la transfusión 10 minutos de iniciada la transfusión 60 minutos de iniciada la transfusión Al término de la transfusión. Si la hoja de monitoreo, tiene todos los datos mencionados en el punto 6 se da por cumplida la evaluación.
Metodología de constatación	**Período retrospectivo a evaluar**: Dado que corresponde a un proceso de re acreditación el período de retrospectivo es de 36 meses 01 de Mayo 2016 a 30 de abril de 2019 **Selección de la muestra:** La medición del indicador es trimestral. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos trimestres a evaluar: tercer trimestre 2018 y primer trimestre 2019 **Registros revisados:** Resultados del indicador en "Informe de correcta administración de transfusión". Archivo Excel de indicador APTr, que contiene la medición a través del cumplimiento de los criterios. Documento de informe de despacho y control transfusional. **De la constatación:** Excel que contiene los criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. Se constata la medición periódica del indicador con la revisión del informe de correcta administración, la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 36 meses a evaluar. Se constata que la cantidad de evaluaciones aplicadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de estas a través del archivo Excel. Se constatan fuentes primarias de los 2 trimestres a evaluar por randomizer, según Ord. Circular IP N°5. Resultado de la constatación de la fuente primaria:

Nombre	Fecha	Se realizan controles	Se realizan controles según protocolo.	Cumplimiento reportado por el prestador	Cumplimiento reportado por la entidad.
Trimestre 3 - 2018					
VVV	12-09-2018	SI	NO	Cumple	No cumple
MGS	12-09-2018	NO	NO	No cumple	No cumple
MAC	19-07-2018	SI	NO	Cumple	No cumple
DAF	25-07-2018	NO	NO	No cumple	No cumple

PCB	27-07-2018	NO	NO	No cumple	No cumple
Trimestre 1 2019					
JLH	02-01-2019	NO	NO	No cumple	No cumple
LSA	22-01-2019	SI	NO	Cumple	No cumple
DUA	22-01-2019	NO	NO	No cumple	No cumple
ALL	26-01-2019	NO	NO	No cumple	No cumple
PGA	23-02-2019	NO	NO	No cumple	No cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
2° Trimestre 2016	56	218	25,68%			
3° Trimestre 2016	69	239	28,87%			
4° Trimestre 2016	74	217	34,14%			
1° Trimestre 2017	77	240	32,08%			
2° Trimestre 2017	57	241	23,65%			
3° Trimestre 2017	95	257	36,96%			
4° Trimestre 2018	62	207	29,95%			
1° Trimestre 2018	58	243	23,86%			
2° Trimestre 2018	60	291	20,61%			
3° Trimestre 2018	**72**	**284**	**25.35%**	**70**	**278**	**25.17%**
4° Trimestre 2018	144	537	26,81%			
1° Trimestre 2019	**77**	**529**	**14,55%**	**176**	**528**	**33.33%**

Descripción de los hallazgos:

1. En la constatación en terreno el prestador entrega documento Excel que contiene la tabla, que se ocupa para hacer evaluación. Los archivos corresponden a mediciones del tercer trimestre de 2018 y primer trimestre de 2019.
2. Al realizar el filtro de las unidades que cumplen o no cumplen, se encontró una diferencia en el total de mediciones y en total de las mediciones que cumplen.
3. Para tercer trimestre 2018, el "n" total definido por el prestador es 284, en la constatación en "n" total resulto 278, habiendo una diferencia de 6 registros. Los registros que cumplen se mantuvieron concordantes.
4. Para primer trimestre 2019, en el total mediciones, hubo una diferencia de 1 registro, en cuanto al número de reportado como cumplidas, hubo una diferencia de 100 registros.
5. Las diferencias en porcentaje fueron:
   Para el trimestre 3º de 2018, un 0.18%
   Para el trimestre 1º de 2019, un 18.78%

En las fuentes primarias constatadas, las hoja de monitoreo de transfusión de los paciente VVV, MAC y LSA. Se registraron 4 controles, por lo que el prestador dio por cumplida la medición. Sin embargo, estos controles no se realizan en los tiempos definidos en el documento (inicio, 10 minutos de iniciada la transfusión, 60 minutos de iniciada la transfusión, fin de transfusión), por lo que, la fuente primaria no concuerda con lo evaluado por el prestador**.**

Según lo referido en el punto 4 y 5 no se da por cumplido el elemento medible.

APTr 1.2 – Cuarto elemento medible: Se constata la existencia y vigencia de los siguientes registros.

Unidad de Medicina Transfusional												
Se constatan los siguientes registros y su vigencia: SI/NO/NA												
1. Calificación inmunohematológica	SI	Vigente	SI	2. Temperatura de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos					SI	Vigente	SI	
3. Eliminación de componentes sanguíneos	SI	Vigente	SI	4. Estudios de compatibilidad	SI	Vigente	SI	5. Unidades de componentes sanguíneos transfundidos	SI	Vigente	SI	

Descripción de los hallazgos:

Metodología de constatación: Se constata la existencia y vigencia de los registros al momento de la evaluación. Se constatan registros para todo el período evaluado en carpetas presentadas por el prestador, para:

Calificación inmunohematológica:

Se constatan registros en formato papel e informático, ambos registros concordantes entre sí.

El registro en papel corresponde a la hoja de resultados que entrega el equipo en donde se realizan los exámenes inmunohematológicos. Este registro contiene datos de:

Código de donante o paciente,

Resultado de examen inmunohematológico realizado (Grupo ABO-Rh y detección de anticuerpos irregulares)

Fecha de realización del examen.
Estos registros se guardan en una carpeta dispuesta para esto y se encuentran vigentes al momento de la constatación.
Registro informático: Al ingresar el código de donante o paciente en sección "consulta de resultados" del software, se puede ver en el sistema, los registros de la calificación inmnohematológica. El software tiene un registro histórico de todos los donantes y pacientes. Este registro se encuentra vigente al momento de la constatación.

Temperatura de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos:
Se constata la presencia de registros de temperatura de todos los equipos en donde se **almacenan** componentes sanguíneos. Estos registros son llenados en forma manual, en una planilla de papel, las cuales se encuentra junto al equipo de almacenamiento. Esta planilla contiene los siguientes atributos:
Fecha.
Nombre del equipo.
Hora de la medición.
Responsable del ingreso de los datos.
Los equipos a los cuales se les constataron los registros de temperatura son:
EQ-UMT-05-01 Plaquetero centro de sangre
EQ-UMT-05-01 Plaquetero con plaquetas aptas para transfundir.
EQ-UMT-01-01 Cámara de refrigeración que contiene los glóbulos aptos para transfundir.
EQ-UMT-01-01 Cámara de refrigeración para glóbulos sin exámenes centro de sangre.
EQ-UMT-02-02 Plasmas y crioprecipitado centro de sangre
EQ-UMT-02-02 Congelación transitoria.
Todos los registros se encuentran vigentes al momento de la constatación.

Se constata la presencia de registros de temperatura de **transporte** de hemocomponentes, en documento, "consolidado de envío y recepción de sangre para fraccionamiento y análisis". Por cada envío de componentes sanguíneos que se realiza desde hospital de Antofagasta hacia los hospitales de Tocopilla, Calama y taltal y viceversa, se les mide la temperatura de transporte a través de un dispositivo electrónico que se instala en los coleman. Luego se rescatan los datos de temperatura en de un computador, se imprimen los datos y se archivan junto los registros de unidades enviadas, en una carpeta dispuesto para esto. Los registros se encuentran vigentes al momento de la constatación.

Eliminación de componentes sanguíneos: el prestador muestra registros en papel e informático. ambos registros concordantes entre sí.
El registro en papel corresponde a un libro de registro diario de eliminación de Hemoderivados. Este registro contiene los siguientes atributos:
Correlativo anual.
Fecha de eliminación.
N° de cola.
Hemocomponente
Causa de eliminación
Tecnólogo Medico 1 y 2
El registro se encuentra vigente al momento de la constatación.

Registro informático. Al ingresar el código la hemocomponente, en sección "Historia de la unidad" del software, se puede ver en el sistema, el registro de la eliminación de la unidad, mostrando fecha y hora de eliminación, la causa y el responsable. El software tiene un registro histórico de todas las unidades eliminadas, y se encuentra vigente al momento de la constatación.

Estudios de compatibilidad: El prestador muestra registros en papel e informático.
El registro en papel corresponde a registro de despacho de la transfusión. En esa hoja se ingresa el resultado de la prueba de compatibilidad más la hora y fecha de realización. Luego esta hoja queda archivada junto la solicitud de transfusión. Los registros se encuentran vigentes al momento de la constatación.

Registro informático. Al ingresar el código de donante o paciente en sección "consulta exámenes" del software, se puede ver en el sistema, el resultado de la prueba de compatibilidad, además de la fecha y hora de ingreso de la prueba al sistema. El software tiene un registro histórico de todos los pacientes a los cuales se le realiza prueba de compatibilidad, y se encuentra vigente al momento de la constatación.

Unidades de componentes sanguíneos transfundidos: El registro de las unidades de componentes transfundidos se encuentra en el software. Ingresando un número de paciente se puede ver las unidades transfundidas.
Además el software cuenta con un módulo de estadística el cual arroja todas las unidades transfundidas por periodo. El software tiene un registro histórico de todas las unidades de componentes transfundidos, y se encuentra vigente al momento de la constatación.

En base a lo constatado, se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APTr 1.2 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Unidad de Medicina Transfusional	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 0	4° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/4	Porcentaje obtenido: 75%		**Cumple: NO**	

CARACTERÍSTICA APTr 1.3 / HALLAZGOS

APTr 1.3 – Primer elemento medible: Existe un sistema de registro establecido de los componentes sanguíneos que permita su trazabilidad o seguimiento inequívoco desde el donante que lo origina hasta el receptor del componente específico.

Unidad de Medicina Transfusional
Describir sistema de registro: El sistema de registro se lleva a través del sistema informático **E-DELPHY**. Este software trabaja en base a códigos de barra los cuales se pueden imprimir en forma de etiquetas autoadhesivas. Estos códigos son pegados en las unidades y en los documentos en formato de papel que el prestador defina. El programa se utiliza para en todas las etapas de la producción del banco de sangre, es decir, en la unidad de atención de donantes, centro de sangre y medicina transfusional. En la **unidad de donantes**, se utiliza para: Registrar los datos personales del donante (nombres completo, Rut, fecha de nacimiento, teléfono, dirección), una vez ingresado los datos, el software crea un **número único de donante**, el cual es exclusivo para él, servirá para seguir la historia completa de su donación y destino final de los hemocomonentes que se produjeron a partir de esta. Registrar los datos del examen físico del donante: Peso Talla Presión Pulso Hemoglobina Registrar la entrevista personal previa la donación y si es aceptado o no. Registrar la hora y tiempo de atención del donante. Registrar si hubo reacciones adversas a la donación. Registrar si la donación fue exitosa o frustra. En el caso de que la donación sea exitosa, al **número único de donante creado por el software**, se le asocia un **código alfanumérico** creado por el prestador, el cual será el **código de donación** asignado a la **unidad de sangre** obtenida. En unidad de **centro de sangre,** a través de **código de donación** asignado a la unidad de sangre, el cual, fue asociado al **número de donante** creado por el software, se realizan los siguientes registros Ingreso unidades de sangre donadas, desde de la unidad de atención de donantes, consignando fecha y hora de ingreso. Registro del fraccionamiento de la unidad de sangre. Registro de los exámenes inmunohematológicos del donante. Registro de los exámenes microbiológicos. Registro del el lugar de almacenamiento de las unidades. Registro de la eliminación de hemocomponentes. Realizar etiquetado y liberación de unidades para su uso, dejando registro de fecha y hora de realización. En unidad de **medicina transfusional,** se utiliza para realizar los siguientes registros Ingreso de datos personales del paciente receptor de transfusión. Ingreso de exámenes inmunohematológicos del receptor. Ingreso de prueba de compatibilidad unidad-receptor, cuando corresponda. Asociar el **código alfanumérico de unidad con el nombre del receptor.** Etiquetado de unidades para transfundir. Fecha y hora de despacho de transfusiones. Confirmación de transfusiones. De esta manera el software asocia la trazabilidad de la siguiente forma: **Nombre del donante ←→número de donante ←→ código de donación asignado a la unidad ←→ nombre del receptor.** En el software existe un módulo de "historial" en donde se puede ingresar cualquier dato ya sea Nombre y Rut del donante Número de donante. Código alfanumérico de unidad Nombre del receptor. A través de éstos, se tiene acceso a todos los datos y es posible realizar un seguimiento inequívoco de la trazabilidad de la los hemocomponentes. **Observaciones:** Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

APTr 1.3– Segundo elemento medible: Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Unidad de Medicina Transfusional		
Documento que designa nombramiento (1): Resolución Exenta		
N° Resolución:3792	Versión: No consigna	Fecha: 14-03-2019
Elaborado por: No consigna	Aprobado por: Ricardo Salazar Cabeza, Director Hospital regional de Antofagasta	
Nombre del responsable: Encargado**:** Cyntia Pérez Lucic	Profesión: Tecnólogos Médicos	Cargo: Tecnólogo Médico Unidad de Banco de Sangre

Subrogante: Alejandra Vega Segovia		
Documento que designa nombramiento: Resolución Exenta		
N° Resolución: 2457	Versión: No consigna	Fecha: 11-05-2011
Elaborado por: No consigna	Aprobado por: Dr. Edgardo Álvarez Núñez Director Médico (s)	
Nombre del responsable: Encargado: Cyntia Pérez Lucic Subrogante: Jorge Barra Flores	Profesión: Tecnólogos Médicos	Cargo: Tecnólogo Médico Unidad de Banco de Sangre

APTr 1.3– Tercer elemento medible: Se constata trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Unidad de Medicina Transfusional

Metodología de constatación:

Definición del período a evaluar: Dado que corresponde a un proceso de re acreditación el periodo de retrospectivo es de 36 meses 01 de Mayo 2016 a 30 de abril de 2019

Selección de la muestra: Previamente se decide en conjunto al director técnico que se realizarán 3 ejercicios de trazabilidad.

Para la selección de los 2 primeros ejercicios, se ocupa randomizer entregado por el director técnico, seleccionando el primer semestre de 2018. Para seleccionar el mes se hace otro randomizer en presencia del prestador, seleccionando el mes febrero de 2018. Se filtra en sistema informático los donantes atendidos durante el mes seleccionado y randomizan 2 donantes de la lista.

El tercer ejercicio se realiza con una unidad de glóbulos rojos disponible en el banco de sangre. Esta unidad fue seleccionada desde la cámara que contiene glóbulos rojos disponibles para transfundir.

Registros revisados:

Programa informático de banco de sangre E-DELPHY

Registro de temperatura de hemocomponentes.

De la constatación: Se constata la trazabilidad de los componentes sanguíneos según el Oficio Circular IP N°5, de 6 de mayo de 2013, que remite actualización de "orientaciones técnicas para la constatación de la trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos. Se utilizan los criterios aplicables a unidad de medicina transfusional.

Unidades constatadas:

N°	Código de donación	Fecha	Donante	Hemocomponente /Cantidad	Fecha Transfusión	Receptor	Cumple Trazabilidad
1	ANT1800559	01-02-2018	LDES	Glóbulos rojos SAGH M leucorreducidos/ cantidad: 1	15-02-2018	TPVR	SI
2	ANT1800891	19-02-2018	LAAC	Plasma fresco congelado (PFC)/ cantidad: 1	09-06-2018	EIC	SI
3	COL1900454	12-06-2019	PAON	Glóbulos Rojos SAGH M leucorreducidos/ cantidad 1	Disponible para transfundir	Disponible Para transfundir	SI

Descripción de los hallazgos: Siguiendo las orientaciones técnicas para la constatación de la trazabilidad de componentes sanguíneos, se constató en terreno los atributos aplicables a punto de verificación unidad de medicina transfusional, a los cuales se le determinó su cumplimiento:

	Receptor 1: TPVR	**CUMPLE**
1	Se registra al menos el origen, código de componente, tipo de hemocomponente y la fecha y hora de recepción de la sangre ingresada a la UMT	SI
2	La UMT tiene acceso a la siguiente información proporcionada por el Centro proveedor, a demanda y en un plazo no superior a 48 horas (trazabilidad durante un proceso de acreditación), respecto de cualquier unidad seleccionada al azar de glóbulos rojos, plaquetas, plasma y/o crioprecipitados: - Código único de donación - Resultado exámenes inmunohematológicos - Resultado exámenes microbiológicos - Fecha extracción	SI
3	Se realizan al menos trimestralmente ejercicios de trazabilidad de acuerdo a un protocolo establecido, sobre al menos una unidad de cada tipo de producto utilizado en el período	SI
4	Se registra el destino final : transfusión (código de solicitud de la transfusión), eliminación, distribución, almacenamiento o transferencias (dónde, cuándo) de todas las unidades ingresadas a la UMT	SI
5	Es posible verificar que cualquier unidad ingresada y que no haya sido transfundida, distribuida a otro establecimiento o desechada, se encuentra almacenada en condiciones adecuadas en la UMT	No aplica

	Receptor 2: EIC	**CUMPLE**
1	Se registra al menos el origen, código de componente, tipo de hemocomponente y la fecha y hora de recepción de la sangre ingresada a la UMT	SI
2	La UMT tiene acceso a la siguiente información proporcionada por el Centro proveedor, a demanda y en un plazo no superior a 48 horas (trazabilidad durante un proceso de acreditación), respecto de cualquier unidad seleccionada al azar de glóbulos rojos, plaquetas, plasma y/o crioprecipitados: - Código único de donación - Resultado exámenes inmunohematológicos	SI

	- Resultado exámenes microbiológicos - Fecha extracción	
3	Se realizan al menos trimestralmente ejercicios de trazabilidad de acuerdo a un protocolo establecido, sobre al menos una unidad de cada tipo de producto utilizado en el período	SI
4	Se registra el destino final : transfusión (código de solicitud de la transfusión), eliminación, distribución, almacenamiento o transferencias (dónde, cuándo) de todas las unidades ingresadas a la UMT	SI
5	Es posible verificar que cualquier unidad ingresada y que no haya sido transfundida, distribuida a otro establecimiento o desechada, se encuentra almacenada en condiciones adecuadas en la UMT	No aplica

Para la tercera unidad a trazar, se selecciona una unidad de glóbulos rojos, que se encuentra almacenada en la cámara de unidades de glóbulos rojos disponibles, constatando:
Condiciones de almacenamiento: La temperatura actual de la cámara al momento de la constatación es de 4.2°C.
Trazabilidad: con el número de la unidad seleccionada se ingresa al sistema informático E-DELPHY, constatando los siguientes atributos:

	Código de la unidad: COL1900454 **Donante : PAON**	**CUMPLE**
1	Se registra al menos el origen, código de componente, tipo de hemocomponente y la fecha y hora de recepción de la sangre ingresada a la UMT	SI
2	La UMT tiene acceso a la siguiente información proporcionada por el Centro proveedor, a demanda y en un plazo no superior a 48 horas (trazabilidad durante un proceso de acreditación), respecto de cualquier unidad seleccionada al azar de glóbulos rojos, plaquetas, plasma y/o crioprecipitados: - Código único de donación - Resultado exámenes inmunohematológicos. - Resultado exámenes microbiológicos - Fecha extracción	SI
3	Se realizan al menos trimestralmente ejercicios de trazabilidad de acuerdo a un protocolo establecido, sobre al menos una unidad de cada tipo de producto utilizado en el período	SI
4	Se registra el destino final : transfusión (código de solicitud de la transfusión), eliminación, distribución, almacenamiento o transferencias (dónde, cuándo) de todas las unidades ingresadas a la UMT	No aplica
5	Es posible verificar que cualquier unidad ingresada y que no haya sido transfundida, distribuida a otro establecimiento o desechada, se encuentra almacenada en condiciones adecuadas en la UMT	SI

Ejercicios de trazabilidad realizados por el prestador.

El prestador realiza ejercicios de trazabilidad de manera trimestral para lo cual se eligen 30 unidades del trimestre, a través de randomizer. El número total para randomizar, será el número total de transfusiones del trimestre previo.

Se constata planilla Excel con ejercicios de trazabilidad del primer y cuarto trimestre de 2018. Los ejercicios de trazabilidad de realizan siguiendo los atributos que contienen las planillas, estos son
Código de la transfusión
Registro de datos del receptor
Código de donación
Tipo de hemocomponente
Fecha y hora de transfusión
Registros he exámenes inmnohematológicos y microbiológicos.
Registro de los datos del donante.

Se constata la realización de 85 ejercicios de trazabilidad.
60 corresponden a glóbulo rojos
7 a plasma fresco congelado
18 a plaquetas.

No se evidencian ejercicios para hemocomponente crioprecipitado. El prestador informa que el número de unidades transfundidas es muy bajo por lo que no fueron seleccionadas aleatoriamente mediante randomizer realizado, vale decir, la ausencia de una muestra de este tipo de hemocomponente es atribuible al azar.

En base a los hallazgos constatados se concluye que cumple con la trazabilidad, se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APTr 1.3 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Unidad de Medicina Transfusional	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

SERVICIOS DE APOYO – ATENCIÓN DE DONANTES (APDs)

CARACTERÍSTICA APDs 1.1 / HALLAZGOS

APDs 1.1 – Primer elemento medible: Se describen en documentos elaborados por la Unidad los procedimientos de donación de sangre que abordan los siguientes aspectos.

Unidad de Atención de Donantes				
Nombre del documento (1): PROCEDIMIENTO IDENTIFICACIÓN Y CODIFICACIÓN DE DONANTES				
Código: PO-UD-03	Versión:05	Fecha: Diciembre 2017	Fecha vigencia: Diciembre 2022	N° páginas:05
Elaborado por: Esteban Contreras Tecnólogo médico.		Aprobado por: Ana Cuellar. Tecnólogo médico.		

El documento describe los procedimientos de donación y contemplan al menos: (SI/NO)					
1. Identificación y codificación del donante	SI	2. Selección del donante	NO		
3. Obtención de consentimiento informado	NO	4. Extracción de sangre	NO	5. Transporte de bolsas de sangre	NO
6. Manejo de eventos adversos asociado a la donación	NO	7. Se han definido los responsables de su aplicación	SI		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2
Alcance:Tecnólogos médicos de banco de sangre.
Responsables**:**
Tecnólogo médico de donantes: asignar número de donación al donante aceptado, a partir de la etiqueta pre-impresa y entregar este material al personal de flebotomía
Técnico paramédico de donantes: rotular las unidades de sangre y tubos pilotos de los donantes, con las etiquetas entregadas por el tecnólogo médico. Verificar que la identidad del donante coincida con las etiquetas.

En página 3, ítem 7, se describe el procedimiento de **codificación del donante**, describiendo la utilización de un código de donante que se compone de 10 caracteres: los 3 primeros son las siglas de la ciudad de donde se realiza la donación, luego los 2 caracteres siguientes corresponden al año en curso, y los últimos 5 caracteres corresponden al correlativo anual de donantes aceptados. Por ejemplo, el primer donante de Antofagasta del año 2019 seria "ANT1900001".
El documento explica que se imprimen 8 copias de la etiqueta; la primera va en la ficha del donante, la segunda va en el boletín de autoexclusión, la tercera y cuarta en los 2 tubos para exámenes del donante, las 4 restantes van cada una en las 4 bolsas de recolección.

La **identificación** del donante está definida en el documento selección del donante.

Observaciones:

1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Identificación y codificación de donantes" versión 4, fecha de aprobación marzo 2016, elaborado por Esteban Contreras, Tecnólogo médico y aprobado por Ana Cuellar, cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 2 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (2): SELECCIÓN DEL DONANTE DE SANGRE				
Código: PO-UD-04	Versión:02	Fecha: Abril 2016	Fecha vigencia: Abril 2021	N° páginas:17
Elaborado por: Esteban Contreras Tecnólogo médico.		Aprobado por: Ana Cuellar. Tecnólogo médico.		

El documento describe los procedimientos de donación y contemplan al menos: (SI/NO)					
1. Identificación y codificación del donante	SI	2. Selección del donante	SI		
3. Obtención de consentimiento informado	SI	4. Extracción de sangre	NO	5. Transporte de bolsas de sangre	NO
6. Manejo de eventos adversos asociado a la donación	NO	7. Se han definido los responsables de su aplicación	SI		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2,
Alcance:Tecnólogos médicos de unidad de donantes.
Responsables:
Tecnólogos médicos de unidad de donantes: seleccionar o rechazar donantes de sangre.
Administrativo de recepción de donantes: registrar datos del donante en la hoja de encuesta y entregar folleto de información referente la donación de sangre.
Técnico paramédico de banco de sangre: registrar datos del donante en la hoja de encuesta y entregar folleto de información referente la donación de sangre, cuanto el personal administrativo no se encuentra.

En página 4 se describe que, antes de comenzar la atención del donante el tecnólogo medico participa en la entrega de turno y se le informa de los grupos sanguíneos y hemocomponentes con sobre stock o stock crítico, información importante para la gestión y selección de donantes.

El documento describe el proceso de **selección del donante,** partiendo con la **identificación del donante** a través del ingreso de sus datos personales (nombres, Rut, dirección, sexo, teléfono, ocupación, teléfono, correo electrónico, receptor relacionado) en la hoja de encuesta y en el sistema informático. Es importante que el donante tenga un documento de identificación, ya sea carnet de identidad, pasaporte o licencia de conducir. De no tener alguno de estos documentos no puede donar.

Una vez ingresado, parte el proceso de **selección del donante**:
El donante es llamado por el tecnólogo médico, éste corrobora que los datos estén completos, y se le realiza el examen físico (peso, talla, hemoglobina, grupo sanguíneo, presión arterial). Además se le informa que tiene que haber comido algo antes de donar sangre y no haber ingerido alcohol en las últimas 12 horas.
Luego se realiza un cuestionario de preguntas, solicitando al donante que responda con la máxima sinceridad. El documento indica que para todas las dudas respecto a las condiciones que puedan ocasionar exclusión del donante ya sea en el examen

físico como en las respuestas de la encuesta, se debe consultar la norma técnica general 146 (NTG 146).
Una vez finalizada la encuesta, si el donante es aceptado, se le pedirá que firme el **consentimiento informado**, donde se autoriza el proceso de extracción, la realización de exámenes, y que la sangre pueda ser usada en lo pacientes. Si el donante no es aceptado, se le debe explicar la causa, y si es un rechazo permanente o temporal.

El página 10, se encuentra el anexo N°1 el cual define las condiciones para ser donante de sangre, las cuales son:
Tener entre 18 y 60 años, o hasta 65 años si es donante frecuente.
El intervalo mínimo para donar sangre es 4 meses para mujeres y 3 para hombres.
Se debe alimentar en forma normal y tomar a lo menos 500 ml de líquido previo a la donación.
No tener enfermedad en estudio.
Presión sistólica menor a 180 mm Hg y diastólica menor a 100 mm Hg
Frecuencia cardiaca entre 60 y 100 pulsaciones por minuto.

En página 11, se encuentra el anexo N°2, que corresponde a una lista 40 de enfermedades que causan un rechazo definitivo, principalmente enfermedades infecciosas.

En página 12 se encuentra anexo N°3 en donde se detallas las áreas endémicas (países) que presentan *T cruzi* y Malaria. Zonas que si el donante ha visitado no podrá donar.

Observaciones:
Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (3): INSTRUCTIVO OBTENCIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN DONANTES DE SANGRE				
Código: IT-UD-06	Versión:01	Fecha: Julio 2016	Fecha vigencia: Julio 2020	N° páginas:4
Elaborado por: Susan Moreno. Tecnólogo médico.		Aprobado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.		

El documento describe los procedimientos de donación y contemplan al menos: (SI/NO)					
1. Identificación y codificación del donante	NO	2. Selección del donante	NO		
3. Obtención de consentimiento informado	SI	4. Extracción de sangre	NO	5. Transporte de bolsas de sangre	NO
6. Manejo de eventos adversos asociado a la donación	NO	7. Se han definido los responsables de su aplicación	SI		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2, ítem 4, se definen los responsables de su aplicación: Tecnólogo médico: entregar información al donante, y obtener la firma del donante en el consentimiento informado.
En página 3, ítem 6, se describe el procedimiento de obtención de consentimiento informado, en donde:
El tecnólogo médico debe informar al donante que se realizaran exámenes de tamizaje microbiológico, dándole énfasis al examen de VIH.
Se debe explicar los posibles resultados, y las acciones a realizar en caso de que alguno de éstos (VIH, Chagas, Sífilis, HTLV I y II, Hepatitis B y C) esté reactivo/positivo.
Luego, se revisan que todos los datos del donante que están en el consentimiento informado estén correctos (nombre, Rut, fecha de nacimiento, teléfono de contacto).
Finalmente se le solicita al donante que firme el documento.

Observaciones:
Se cumple con lo solicitado en el elemento medible**.**

Nombre del documento (4): INSTRUCTIVO EXTRACCIÓN DE SANGRE A DONANTES				
Código: IT-UD-04	Versión:01	Fecha: Enero 2017	Fecha vigencia: Enero 2022	N° páginas:9
Elaborado por: Susan Moreno Tecnólogo médico.		Aprobado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.		

El documento describe los procedimientos de donación y contemplan al menos: (SI/NO)					
1. Identificación y codificación del donante	NO	2. Selección del donante	NO		
3. Obtención de consentimiento informado	NO	4. Extracción de sangre	SI	5. Transporte de bolsas de sangre	NO
6. Manejo de eventos adversos asociado a la donación	NO	7. Se han definido los responsables de su aplicación	SI		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2,
Alcance:Tecnólogos médicos y técnicos paramédicos que realizan extracción de sangre.
Responsables:
Técnico paramédico flebotomista: realizar la punción al donante, extraer la sangre y atención post extracción.
Tecnólogos médicos de unidad de donantes: manejo de alguna reacción secundaria a la extracción de sangre.
Tecnólogo medico supervisor: supervisar las prácticas descritas en este documento.

En página 3, ítem 6, se detallan los materiales y equipos necesarios para la realización de flebotomía. Principalmente la bolsa de extracción que contiene la aguja, tubos con EDTA y sin anticoagulante para toma de exámenes, insumos para desinfección y equipo de agitación de bolsas.

En página 4, ítem 7 se describe el procedimiento de **extracción de sangre,** invitando al donante a la sala de flebotomía, se corrobora su identidad y se le explica el procedimiento, y se procede a:

Recostar al donante en los sillones dispuestos para el procedimiento, y se le solicita que se descubra sus brazos.
Ligar la extremidad cuatro dedos sobre el codo y se procede a seleccionar la vena. Si no es posible localizar un acceso venoso, el donante es rechazado.
Una vez seleccionada la vena, el técnico (utilizando guantes de procedimiento) procede a desinfectar la zona de punción con un algodón humedecido en alcohol al 70% haciendo movimientos circulares.

Posterior a esto se coloca la bolsa en agitador automatizado, se saca el protector plástico de la aguja y se introduce en la vena en un ángulo de 45º.
Finalizada la punción comienza la extracción de sangre. Los primeros 15 a 20 ml pasan a la primera bolsa pequeña, esta sangre es utilizada para llenar los tubos para exámenes. Una vez lleno estos tubos, se abre un clam para que se llene la bolsa grande (450 ml) y se hace funcionar el agitador automático.
Al completar 450 ml de sangre, el agitador emitirá una alarma y se detendrá la extracción.
El técnico paramédico debe sacar la aguja, poner un algodón en la zona y solicitar al donante que mantenga presión sobre el sitio de punción. Si no sale sangre del sitio, se pone un parche en la zona.
El donante debe estar a lo menos 10 minutos sin pararse, en ese momento se le dan recomendaciones pos extracción junto con invitarlo a seguir donando sangre.
Si pasado estos minutos y el donante se siente bien, se le ofrece algún líquido y se le indica que se puede retirar.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Extracción de sangre a donantes" versión 0, fecha de aprobación enero 2013, elaborado por Alejandra Vega, Tecnólogo médico y aprobado por dra. Natalia Valenzuela, cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 2 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (5): PROCEDIMIENTO ENVÍO, TRANSPORTE, Y RECEPCIÓN DE HEMOCOMPONENTES Y SANGRE PARA SU PROCESAMIENTO				
Código: PO-UD-02	Versión:05	Fecha: Marzo 2016	Fecha vigencia: Marzo 2021	N° páginas:9
Elaborado por: Susan Moreno Tecnólogo médico.		Aprobado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.		

El documento describe los procedimientos de donación y contemplan al menos: (SI/NO)					
1. Identificación y codificación del donante	NO	2. Selección del donante	NO		
3. Obtención de consentimiento informado	NO	4. Extracción de sangre	NO	5. Transporte de bolsas de sangre	SI
6. Manejo de eventos adversos asociado a la donación	NO	7. Se han definido los responsables de su aplicación	SI		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2,
Alcance: Todo el personal que envíe o reciba unidades de sangre desde y hacia los hospitales de la red (Antofagasta, Tocopilla, Calama y Taltal) y dentro los establecimientos a los diferentes servicios y unidades.
Responsables:
Tecnólogo médico de laboratorio de los hospitales de Tocopilla, Calama y Taltal: enviar en forma adecuada las bolsas de sangre extraída desde su respectivo establecimiento o punto de colecta, hacia banco de sangre HRA.
Tecnólogo medico de producción de HRA: en horario hábil, recepcionar las bolsas de sangre enviadas desde hospitales de la red (Tocopilla, Calama, Taltal) y colectas móviles. Enviar de forma adecuada bolsas de hemocomponentes desde banco de sangre HRA a los distintos hospitales de la red.
Tecnólogo medico UMT de HRA: en horario no hábil, recepcionar las bolsas de sangre enviadas desde hospitales de la red (Tocopilla, Calama, Taltal). Enviar de forma adecuada bolsas de hemocomponentes desde banco de sangre HRA a los distintos hospitales de la red. Trasladar de forma adecuada las unidades a transfundir a las distintas áreas el hospital.

En página 4, ítem 7, se describe el proceso de **transporte de bolsas de sangre**, detallando los diferentes tipos de transporte y las condiciones que se deben cumplir para envíos desde banco de sangre HRA a hospitales de la red (Tocopilla, Calama, Taltal) y viceversa. Contempla:
Transporte de bolsas de sangre total y bolsas de glóbulos rojos en frio: se transportan en un contenedor (Cooler) el cual en la base se ponen unidades refrigerantes a -20ºC, sobre éstas, se ponen bolsas de agua a 4ºC. Luego se ponen las bolsas de sangre o glóbulos rojos, en forma vertical. Sobre las bolsas de sangre, se pone un capa de bolsas con agua fría (4ºC) y sobre estas últimas, un capa de refrigerantes a -20ºC. La temperatura de transporte debe ser entre 1ºC y 10ºC
Envío de bolsas de sangre total y bolsas de plaquetas a temperatura ambiente: se ponen en el centro del contenedor y en forma vertical, bolsas de agua, a temperatura ambiente (16-18ºC) y luego se distribuyen 6 bolsas de sangre o plaquetas, 3 por lado. . La temperatura de transporte debe ser entre 20ºC y 24ºC.
Transporte de bolsas de Plasma fresco congelado (PFC) y crioprecipitado: se transportan en un contenedor el cual en la base tiene unidades refrigerantes a -30ºC. Luego se ponen las bolsas de PFC y/o crioprecipitado, y sobre estas últimas, un capa de unidades refrigerantes a -30ºC. Documento no consigna temperatura de traslado, hace referencia a "mantener congeladas".

Dentro del contenedor, cualquiera sea el tipo de bolsa a trasladar, debe ir un instrumento de medición de temperatura más un documento llamado "consolidados de envío y recepción de sangre, para fraccionamiento y análisis" el cual debe estar completo, con todos los datos requeridos, los datos son:
Correlativo de envío.
Fecha y hora de envío.
Lugar de origen.
Responsable del envío.
Registro de temperatura.
Registros de la bolsa de sangre:
Fecha de donación.
N° de donación.
N° de bolsa (cola).
Grupo sanguíneo.

Transporte de unidades de hemocomponentes a transfundir dentro del establecimiento: se trasladan en un coleman de 7 lt junto con orden de transfusión y materiales para realizar la reclasificación del paciente.

Observaciones:
Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (6): MANEJO DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA DONACIÓN				
Código: PO-UD-03	Versión:02	Fecha: Enero 2016	Fecha vigencia: Enero 2020	N° páginas:14
Elaborado por: Susan Moreno. Tecnólogo médico.		Aprobado por: Ana Cuellar. Tecnólogo médico.		

El documento describe los procedimientos de donación y contemplan al menos: (SI/NO)					
1. Identificación y codificación del donante	NO	2. Selección del donante	NO		
3. Obtención de consentimiento informado	NO	4. Extracción de sangre	NO	5. Transporte de bolsas de sangre	NO
6. Manejo de eventos adversos asociado a la donación	SI	7. Se han definido los responsables de su aplicación	SI		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2,
Alcance:Todo el personal de la unidad de donantes de banco de sangre y personal que participe en colectas móviles.
Responsables:
Tecnólogo médico: Asistir a los donantes que sufren eventos adversos a la donación.
Técnico paramédico: dar primera atención a donantes que presentan eventos adversos y asistir el manejo del tecnólogo medico a cargo de la sección.

El documento describe el **manejo de eventos adversos asociado a la donación**, comenzando en página 3, ítem 4, definiendo una reacción adversa como un efecto desfavorable que puede aparecer en un donante, durante o después de la donación de sangre.

En página 5, ítem 7, se define en detalle el manejo frente a la posibles reacciones adversas, las cuales son:
Hematomas: presionar fuerte hasta que deje de sangrar, luego dejar una unidad refrigerante por 5 minutos y poner un parche. Indicar al donante que se aplique frio durante el resto del día en la zona.
Punción arterial: presionar fuerte por lo menos 10 minutos, luego dejar una unidad refrigerante por 5 minutos y poner un vendaje compresivo. Mantener al dónate en observación por 20 minutos antes que se retire. Indicar al donante que si sigue el sangrado luego de retirarse, dirigirse al banco de sangre.
Punción del nervio: retirar de inmediato la aguja, y explicar que va a sentir una molestia que se desaparecerá de manera espontánea.
Tromboflebitis: En caso de que ocurra este tipo de reacción, se debe derivar a servicio de urgencia.
Sangrado tardío: limpiar, desinfectar la zona, y presionar por lo menos 10 minutos. Si sigue el sangrado, derivar a urgencia para estudio de coagulación.
Alergia en la zona de la punción: derivar a servicio de urgencia para su evaluación.
Daño tendíneo: retirar de inmediato la aguja, y explicar que va a sentir una molestia que se desaparecerá de manera espontánea. Sugerir el uso de antiinflamatorios.
Desmayos o sincopes: retirar la aguja, evaluar el grado de conciencia, hablarle en voz fuerte, levantarle las piernas y soltar cualquier prenda apretada. Si no responde instalar una vía venosa para comenzar a pasar suero fisiológico por ella. Si el donante responde, evaluar presión y pulso cada 20 minutos, mantenerlo recostado con las piernas hacia arriba, hasta que se recupere. Una vez logrado una presión normal, pedirle que se pare, si se siente bien puede retirarse, si no, recostarse nuevamente hasta que se sienta en condiciones se retirase. Si el paciente no reacciona luego de instalar el suero fisiológico, activar clave azul y derivar al servicio de urgencia.
Náuseas y vómitos: suspender la extracción y asistir al donante mientras vomita (usar bolsa para recibir el vómito). Solicite que respire lento y profundamente. Mantenga el donante en reposo y vigilado hasta que se haya recuperado completamente.
Hiperventilación: Suspender la extracción, solicite que respire dentro de una bolsa de papel, mantenga el donante en reposo y vigilado hasta que se haya recuperado completamente. Si no se recupera y se desmaya, se deben seguir las instrucciones que son detalladas para el manejo de desmayos o sincopes.

El documento indica que todas las reacciones adversas deben quedar registradas en la ficha del donante y en el sistema informático.

Observaciones
Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (7): PROCEDIMIENTO SELECCIÓN DEL DONANTE DE AFÉRESIS				
Código: PO-UD-08	Versión:00	Fecha: Diciembre 2017	Fecha vigencia: Diciembre 2022	N° páginas:10
Elaborado por: Dra. Natalia Valenzuela S. No consigna cargo		Aprobado por: Dra. Natalia Valenzuela S. No consigna cargo.		

El documento describe los procedimientos de donación y contemplan al menos: (SI/NO)					
1. Identificación y codificación del donante	SI	2. Selección del donante	SI		
3. Obtención de consentimiento informado	SI	4. Extracción de sangre	NO	5. Transporte de bolsas de sangre	NO
6. Manejo de eventos adversos asociado a la donación	NO	7. Se han definido los responsables de su aplicación	SI		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2,
Alcance:Tecnólogos médicos de unidad de donantes.
Responsables:
Tecnólogos médicos de unidad de donantes: seleccionar o rechazar donantes de sangre. Enviar las muestras al laboratorio central para realizar el hemograma.
Administrativo de recepción de donantes: registrar datos del donante en la hoja de encuesta y entregar folleto de información referente la donación de sangre.
Técnico paramédico de banco de sangre: registrar datos del donante en la hoja de encuesta y entregar folleto de información referente la donación de sangre, cuanto el personal administrativo no se encuentra.

El documento define el proceso de selección del donante comenzando con la **identificación del donante** a través del ingreso de sus datos personales (nombres, Rut, dirección, sexo, teléfono, ocupación, teléfono, correo electrónico, receptor relacionado) en la hoja de encuesta y en el sistema informático. Es importante que el donante tenga un documento de identificación, ya sea carnet de identidad, pasaporte o licencia de conducir. De no tener alguno de estos documentos no podrá donar.
Una vez ingresado, parte el proceso de **selección del donante** :
El donante es llamado por el tecnólogo médico, éste corrobora que los datos estén completos.
Realización de examen físico (peso, talla, hemoglobina, grupo sanguíneo, presión arterial). Además se le informa que tiene que haber comido algo antes de donar sangre y no haber ingerido alcohol en las últimas 12 horas.
Realización de cuestionario de preguntas, en donde se solicita al donante que responda con la máxima sinceridad. El documento indica que para todas las dudas respecto a las condiciones que puedan ocasionar exclusión del donante ya sea en el examen físico como en las respuestas de la encuesta, se debe consultar la norma técnica general 146 (NTG 146
Una vez finalizada la encuesta, si el donante es aceptado, se le solicita que firme el **consentimiento informado**, donde se autoriza el proceso de extracción, la realización de exámenes, y que la sangre pueda ser usada en lo pacientes. Si el donante no es aceptado, se le debe explicar la causa, y si es un rechazo permanente o temporal.
Una vez aceptado, el donante se le explica que previo al procedimiento se le realizarán exámenes de hemograma y serología, los parámetros definidos en el documento para poder donar son:
Hemoglobina sobre 12,5 g/dl para mujeres y 13,5 g/dl para hombres.
Recuento de plaquetas sobre 180000 u/L
Serología microbiológica completa no reactiva.

Observaciones:
Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (8): INSTRUCTIVO EXTRACCIÓN DE PLAQUETAS A DONANTES MEDIANTE COMTEC				
Código: IT-UD-07	Versión:00	Fecha: Diciembre 2017	Fecha vigencia: Diciembre 2022	N° páginas:9
Elaborado por: Dra. Natalia Valenzuela No consigna cargo		Aprobado por: Dra. Natalia Valenzuela No consigna cargo		

El documento describe los procedimientos de donación y contemplan al menos: (SI/NO)					
1. Identificación y codificación del donante	NO	2. Selección del donante	NO		
3. Obtención de consentimiento informado	NO	4. Extracción de sangre	SI	5. Transporte de bolsas de sangre	NO
6. Manejo de eventos adversos asociado a la donación	NO	7. Se han definido los responsables de su aplicación	SI		

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2
Alcance: Tecnólogos médicos que realizan extracción de plaquetas por aféresis.
Responsables:
Tecnólogos médicos: manejar equipo de aféresis Comtec. Apoyar a técnico paramédico en la instalación de branula y punción venosa
Técnico paramédico de banco de sangre: responsables de la extracción de sangre.

El documento describe el procedimiento de extracción de hemocomponente plaquetas mediante aféresis, comenzando en página 3, detallando los materiales para realizar la punción venosa y la instalación de la bránula, además de identificar el equipo a utilizar, que corresponde a máquina de aféresis Comtec (doble punción).

El procedimiento comprende:
Instalación de kit en máquina de aféresis:
Previo a la atención del donante se debe instalar el kit de aféresis en el equipo, siguiendo las instrucciones que se detalla en la pantalla de éste.
Luego se debe cargar solución de suero fisiológico y anticoagulante ACD al kit.
Realizar cebado del kit con las soluciones antes mencionadas.
Finalmente se realiza una prueba de alarmas que verifica el funcionamiento del equipo.
Luego de terminada las pruebas, se procede a llamar al donante.
Punción al donante
El donante se debe acomodar en los sillones, dispuestos para el procedimiento en forma cómoda ya que dura 2 horas aproximadamente.
El técnico paramédico procede a realizar la punción con aguja en un brazo para extraer la sangre y luego instala una vía venosa en el otro brazo para realizar el retorno de la sangre.
Una vez realizadas ambas punciones, y verificar que estén permeables, se deberá ingresar en el equipo los siguientes datos:
Sexo.
Peso.
Talla.
Hematocrito.
Recuento de plaquetas.
Velocidad de salida de sangre y la relación sangre/anticoagulante.
Con todos los datos ingresados, se debe poner a funcionar el equipo, el cual de manera automática extrae la sangre del donante, la centrifuga, y se obtienen las plaquetas que se recolectan en una bolsa separada. Los glóbulos rojos son devueltos al donante por la vía venosa instalada. Este procedimiento se realizará por un tiempo de 2 horas.
Una vez pasado el tiempo, el procedimiento termina, y comienza la etapa de desconectar al donante, de la siguiente forma:
Sacar la aguja y la bránula y presionar fuerte con un algodón hasta que pare de sangrar.
Poner un parche en ambas punciones.
Dejar reposar al paciente, si se siente bien se puede retirar.

Desinstalación del kit:

Una vez terminado el proceso se saca la bolsa en donde se recolectaron las plaquetas y se procede a sacar el kit de la máquina. **Observaciones:** 1. Para el procedimiento de obtención de plaquetas mediante equipo aféresis, la codificación del donante, transporte de bolsas de sangre y manejo de eventos adversos asociado a la donación, aplica el mismo proceso detallado en documento N°1, N°5 y N°6 descritos anteriormente. Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

APDs 1.1 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Atención de Donantes	
Nombre del indicador	REACCIONES ADVERSAS ASOCIADAS A LA DONACIÓN DE SANGRE.
Fórmula matemática	Numero de reacciones adversas asociadas a la donación en un mes/Número de donantes atendidos en el Hospital regional de Antofagasta en un mes x 100.
Umbral de cumplimiento: <ó= a 2%	Periodicidad de la evaluación: Mensual.

APDs 1.1 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Atención de Donantes	
Nombre documento	MEDICION DE INDICADOR DE REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN.
Responsable medición	Tecnólogo médico encargado de la sección de donantes.
Fuente primaria	Sistema informático E-DELPHY
Fuente secundaria	No aplica.
Periodo evaluado	01 de Mayo de 2017 a 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de muestra:** No se utiliza muestra, se evalúa el total de donantes atendidos y total de reacciones adversas a la donación. **Metodología de muestreo:** no utiliza, evalúa el universo de los donantes y de reacciones adversas a la donación registradas. El numerador se obtiene de un módulo de estadísticas del sistema informático E-DELPHYN. En este módulo se selecciona la opción "reacciones adversas a la donación", luego se ingresa el mes del cual se quiere obtener los datos, y de manera automática genera un archivo PDF con las reacciones adversas clasificadas por tipo de reacción. Para obtener el total, el tecnólogo médico a cargo, hará la suma de todas las reacciones informadas. El denominador se obtiene del mismo programa E.DELPHYN, se selecciona la opción "total de donantes atendidos", luego se ingresa el mes del cual se requiere obtener los datos y de manera automática se genera un archivo Excel, que contiene el total de donantes atendidos en todos los hospitales de la red (Calama, Tocopilla, Taltal, Antofagasta). Este archivo Excel es filtrado de manera de excluir los donantes atendidos en Calama, Tocopilla y Taltal. **Criterios de cumplimiento:** el prestador vacía los datos de reacciones adversas a la donación, obtenidas del sistema informático, en una planilla llamada "medición de indicador reacciones adversas a la donación de sangre" la cual contiene los siguientes atributos: Hematoma. Punción arterial. Sangramiento tardío. Irritación nerviosa. Daño tendineo. Tromboflebitis. Alergia. Reacción vasovagal. Reacción vasovagal inmediata con daño. Reacción vasovagal tardía. Reacción vasovagal tardía con daño. Hiperventilación El prestador realiza la sumatoria de las reacciones obteniendo así el numerador.
Metodología de constatación	**Período retrospectivo a evaluar:** Dado a que es una característica no cumplida en el primer proceso de acreditación, para este proceso de re acreditación el período de retrospectivo es de 24 meses 01 de Mayo 2017 a 30 de abril de 2019. **Selección de la muestra:** La medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: Junio 2018 y Febrero 2019. **Registros revisados:** Registro de medición de indicador de reacciones adversas a la donación de sangre, durante el periodo de enero 2017 a mayo 2019 Registro informático, extraído de programa E-DELPHY, de reacciones adversas a la donación. Registro informático, extraído de programa E-DELPHY de total de donantes atendidos. Ficha de donantes. **De la constatación:** Registro de "medición de indicador de reacciones adversas" contiene los tipos de reacciones descritas en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local. Se constata el número total de donantes atendidos y el número total de reacciones adversas en el periodo seleccionado.

Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de Ficha del indicador la cual describe el resultado del numerador, denominador y % de cumplimiento de los 24 meses a evaluar.
Se constatan fuentes primarias de los 2 meses a evaluar por Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, resultado de la constatación de la fuente primaria:

Nombre	Fecha	Tiene reacción adversa	Cumplimiento reportado por el prestador	Cumplimiento reportado por evaluador.
Junio 2018				
FMD	05-06-2018	NO	No cumple	No Cumple
CAC	05-06-2018	NO	No cumple	No Cumple
GGC	12-06-2018	NO	No cumple	No Cumple
MRD	17-06-2018	NO	No cumple	No Cumple
JBB	21-06-2018	NO	No cumple	No Cumple
Febrero 2019				
CM	07-02-2019	NO	No cumple	No Cumple
RRC	13-02-2019	NO	No cumple	No Cumple
MPS	15-02-2019	NO	No cumple	No Cumple
MAM	18-02-2019	NO	No cumple	No Cumple
BMP	25-02-2019	NO	No cumple	No Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Abril 2017	8	388	2,06%			
Mayo2017	9	533	1,6%			
Junio 2017	5	374	1,3%			
Julio 2017	18	425	4,2%			
Agosto 2017	11	420	2,6%			
Septiembre 2017	13	420	3,09%			
Octubre 2017	7	685	1,02%			
Noviembre 2017	16	534	2,9%			
Diciembre 2017	8	499	1,6%			
Enero 2018	12	616	1,9%			
Febrero 2018	13	681	1,9%			
Marzo 2018	5	724	0,6%			
Abril 2018	19	597	3,7%			
Mayo 2018	36	920	3,9%			
Junio 2018	**39**	**794**	**4,9%**	**39**	**746**	**5,2**
Julio 2018	19	567	3,3%			
Agosto 2018	30	844	3,5%			
Septiembre 2018	23	748	3,07%			
Octubre 2018	23	847	2,7%			
Noviembre 2018	27	708	3,8%			
Diciembre 2018	12	588	3,04%			
Enero 2019	26	537	4,8%			
Febrero 2019	**47**	**574**	**9,2%**	**47**	**546**	**8,5**
Marzo 2019	38	691	5,5%			
Abril 2019	39	583	6,7			

Descripción de los hallazgos:
Se obtiene archivo excel extraído directamente del sistema informático, el cual entrega todos los donantes atendidos en los hospitales de Antofagasta (colecta fija) y los atendidos en colectas móviles.
Al realizar el filtrado se constata que el total de donantes atendidos informado por el prestador corresponde a la sumatoria ambas colectas. Esto se contrapone a lo descrito en la formulación del indicador, el cual dice que el denominador será el número de donantes atendidos en hospital de Antofagasta, no incluyendo los que se entienden en colectas móviles. Lo anterior se traduce en una diferencia en el denominador de 48 donantes durante el mes de junio de 2018 y de 28 donantes durante el mes de febrero 2019.
Debido a lo anterior descrito el porcentaje de reacciones adversas constatado para mes de junio 2018 difiere en 0.3% respecto lo informado por el prestador y un 0.7% respecto lo informado para febrero 2019.
El ORDINARIO IP N° 5 del 17 de mayo de 2019, sobre las nuevas "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento de la exigencia sobre realización de la evaluación periódica" indica que el porcentaje constatado (para la totalidad) debe ser igual al del prestador o diferir en no más de un 10%.

Según lo evaluado, se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APDs 1.1 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Atención de Donantes	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1

Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA APDs 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

APDs 1.2– Primer elemento medible: Existe un sistema de registro establecido de los componentes sanguíneos que permita su trazabilidad o seguimiento inequívoco desde el donante que lo origina hasta el receptor del componente específico.

Unidad de Atención de Donantes

Describir sistema de registro:
El sistema de registro se lleva a través del sistema informático E-DELPHY. Este software trabaja en base a códigos de barra los cuales se pueden imprimir en forma de etiquetas autoadhesivas. Estos códigos son pegados en las unidades y en los documentos en formato de papel que el prestador defina.
El programa se utiliza para en todas las etapas de la producción del banco de sangre, es decir, en la unidad de atención de donantes, centro de sangre y medicina transfusional.
En la **unidad de donantes**, se utiliza para:
Registrar los datos personales del donante (nombres completo, rut, fecha de nacimiento, teléfono, dirección), una vez ingresado los datos, el software crea un **número único de donante**, el cual es exclusivo para él, servirá para seguir la historia completa de su donación y destino final de los hemocomonentes que se produjeron a partir de esta.
Registrar los datos del examen físico del donante:
Peso
Talla
Presión
Pulso
Hemoglobina

Registrar la entrevista personal previa la donación y si es aceptado o no.
Registrar la hora y tiempo de atención del donante.
Registrar si hubo reacciones adversas a la donación.
Registrar si la donación fue exitosa o frustra.

En el caso de que la donación sea exitosa, al número único de donante creado por el software, se le asocia un código alfanumérico creado por el prestador, el cual será el código de donación asignado a la unidad de sangre obtenida.

En unidad de **centro de sangre,** a través de **código de donación** asignado a la unidad de sangre, el cual, fue asociado al **número de donante** creado por el software, se realizan los siguientes registros
Ingreso unidades de sangre donadas, desde de la unidad de atención de donantes, consignando fecha y hora de ingreso.
Registro del fraccionamiento de la unidad de sangre.
Registro de los exámenes inmunohematológicos del donante.
Registro de los exámenes microbiológicos.
Registro del el lugar de almacenamiento de las unidades.
Registro de la eliminación de hemocomponentes.
Realizar etiquetado y liberación de unidades para su uso, dejando registro de fecha y hora de realización.

En unidad de **medicina transfusional,** se utiliza para realizar los siguientes registros.
Ingreso de datos personales del paciente receptor de transfusión.
Ingreso de exámenes inmunohematológicos del receptor.
Ingreso de prueba de compatibilidad unidad-receptor, cuando corresponda.
Asociar el **código alfanumérico de unidad con el nombre del receptor.**
Etiquetado de unidades para transfundir.
Fecha y hora de despacho de transfusiones.
Confirmación de transfusiones.

De esta manera el software asocia la trazabilidad de la siguiente forma:

Nombre del donante ←→número de donante ←→ código de donación asignado a la unidad ←→ nombre del receptor.

En el software existe un módulo de "historial" en donde se puede ingresar cualquier dato ya sea.
Nombre y rut del donante
Número de donante.
Código alfanumérico de unidad
Nombre del receptor.
A través de estos, se podrá tener acceso a todos los datos y realizar un seguimiento inequívoco de la trazabilidad de la los hemocomponentes.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

APDs 1.2 – Segundo elemento medible: Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Unidad de Atención de Donantes		
Documento que designa nombramiento (1): Resolución Exenta		
N° Resolución:3792	Versión: No consigna	Fecha: 14-03-2019
Elaborado por: No consigna	Aprobado por: Ricardo Salazar Cabeza, Director Hospital regional de Antofagasta	

Nombre del responsable: Encargado: Cyntia Pérez Lucic Subrogante: Alejandra Vega Segovia	Profesión: Tecnólogos Médicos	Cargo: Tecnólogo Médico Unidad de Banco de Sangre
Documento que designa nombramiento: Resolución Exenta		
N° Resolución: 2457	Versión: No consigna	Fecha: 11-05-2011
Elaborado por: No consigna	Aprobado por: Dr. Edgardo Álvarez Núñez Director Médico (s)	
Nombre del responsable: Encargado: Cyntia Pérez Lucic Subrogante: Jorge Barra Flores	Profesión: Tecnólogos Médicos	Cargo: Tecnólogo Médico Unidad de Banco de Sangre

APDs 1.2 – Tercer elemento medible: Se constata trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Unidad de Atención de Donantes

Metodología de constatación:

Definición del período a evaluar: Dado que corresponde a un proceso de re acreditación el periodo de retrospectivo es de 36 meses 01 de Mayo 2016 a 30 de abril de 2019

Selección de la muestra: Previamente se decide en conjunto al director técnico que se realizarán 3 ejercicios de trazabilidad. Para la selección de los 2 primeros ejercicios, se ocupa randomizer entregado por el director técnico, seleccionando el primer semestre de 2018. Para seleccionar el mes se hace otro randomizer en presencia del prestador, seleccionando el mes febrero de 2018. Se filtra en sistema informático los donantes atendidos durante el mes seleccionado y randomizan 2 donantes de la lista. El tercer ejercicio se realiza con una unidad de glóbulos rojos disponible en el banco de sangre. Esta unidad fue seleccionada desde la cámara que contiene glóbulos rojos disponibles para transfundir.

Registros revisados:

Programa informático de banco de sangre E-DELPHY

Registro de temperatura de hemocomponentes.

De la constatación:

Se constata la trazabilidad de los componentes sanguíneos según el Oficio Circular IP N°5, de 6 de mayo de 2013, que remite actualización de "orientaciones técnicas para la constatación de la trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos. Se utilizan los criterios aplicables a unidad de donantes.

N°	Código de donación	Fecha	Donante	Hemocomponente /Cantidad	Fecha Transfusión	Receptor	Cumple Trazabilidad
1	ANT1800559	01-02-2018	LDES	Glóbulos rojos SAGH M leucorreducidos/ cantidad: 1	15-02-2018	TPVR	SI
2	ANT1800891	19-02-2018	LAAC	Plasma fresco congelado (PFC)/ cantidad: 1	09-06-2018	EIC	SI
3	COL1900454	12-06-2019	PAON	Glóbulos Rojos SAGH M leucorreducidos/ cantidad 1	Disponible para transfundir	Disponible Para transfundir	SI

Descripción de los hallazgos:

Siguiendo las orientaciones técnicas para la constatación de la trazabilidad de componentes sanguíneos, se constató en terreno los **atributos aplicables al punto de verificación Donantes**, a los cuales se determinó su cumplimiento:

	Donante 1: LDES **Código de donación: ANT1800559**	**CUMPLE**
1	Se asigna un código único a la donación, que permite su seguimiento dentro de la Unidad	SI
2	Existe un registro físico y/o informático que permite vincular el código único de donación con información de contacto del donante en caso de ser necesario	SI
3	Existe registro de la toma de muestras para exámenes microbiológicos e inmunohematológicos, que incluye el código único de identificación a que alude el punto 1	SI
4	Existe registro del envío de sangre consignando día y hora del despacho	SI
5	Existe registro de la recepción de la sangre en el Centro de Sangre y/o UMT	SI
6	La Unidad de Atención de Donantes tiene acceso a la siguiente información , a demanda y en un plazo no superior a 48 horas (trazabilidad durante un proceso de acreditación), respecto de cualquier unidad seleccionada al azar de glóbulos rojos, plaquetas, plasma y/o crioprecipitados: - Resultado exámenes inmunohematológicos - Resultado exámenes microbiológicos - Destino final: almacenamiento, transfusión (código de solicitud de transfusión), eliminación, distribución o transferencia.	SI

	Donante 2: LAAC **Código de donación: ANT1800891**	**CUMPLE**
1	Se asigna un código único a la donación, que permite su seguimiento dentro de la Unidad	SI
2	Existe un registro físico y/o informático que permite vincular el código único de donación con información de contacto del donante en caso de ser necesario	SI

3	Existe registro de la toma de muestras para exámenes microbiológicos e inmunohematológicos, que incluye el código único de identificación a que alude el punto 1	SI
4	Existe registro del envío de sangre consignando día y hora del despacho	SI
5	Existe registro de la recepción de la sangre en el Centro de Sangre y/o UMT	SI
6	La Unidad de Atención de Donantes tiene acceso a la siguiente información , a demanda y en un plazo no superior a 48 horas (trazabilidad durante un proceso de acreditación), respecto de cualquier unidad seleccionada al azar de glóbulos rojos, plaquetas, plasma y/o crioprecipitados: - Resultado exámenes inmunohematológicos - Resultado exámenes microbiológicos - Destino final: almacenamiento, transfusión (código de solicitud de transfusión), eliminación, distribución o transferencia.	SI

La tercera unidad a trazar, se selecciona una unidad de glóbulos rojos al azar, que se encuentra almacenada en cámara de unidades de glóbulos rojos disponibles, Constatando:

Condiciones de almacenamiento: La temperatura actual de la cámara al momento de la constatación es de 4.2°C.
Trazabilidad: con el número de la unidad seleccionada se ingresa al sistema informático E-DELPHY, constatando los siguientes atributos.

	Donante 1: PAON **Código de donación: COL1900454**	**CUMPLE**
1	Se asigna un código único a la donación, que permite su seguimiento dentro de la Unidad	SI
2	Existe un registro físico y/o informático que permite vincular el código único de donación con información de contacto del donante en caso de ser necesario	SI
3	Existe registro de la toma de muestras para exámenes microbiológicos e inmunohematológicos, que incluye el código único de identificación a que alude el punto 1	SI
4	Existe registro del envío de sangre consignando día y hora del despacho	SI
5	Existe registro de la recepción de la sangre en el Centro de Sangre y/o UMT	SI
6	La Unidad de Atención de Donantes tiene acceso a la siguiente información , a demanda y en un plazo no superior a 48 horas (trazabilidad durante un proceso de acreditación), respecto de cualquier unidad seleccionada al azar de glóbulos rojos, plaquetas, plasma y/o crioprecipitados: - Resultado exámenes inmunohematológicos - Resultado exámenes microbiológicos - Destino final: almacenamiento, transfusión (código de solicitud de transfusión), eliminación, distribución o transferencia.	SI

En base a los hallazgos constatados se concluye que cumple con la trazabilidad, se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APDs 1.2 OBLIGATORIA / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Unidad de Atención de Donantes	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

SERVICIOS DE APOYO – CENTRO DE SANGRE (APCs)

CARACTERÍSTICA APCs 1.1 / HALLAZGOS

APCs 1.1 – Primer elemento medible: Se constata que los productos recibidos provienen solamente de terceros acreditados.

Dirección o Gerencia					
Prestador al que compra	N° Autorización Sanitaria (A.S.)	Fecha A.S.	SEREMI/SSDS	Copia fiel original documento (Si/No)	N° Registro Re reacreditación
Clínica La Portada	NA	NA	NA	NA	61
Hospital Militar del Norte	NA	NA	NA	NA	89
Hospital Tocopilla	NA	NA	NA	NA	341
Hospital Taltal	NA	NA	NA	NA	338
Hospital Calama	NA	NA	NA	NA	271
Clínica BUPA	NA	NA	NA	NA	76

CARACTERÍSTICA APCs 1.1 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA APCs 1.2 / HALLAZGOS

APCs 1.2 – Primer elemento medible: En documentos elaborados por la Unidad se describe lo siguiente.

Centro de Sangre				
Nombre del documento (1): PROCEDIMIENTO PREPARACIÓN DE HEMODERIVADOS				
Código: PO-CS-15	Versión:01	Fecha: Enero 2016	Fecha vigencia: Enero 2021	N° páginas: 18

Elaborado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.			Aprobado por: Ana Cuellar. Tecnólogo médico.		
El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)					
1. Procedimiento de preparación de hemocomponentes.	SI		2. Procedimiento y criterios de eliminación de bolsas de sangre no aptas para la producción.	NO	
3. Procedimiento y criterios de eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión.	NO		4. Calificación microbiológica de las unidades de sangre donadas.	NO	
5. Calificación inmunohematológica de las unidades de sangre donadas.	NO		6. Procedimiento de liberación y etiquetado de unidades producidas.	NO	
7. Almacenamiento y gestión de stock	NO	8. Transporte de hemocomponentes	NO	9. Se han definido los Responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2, ítem 2 y 3, alcance y responsables de su aplicación:
Alcance: Todo el personal que realice el fraccionamiento de unidades.
Responsables:
Tecnólogo médico: Supervisar cada una de las etapas de la preparación de hemoderivados o ante la falta del técnico paramédico debe realizar el fraccionamiento.
Técnico paramédico: realizar el fraccionamiento bajo la supervisión del tecnólogo médico.

El documento describe el **procedimiento de preparación de hemocomponentes**, comenzando en página 3, ítem 5, en donde se enumeran los materiales y equipos necesarios para el proceso, destacando la centrifuga, fraccionador automático, balanza digital y unidades de sangre.
En página 5, se detalla el procedimiento de la siguiente forma:
Conocer el volumen (ml) de las unidades, para esto, las unidades se pesan y a través de una fórmula, se obtiene el volumen. Si la unidad tiene menos de 400ml o más 500ml se elimina.
El proceso de fraccionamiento comienza con la centrifugación de las unidades. Para esto, se deben poner las bolsas de sangre en capachos adecuadas a éstas y pesarlas, de manera que todos los capachos pesen lo mismo, luego, llevar los capachos a la centrifuga. Las revoluciones y tiempo de centrifugación, están definidas por el prestador y programadas en el software de la centrifuga.
Finalizado este proceso, se sacan las unidades en donde a simple vista se ve en la parte inferior de la bolsa, glóbulos rojos y la parte superior, el plasma del donante. Estas unidades son trasladadas a un fraccionador automático. El fraccionador tiene distintos programas dependiendo del hemocomponente que se desee preparar y de la bolsa en la cual se recolectó la sangre.
Una vez puesta la unidad en el fraccionador, se define el programa y éste realiza el proceso de separación de manera automática. Los fraccionamientos definidos en el documento son:

Fraccionamiento de bolsa cuádruple top y buttom: define el proceso de centrifugación, programas de fraccionador automático y manejo del operador, de manera de obtener plaquetas, PFC, glóbulos rojos leucorreducidos.
Fraccionamiento de bolsa triple top y buttom. define el proceso de centrifugación, programas de fraccionador automático y manejo del operador, de manera de obtener plaquetas, PFC, Glóbulos rojos leucorreducidos
Fraccionamiento de bolsa triple Sag manitol: define el proceso de centrifugación, programas de fraccionador automático y manejo del operador, de manera de obtener glóbulos rojos, plasma, plaquetas.
Fraccionamiento de bolsa triple Sag manitol para preparación de crioprecipitado, y plasma sin factor VII: define el proceso de centrifugación, el que debe ser a temperatura de 5ºC, luego separar las unidades en fraccionador automático. El glóbulo rojo obtenido se guarda y el plasma se debe congelar a -30ºC por 20 horas. Pasado ese tiempo, pasa a un proceso de descongelación a temperatura de 4 a 8ºC por 12 horas. Una vez descongelados se centrifuga en forma refrigerada, se fracciona y se obtienen una unidad de crioprecipitados y una unidad de plasma sin factor VII.

Observaciones:
Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (2): PROCEDIMIENTO DE ELIMINACIÓN DE BOLSAS DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES NO APTOS PARA SU USO				
Código: PO-CS-02	Versión:2	Fecha: Mayo 2018	Fecha vigencia: Mayo 2023	N° páginas: 6
Elaborado por: Alejandra Veja Tecnólogo médico.		Aprobado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.		

El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)					
1. Procedimiento de preparación de hemocomponentes.	NO		2. Procedimiento y criterios de eliminación de bolsas de sangre no aptas para la producción.	SI	
3. Procedimiento y criterios de eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión.	SI		4. Calificación microbiológica de las unidades de sangre donadas.	NO	
5. Calificación inmunohematológica de las unidades de sangre donadas.	NO		6. Procedimiento de liberación y etiquetado de unidades producidas.	NO	
7. Almacenamiento y gestión de stock	NO	8. Transporte de hemocomponentes	NO	9. Se han definido los Responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento de carácter institucional, que describe:
En página 2,
Alcance: Eliminación de bolsas no aptas para producción y no aptas para la transfusión.
Responsables:
Tecnólogo Médico: discriminar y seleccionar los componentes a eliminar, indicando causa de la eliminación.
Técnico paramédico: Asistir y verificar que la eliminación quede registrada y apoyar en las funciones al tecnólogo médico.

En página 4, ítem 6 se encuentra la descripción del **procedimiento y criterios de eliminación de bolsas de sangre no**

aptas para la producción, en donde se detalla los motivos de eliminación de las bolsas de sangre las cuales son:
Donación frustrada (DF): La bolsa debe venir marcada con las siglas DF desde la unidad de donantes. Se debe dar de baja en el sistema informático y dejar registro en planilla RG-CS-02-01. Eliminar tanto la bolsa como el tubo en contenedor para incineración.

Autoexclusión (AE): La bolsa debe venir marcada con siglas AE, desde sección de donantes. Se debe enviar el tubo para análisis serológico. La bolsa se debe dejar en el contenedor transitorio. Cuando todos los exámenes estén realizados, la bolsa se elimina en contendedor para incinerar. Se debe dejar registro en planilla RG-CS-02-01 y sistema informático.
Donante no confiable (EX): la bolsa debe venir marcada con siglas EX, desde sección de donantes. Se debe enviar el tubo para análisis serológico. La bolsa se debe dejar en un contenedor transitorio. Cuando todos los exámenes estén realizados, la bolsa se elimina en contendedor para incinerar. Además de eliminarlo por sistema y dejar registró en planilla RG-CS-02-01.
Eliminación de hemocomponentes no conformes: Corresponde a bolsas que presenten condiciones no aptas para producción como: Alta ictericia, lipemia, turbidez, volumen inferior o superior a lo establecido como óptimo y unidades rotas. Se debe eliminar la bolsa en contenedor transitorio, dejar registro en planilla RG-CS-02-01 y sistema informático.
Eliminación de hemocomponentes por obsolencia: en forma diaria se revisan las unidades vencidas en Stock, y se eliminan en contenedor transitorio. Se debe dejar registro en planilla RG-CS-02-01 y sistema informático.
Eliminación de bolsas de sangre, obtenida por indicación médica (sangría). La unidad viene rotulada como "sangría" desde la unidad de donantes. Se elimina en contenedor para incineración, dejando registro en planilla RG-CS-02-01.

En página 4, ítem 6.7, se detalla el proceso de eliminación física de bolsas, desde contenedor transitorio al contenedor de incineración. Se describe que el tecnólogo médico responsable de etiquetado de unidades, a lo menos una vez por semana, revisará las unidades que se encuentran en el contenedor transitorio, corroborando que se encuentren ingresadas en la planilla RG-CS-02-01 y que se encuentren eliminadas por el sistema informático. Una vez revisadas se depositan en el contenedor para incineración.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Procedimiento de bolsas de sangre no aptas para su producción y hemocomponentes no aptos para transfusión", versión 1, fecha de aprobación octubre 2013, elaborado por Jorge Barra y Alejandra Vera, Tecnólogos médicos de banco de sangre, aprobado por doctora Natalia Valenzuela, cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 2 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (3): TAMIZAJE MICROBIOLÓGICO DE UNIDADES DE SANGRE Y NOTIFICACION AL DONANTE				
Código: PO-CS-04	Versión:01	Fecha: Diciembre 2017	Fecha vigencia: Diciembre 2022	N° páginas:10
Elaborado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.			Aprobado por: Ana Cuellar. Tecnólogo médico.	

El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)

1. Procedimiento de preparación de hemocomponentes.	NO	2. Procedimiento y criterios de eliminación de bolsas de sangre no aptas para la producción.	NO		
3. Procedimiento y criterios de eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión.	NO	4. Calificación microbiológica de las unidades de sangre donadas.	NO		
5. Calificación inmunohematológica de las unidades de sangre donadas.	NO	6. Procedimiento de liberación y etiquetado de unidades producidas.	NO		
7. Almacenamiento y gestión de stock	NO	8. Transporte de hemocomponentes	NO	9. Se han definido los Responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento de carácter institucional, que describe:

En página 2, ítem 3, se definen los **responsables:**
Tecnólogo Médico sección serología: realizar tamizaje y envío de muestras a Instituto de Salid pública (ISP) cuando corresponda
Tecnólogo Medico sección donante: Notificar al donante su condición de serología positiva.

En página 5, ítem 7.2, se describe el protocolo a seguir con los resultados de la calificación de las unidades, en donde luego del proceso de centrifugación de muestras y mantención del equipo, el tecnólogo médico, realiza el análisis de las muestras de los donantes:

Resultado No reactivo: Si el resultado de los exámenes es "no reactivo", éstos se validan en el sistema informático y se deja registro físico donde corresponda.
Resultado Reactivo: En el caso que los resultados de los exámenes sean "reactivos", se debe repetir la determinación 2 veces más para confirmar. Si se obtienen a lo menos 2 resultados reactivos de las 3 determinaciones realizadas, se debe enviar la muestra a confirmación, en el caso de VIH, HTLV I y II, VHB, VHC, se deben enviar a ISP. Si es Chagas o *T. pallidum* se debe enviar a laboratorio central. Las unidades de estos donantes deben ser eliminadas.
Resultado Positivo: Si los resultados de la confirmación son "Positivos", se debe notificar al donante. En el caso de notificación de VIH, seguir el protocolo correspondiente.

Observaciones:
1.Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Tamizaje microbiológico de unidades de sangre y notificación del donante" versión 0, fecha de aprobación mayo 2014, elaborado y aprobado por Dra. Natalia Valenzuela, cumpliendo con el período de retrospectividad de 2 años que aplica a este proceso de acreditación.
2.El documento no define de manera explicita cuales son los exámenes que se le realizarán a las unidades de sangre donadas.
3.No se describe cómo se realiza la calificación microbiológica (automatizada, manual, externalizada, etc).
4.No se define el tipo de muestra requerida.
5.No se define la técnica de ejecución de los exámenes. (cómo se realiza, control del equipo, etc).

6.No se define el equipamiento que se utiliza.
7.El documento presentado por el prestador está enfocado en el protocolo de notificación al donante, no en cómo se hace la calificación microbiológica de las unidades de sangre donadas, que es lo que pide el elemento medible.

De acuerdo a las observaciones descritas en los puntos 2, 3, 4, 5, 6, 7, no se da por cumplido el elemento medible.

Nombre del documento (4): DETERMINACIÓN DE PRUEBAS INMUNOHEMATOLÓGICAS EN SISTEMA BIOVIU				
Código: IT-UMT-09	Versión:01	Fecha: Octubre 2016	Fecha vigencia: Octubre 2021	N° páginas:13
Elaborado por: Alejandra Veja. Tecnólogo médico. Pamela Nilo. Tecnólogo médico.		Aprobado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.		

El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)

1. Procedimiento de preparación de hemocomponentes.	NO	2. Procedimiento y criterios de eliminación de bolsas de sangre no aptas para la producción.	NO
3. Procedimiento y criterios de eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión.	NO	4. Calificación microbiológica de las unidades de sangre donadas.	NO
5. Calificación inmunohematológica de las unidades de sangre donadas.	SI	6. Procedimiento de liberación y etiquetado de unidades producidas.	NO

7. Almacenamiento y gestión de stock	NO	8. Transporte de hemocomponentes	NO	9. Se han definido los Responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2, ítem 3, los responsables de su aplicación: Tecnólogo Médico: Uso adecuado del equipo, realizar mantenciones diarias y manejo de reactivos.
El documento describe el procedimiento de **calificación inmunohematológica de las unidades de sangre donadas** automatizado, comenzando en página 3, ítem 5, en donde se enumera lista de materiales, reactivos y equipos, necesarios para la realización de la técnica (la determinación de grupo o calificación inmunohematológica A, B, O y Rh-D de las unidades donadas puede realizarse de forma automatizada). Se destacan las células testigo (nombre comercial selectogen), cassette, pipeta automática, centrifuga e intubador.

En página 4, ítem 6, el documento detallada el uso del equipamiento Biovue, destacando lo siguiente:
Encendido del equipo.
Mantención diaria y semanal.
Programación de la técnica.
Uso del cassette.
Control de calidad.

En la página 7 del documento, se describe el proceso de la siguiente forma:
A través de una tabla se define el volumen de muestra y de glóbulos rojos testigos a dispensar en los pocillos del cassette. Estos volúmenes están programados en una pipeta automática, en donde cada volumen tiene un programa el cual va del 1 al 5.
Para la determinación de anticuerpos se utiliza el programa 3 y 1 que dispensa 50 ul y 40 ul respectivamente. La misma tabla define el tiempo de incubación, luego de realizar la dispensación (15 minutos a 37ºC).
Después de la incubación se realiza un centrifugado de 5 minutos.
Visualización e interpretación de los resultados:
Si no existe aglutinación, se debe a que no hubo reacción entre los anticuerpos presentes en el plasma del paciente y los glóbulos rojos testigos, concluyendo que el resultado es negativo.
Si hay aglutinación, se debe a que hubo reacción entre en los anticuerpos presentes en el plasma del paciente y los glóbulos rojos testigos.
La aglutinación se ve en la parte superior del pocillo de cassette. Estas aglutinaciones tienen distintas intensidades, la más baja es 1+, la más alta es 4+, con cualquiera de estos niveles de aglutinación, se va a considerar el resultado como positivo.

Observaciones:
Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (5): DETERMINACION DE GRUPO SANGUINEO ABO RH-D				
Código: IT-UMT-01	Versión 04	Fecha: Noviembre 2016	Fecha vigencia: Noviembre 2021	N° páginas:13
Elaborado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.		Aprobado por: Ana Cuellar. Tecnólogo médico.		

El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)

1. Procedimiento de preparación de hemocomponentes.	NO	2. Procedimiento y criterios de eliminación de bolsas de sangre no aptas para la producción.	NO
3. Procedimiento y criterios de eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión.	NO	4. Calificación microbiológica de las unidades de sangre donadas.	NO
5. Calificación inmunohematológica de las unidades de sangre donadas.	SI	6. Procedimiento de liberación y etiquetado de unidades producidas.	NO

7. Almacenamiento y gestión de stock	NO	8. Transporte de hemocomponentes	NO	9. Se han definido los Responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2 ítem 3 los responsables de su aplicación:
Tecnólogo médico: Realizar la determinación de grupo sanguíneo, registrar e informar el resultado, y validación en sistema informático.
Técnico paramédico: Centrifugar las muestras e ingreso de la petición al sistema informático.

En la página 2, ítem 2, se describe el procedimiento de **calificación inmunohematológica de las unidades de sangre donadas** a través de diferentes metodologías, comenzando por explicar el principio de la técnica el cual se basa en una reacción antígeno anticuerpo, entre los antígenos presentes en la membrana del glóbulo rojo con los reactivos grupos específicos y los anticuerpos inmunoespecíficos del tipo IgM presentes en el plasma del paciente, con células testigo (Affirmagen) AyB.
En página 3 ítem 5, se enumera una lista de materiales, reactivos y equipos, necesarios para la realización de la técnica.
Desde la página 4 a la 7, se describen las distintas técnicas con las que el prestador realiza la determinación grupo sanguíneo, estas son:

Determinación de grupo sanguíneo en tubo:
Se disponen de 6 tubos de vidrio, en el primero se agrega antisuero A, el segundo antisuero B, el tercero antisuero AB, el cuarto antisuero D, el quinto células afirrmagen A y el sexto células afirmagen B.

Luego se toma la muestra del paciente y se realiza una supresión de glóbulos rojos al 2%, la cual se prepara con NaCl al 0.9%.
A los primeros cuatro tubos se le agrega una gota de suspensión de glóbulos rojos al 2%, y a los dos tubos restantes 2 gotas de plasma de la muestra del paciente.

Tomar los 6 tubos y centrifugar a 3000 rpm por 20 segundos.
Sacar los tubos de la centrifuga, ver si existe o no aglutinación en cada uno de los tubos y determinar el grupo sanguíneo del paciente.

Determinación de grupo en cassette:
Los cassette son dispositivos pequeños los cuales vienen divididos en 6 pocillos, en cada uno de estos viene el reactivo necesario para la prueba que se desee realizar. En el documento se explica que se utilizan 4 tipos de cassette, estos son:
Cassette de grupo sanguíneo para adulto.
Cassette de confirmación de grupo sanguíneo para adulto.
Cassette de grupo sanguíneo para recién nacido.
Cassette para determinación e identificación de anticuerpos irregulares y coombs directo.
Se describen los distintos volúmenes de muestra que se deben dispensar en el cassette seleccionado, dependiendo de la prueba que se desee realizar. Estos volúmenes están programados en una pipeta electrónica la cual dispensa la suspensión de glóbulos rojos y plasma de manera automática. Luego de la dispensación, estos cassettes se centrifugan para posteriormente ver si existe o no aglutinación en cada uno de los pocillos y determinar el grupo sanguíneo del paciente.

Determinación de grupo sanguíneo en lámina:
Se toman 3 gotas de sangre las cuales pueden ser recogidas de un tubo o también directamente del paciente a través de una punción digital. Estas gotas se agregan en una lámina de vidrio separado una de otra a lo menos un centímetro. A la primera gota se agrega antisuero A, a la segunda gota antisuero B, a la tercera gota antisuero D. Luego con una bageta plástica se mezcla el reactivo con la gota de sangre. Finalmente hacer movimientos oscilantes con la lámina de vidrio, ver si existe o no aglutinación en cada una de las gotas y determinar el grupo sanguíneo del paciente.
En página 7, se detalla tabla para interpretar el grupo sanguíneo según la aglutinación observada:

Anti A	Anti B	Anti AB	Anti D	GR A	GR B	Resultado
+	-	+	+	-	+	A Rh +
-	+	+	+	+	-	B Rh +
-	-	-	+	+	+	O Rh +
+	+	+	+	-	-	AB Rh +
+	-	+	-	-	+	A Rh(-)
+	-	+	-	-	+	B Rh(-)
-	+	+	-	+	-	O Rh(-)
-	-	-	-	+	+	AB Rh(-)

Observaciones:
Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (6): INSTRUCTIVO LIBERACIÓN Y ETIQUETADO DE UNIDADES PRODUCIDAS				
Código: IT-CS-03	Versión:00	Fecha: Marzo 2017	Fecha vigencia: Marzo 2022	N° páginas:5
Elaborado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.		Aprobado por: Ana Cuellar. Tecnólogo médico.		

El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)

1. Procedimiento de preparación de hemocomponentes.	NO	2. Procedimiento y criterios de eliminación de bolsas de sangre no aptas para la producción.	NO
3. Procedimiento y criterios de eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión.	NO	4. Calificación microbiológica de las unidades de sangre donadas.	NO
5. Calificación inmunohematológica de las unidades de sangre donadas.	NO	6. Procedimiento de liberación y etiquetado de unidades producidas.	SI

7. Almacenamiento y gestión de stock	NO	8. Transporte de hemocomponentes	NO	9. Se han definido los Responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2, ítem 3, los **responsables** de su aplicación:
Tecnólogo médico de análisis: registro de los resultados de los exámenes de calificación microbiológica e inmunohematológica.
Tecnólogo medico de producción: etiquetado y liberación de bolsas.

El documento describe el **procedimiento de liberación y etiquetado de unidades producidas,** comenzando en página 2, ítem 2, detallando que el sistema de etiquetado de hemocomponentes, comprende la utilización de 3 etiquetas, las cuales son:
La primera es la etiqueta de base de la bolsa, la cual viene desde fábrica.
La segunda etiqueta que contiene el código de identificación de la donación, la cual es necesaria para hacer la trazabilidad del componente.
La tercera etiqueta que contiene el grupo de sangre y el tipo de hemocomponente.

En página 3, se describe el proceso de etiquetado:
El proceso se realiza a través de un programa computacional.

Para poder liberar y etiquetar una unidad lo primero que se debe realizar es ingresar los resultados de los exámenes microbiológicos e inmunohematológicos.

Una vez ingresados, ir al módulo de "procesamiento" del software, buscar la opción de impresión de etiquetas y seleccionar que hemocomponente desea etiquetar (Glóbulo rojo, plaqueta, PFC o Crioprecipitado), luego ingresar el código de donación que contiene la unidad. El programa arrojará una etiqueta que contiene la información del grupo de sangre y el tipo de hemocomponente seleccionado.

Una vez liberada la etiqueta se pega en la unidad y el programa le solicitará que ingrese nuevamente el código de donación a modo de seguridad, validando así la liberación.

El documento indica que existe un registro de unidades etiquetadas donde se ingresan las unidades que se etiquetaron, la fecha y el tecnólogo responsable del proceso.

Observaciones:
Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (7): CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO DE COMPONENTES SANGUINEOS				
Código: IT-UMT-07	Versión:01	Fecha: Septiembre 2017	Fecha vigencia: Septiembre 2022	N° páginas:8
Elaborado por: Ana Cuellar. Tecnólogo médico.			Aprobado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.	

El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)

1. Procedimiento de preparación de hemocomponentes.	NO	2. Procedimiento y criterios de eliminación de bolsas de sangre no aptas para la producción.	NO
3. Procedimiento y criterios de eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión.	NO	4. Calificación microbiológica de las unidades de sangre donadas.	NO
5. Calificación inmunohematológica de las unidades de sangre donadas.	NO	6. Procedimiento de liberación y etiquetado de unidades producidas.	NO

7. Almacenamiento y gestión de stock	NO	8. Transporte de hemocomponentes	NO	9. Se han definido los Responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2, ítem 3, los responsables de su aplicación:
Tecnólogo médico de UMT: Supervisar las condiciones de almacenamiento y el orden de plaquetas, glóbulos rojos, plasmas y crioprecipitados, en los refrigeradores, agitadores y congeladores de la unidad.
Técnico paramédico de UMT: mantener diariamente la temperatura actual de los puntos de almacenamiento, y en caso de que se encuentren fuera de rango informar a tecnólogo médico para tomar medidas.

En página 3, ítem 6, se encuentran descritas las condiciones de **almacenamiento de los diferentes componentes sanguíneos**, en donde se consiga:

Glóbulos rojos:
Glóbulos rojos con estudios pendientes: se almacena en refrigerador a entre 2 y 8°C en posición vertical.
Glóbulos rojos listos para transfundir: se almacena en refrigerador a 2 y 8ºC según grupo sanguíneo y fecha de extracción, dejando más adelante los glóbulos con fecha más cercana a vencer y atrás los glóbulos más frescos
Plaquetas:
Plaquetas con estudios serológicos pendientes: se almacenan a temperatura entre 22-24 ºC, en agitación constante en equipo EQ-UMT-05-02
Plaquetas listas para transfundir: se almacenan a temperatura entre 22-24 ºC, en agitación constante en equipo EQ-UMT-05-01

Plasma fresco congelado y crioprecipitados, plasma conservado, plasma sin factor VII:
Con estudios pendientes: se almacena a -30ºC.
Listos para transfundir: se almacena a -20ºC.

Hemocomponentes con circuito abierto:
Glóbulos rojos: se almacenan a 2 y 8ºC por un máximo de 24 horas desde que se abrió el circuito.

Plaquetas: se almacenan de 22 a 24ºC, en constante agitación por un máximo de 4 horas desde que se abrió el circuito.
Plasma fresco congelado y crioprecipitado: se almacena a 4ºC por un máximo de 4 horas desde que se abrió el circuito.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Condiciones de almacenamiento de componentes sanguíneos", versión 1, fecha de aprobación Noviembre 2013, elaborado y aprobado por Dra. Natalia Valenzuela, cumpliendo con el período de retrospectividad de 2 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (8): PROCEDIMIENTO GESTION DE STOCK DE HEMOCOMPONENTES

Código: PO-UMT-05	Versión:03	Fecha: Marzo 2019	Fecha vigencia: Marzo 2024	N° páginas:5
Elaborado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.		Aprobado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.		

El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)

1. Procedimiento de preparación de hemocomponentes.	NO	2. Procedimiento y criterios de eliminación de bolsas de sangre no aptas para la producción.	NO		
3. Procedimiento y criterios de eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión.	NO	4. Calificación microbiológica de las unidades de sangre donadas.	NO		
5. Calificación inmunohematológica de las unidades de sangre donadas.	NO	6. Procedimiento de liberación y etiquetado de unidades producidas.	NO		
7. Almacenamiento y gestión de stock	SI	8. Transporte de hemocomponentes	NO	9. Se han definido los Responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2, ítem 2 y 3, alcance y responsables de su aplicación:
Alcance: Todo el personal de banco de sangre.
Responsables:
Tecnólogo medico UMT: controlar el uso de los hemocomponentes disponibles en la unidad. Gestionar el envío de hemocomponentes a distintos hospitales de red.
Tecnólogo medico unidad de donantes: contactar donantes y organizar colectas de sangre.
Tecnólogo medico supervisor: calcular el Stock requerido en BS-HRA y el resto de los hospitales de la red (Calama. Tocopilla y Taltal)

En página 4, ítem 7, se detalla la realización el cálculo del **stock crítico**, de la siguiente forma:
Registrar el consumo semanal de hemocomponentes del servicio durante 6 meses. El período a considerar en el primer período, es del 01 de enero al 30 de junio y para el segundo del 01 de julio al 31 de diciembre.
El registro debe considerar tipo de hemocomponente, grupo sanguíneo y Rh. Realizado el registro, se omite la semana de mayor y menor uso de hemocomponentes por grupo y Rh.
Luego se deben sumar las unidades de cada grupo sanguíneo y Rh, y se dividen cada uno de los totales por el número de semanas medidas, separando siempre, por grupo y Rh.
El resultado obtenido se refiere a la utilización semanal promedio de cada grupo ABO y RH. Este resultado es considerado el stock "critico".
Para calcular el stock óptimo, se calcula un 30% del stock crítico y se suma el resultado al obtenido como stock crítico.

El documento además incluye la **gestión para mantener el stock óptimo**, entre estas están:
Llevar un registro diario del stock e informar en cada entrega de turno de noche al del día. objetivo al cual se quiere llegar.
Si se completan las transfusiones solicitar un control post transfusión, para ver si se logró el objetivo.
Llamar a donantes altruistas.
Hablar con familiares de pacientes trasfundidos para reponer stock

En la página 5, se destaca que en caso de encontrarse en situación de stock crítico, enviar siempre la unidad que tenga fecha de vencimiento más cercana.

Observaciones:
1. Se tiene a la vista versión anterior del documento: "Gestión de stock de hemocomponentes" versión 2, fecha de aprobación Julio 2014, elaborado por Ana María Cuellar, Tecnólogo médico y aprobado por Dra. Natalia Valenzuela, cumpliendo con el periodo de retrospectividad de 2 años que aplica a este proceso de acreditación.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

Nombre del documento (9): PROCEDIMIENTO ENVÍO, TRANSPORTE, Y RECEPCIÓN DE HEMOCOMPONENTES Y SANGRE PARA SU PROCESAMIENTO

Código: PO-UD-02	Versión:05	Fecha: Marzo 2016	Fecha vigencia: Marzo 2021	N° páginas:14
Elaborado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.		Aprobado por: Jorge Barra. Tecnólogo médico.		

El documento describe los siguientes procedimientos y responsables: (SI/NO)

1. Procedimiento de preparación de hemocomponentes.	NO	2. Procedimiento y criterios de eliminación de bolsas de sangre no aptas para la producción.	NO		
3. Procedimiento y criterios de eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión.	NO	4. Calificación microbiológica de las unidades de sangre donadas.	NO		
5. Calificación inmunohematológica de las unidades de sangre donadas.	NO	6. Procedimiento de liberación y etiquetado de unidades producidas.	NO		
7. Almacenamiento y	NO	8. Transporte de	SI	9. Se han definido los Responsables de	SI

gestión de stock		hemocomponentes		su aplicación	

Breve descripción del contenido del documento: se tiene a la vista el documento elaborado por la unidad que describe:
En página 2,
Alcance: Todo el personal que envíe o reciba unidades de sangre desde y hacia los hospitales de la red (Antofagasta, Tocopilla, Calama y Taltal) y dentro los establecimientos a los diferentes servicios y unidades.
Responsables:
Tecnólogo médico de laboratorio de los hospitales de Tocopilla, Calama y Taltal: enviar en forma adecuada las bolsas de sangre extraída desde su respectivo establecimiento o punto de colecta, hacia banco de sangre HRA.
Tecnólogo medico de producción de HRA: en horario hábil, recepcionar las bolsas de sangre enviadas desde hospitales de la red (Tocopilla, Calama, Taltal) y colectas móviles. Enviar de forma adecuada bolsas de hemocomponentes desde banco de sangre HRA a los distintos hospitales de la red.
Tecnólogo medico UMT de HRA: en horario no hábil, recepcionar las bolsas de sangre enviadas desde hospitales de la red (Tocopilla, Calama, Taltal). Enviar de forma adecuada bolsas de hemocomponentes desde banco de sangre HRA a los distintos hospitales de la red. Trasladar de forma adecuada las unidades a transfundir a las distintas áreas el hospital.

En página 4, ítem 7 se describe el proceso de transporte de hemocomponentes, explicando los diferentes tipos de transporte: las condiciones se deben cumplir para envíos desde banco de sangre HRA a hospitales de la red (Tocopilla, Calama, Taltal) y viceversa:
Transporte de bolsas de sangre total y bolsas de glóbulos rojos en frio: se transportan en un contenedor (Cooler) el cual en la base se ponen unidades refrigerantes a -20ºC, sobre éstas, se ponen bolsas de agua a 4ºC. Luego se ponen las bolsas de sangre o glóbulos rojos, en forma vertical. Sobre las bolsas de sangre, se pone un capa de bolsas con agua fría (4ºC) y sobre estas últimas, un capa de refrigerantes a -20ºC. La temperatura de transporte debe ser entre 1ºC y 10ºC.
Envío de bolsas de sangre total y bolsas de plaquetas a temperatura ambiente: se ponen en el centro del contenedor y en forma vertical, bolsas de agua, a temperatura ambiente (16-18ºC) y luego se distribuyen 6 bosas de sangre o plaquetas, 3 por lado. La temperatura de transporte debe ser entre 20ºC y 24ºC.
Transporte de bolsas de Plasma fresco congelado (PFC) y crioprecipitado: se transportan en un contenedor el cual en la base se ponen unidades refrigerantes a -30ºC. Luego se ponen las bolsas de PFC y/o crioprecipitado, y sobre estas últimas, un capa de unidades refrigerantes a -30ºC. Documento no consigna temperatura de traslado, hace referencia a que las unidades "se mantengan congeladas".

Dentro del contenedor, cualquiera sea el tipo de bolsa a trasladar, debe ir un instrumento de medición de temperatura más un documento llamado "consolidados de envío y recepción de sangre, para fraccionamiento y análisis" el cual debe estar completo, con todos los datos requeridos, estos son:
Correlativo de envío.
Fecha y hora de envío.
Lugar de origen.
Responsable del envío.
Registro de temperatura.
Registros de la bolsa de sangre:
Fecha de donación.
N° de donación.
N° de bolsa (cola).
Grupo sanguíneo.

Transporte de unidades de hemocomponentes a transfundir dentro del establecimiento: se trasladan en un coleman de 7 lt junto con orden de transfusión y materiales para realizar la reclasificación del paciente.

Observaciones:
Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

APCs 1.2 – Segundo elemento medible: Se han definido indicador y umbral de cumplimiento.

Centro de Sangre	
Nombre del indicador	CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE TRASLADO DE SANGRE TOTAL DESDE LOS HOSPITALES DE LA RED AL BS-HRA.
Fórmula matemática	Número de unidades transportadas adecuadamente desde hospitales de la red al BS-HRA / Número total de unidades transportadas desde los hospitales de la red a BS-HRA a de la red x 100
Umbral de cumplimiento: 95%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

APCs 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Centro de Sangre	
Nombre documento	MEDICIÓN DE INDICADOR DE TRANSPORTE
Responsable medición	Tecnólogo médico de unidad de centro de sangre.
Fuente primaria	Consolidado de envío y recepción de hemocomponentes
Fuente secundaria	Planilla de medición de indicador de transporte.
Periodo evaluado	01 de mayo de 2017 a 30 de abril de 2019
Metodología de medición del prestador	**Metodología de cálculo de muestra:** No se utiliza muestra. Mensualmente el tecnólogo médico de la unidad de centro de sangre, revisa la totalidad de los "consolidados de envío y recepción de sangre, para fraccionamiento y análisis", provenientes de los hospitales de la red (Calama, Tocopilla, Taltal), verificando que contenga todos los dato solicitados. El prestador define como numerador, el total de hemocomponentes recibidos, que cumplen con lo establecido en el protocolo de transporte de hemocomponentes y con el llenado del consolidado de

envío. Como denominador, el total de unidades de sangre recibidos.
Metodología de muestreo: No aplica, utiliza el universo de las unidades recibidas.
Criterios de cumplimiento: El prestador evalúa que el consolidado de envío de unidades de sangre, tenga todos datos son solicitados. Los datos que se deben completar en el consolidado son:
Correlativo de envío.
Fecha y hora de envío.
Lugar de origen.
Responsable del envío.
Registro de temperatura.
Registros de la bolsa de sangre:
Fecha de donación.
N° de donación.
N° de bolsa (cola).
Grupo sanguíneo.
Para la medición utiliza planilla en donde registra las causas de no cumplimiento del correcto envío de unidades de sangre. Los contenidos evaluados, en sus columnas y filas a completar son:
Correlativo del consolidado no corresponde.
No indica lugar de origen de envío.
No indica fecha de envío
No indica hora de envío
No indica responsable del envío.
Mal registro de numero de bolsa
Mal registro de grupo sanguíneo
No indica hemocomponentes
T° mínima superada.
T° máxima superada.
Sin registro de temperatura.
Otro.
El prestador contabiliza las unidades que no cumplen, y las resta del total de unidades recibidas.

Metodología de constatación

Período retrospectivo a evaluar: Dado a que es una característica no cumplida en el primer proceso de acreditación, para este proceso de reacreditación el período de retrospectivo es de 24 meses: 01 de Mayo 2017 a 30 de abril de 2019.
Selección de la muestra: La medición del indicador es mensual. La constatación se realiza usando Randomizer, entregado por el director técnico, seleccionando dos meses a evaluar: Junio 2018 y Febrero 2019.
Registros revisados:
Planilla de medición de indicador de transporte.
Consolidado de envío y recepción de sangre para su fraccionamiento y análisis.
De la constatación:
La planilla de medición del indicador de transporte, contiene los criterios descritos en metodología de medición del prestador y que están contenidos en el protocolo local.
Se constata la medición periódica del indicador con la revisión de la "planilla del indicador", la cual describe el resultado del numerador, denominador y porcentaje de cumplimiento de los 24 meses a evaluar.
Se constata que la cantidad de unidades de sangre evaluadas por el prestador corresponden a lo informado, para ello se revisa el total de evaluaciones, de los últimos 24 meses.
Se constatan fuentes primarias de los 2 meses a evaluar por Randomizer, según Ord. Circular IP N°5, resultado de la constatación de la fuente primaria:

N° de unidad	Fecha	Posee causa de no cumplimiento	Cumplimiento según el prestador	Cumplimiento según el evaluador
Junio 2018				
CAL1800813	29-06-2018	NO	Cumple	Cumple
CAL1800786	27-06-2018	NO	Cumple	Cumple
CAL1800782	26-06-2018	NO	Cumple	Cumple
CAL1800710	08-06-2018	NO	Cumple	Cumple
CAL1800716	08-06-2018	NO	Cumple	Cumple
Febrero 2019				
CAL1900337	28-02-2019	SI	No cumple	No cumple
CAL1900188	06-02-2019	NO	Cumple	Cumple
CAL1900210	11-02-2019	NO	Cumple	Cumple
CAL1900216	21-02-2019	NO	Cumple	Cumple
CAL1900291	22/02/2019	NO	Cumple	Cumple

Período evaluado	**Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado**			**Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados**		
Mes/año	Cumplidas	Total	% Cumplimiento	Cumplidas	Total	% Cumplimiento
Mayo2017	174	178	97,75%			
Junio 2017	140	160	87,5%			

Julio 2017	148	157	94,27			
Agosto 2017	156	156	100%			
Septiembre 2017	122	139	87,77%			
Octubre 2017	S/E	S/E	S/E			
Noviembre 2017	164	173	94,80%			
Diciembre 2017	93	102	91,18%			
Enero 2018	160	177	80,40%			
Febrero 2018	150	156	96,15%			
Marzo 2018	144	169	85,21%			
Abril 2018	114	116	98,28%			
Mayo 2018	208	222	93,69%			
Junio 2018	**130**	**152**	**85,53%**	**130**	**152**	**85,53%**
Julio 2018	94	121	77,69%			
Agosto 2018	61	86	70,93%			
Septiembre 2018	90	135	66,67%			
Octubre 2018	154	176	87,50%			
Noviembre 2018	169	193	87,56%			
Diciembre 2018	100	119	84,03%			
Enero 2019	156	167	93,41%			
Febrero 2019	**122**	**182**	**67,03%**	**122**	**175**	**69.71%**
Marzo 2019	238	258	92,25			
Abril 2019	138	158	87,34%			

Descripción de hallazgos:
En la constatación del indicador para junio 2018, los resultados fueron concordantes.
En la constatación del indicador de febrero de 2019, las unidades que cumplen, fueron concordantes respecto a lo informado por el prestador, para el total de unidades transportadas se encontró una diferencia de 7 unidades respecto a declarado por el prestador, esto se tradujo en una diferencia porcentual de un 2,68%

El ORDINARIO IP N° 5 del 17 de mayo de 2019, sobre las nuevas "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento de la exigencia sobre realización de la evaluación periódica" el porcentaje constatado puede ser igual al del prestador o no diferir en no más de un 10%.

Considerando lo constatado, se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APCs 1.2 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Centro de Sangre	1° EM: 0	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 2/3	Porcentaje obtenido: 67%	**Cumple: NO**	

CARACTERÍSTICA APCs 1.3 / HALLAZGOS

APCs 1.3 – Primer Elemento medible: Existen registros de participación en Programas de Evaluación Externa de la Calidad en las prestaciones correspondientes.* (* Calificación microbiológica).

Centro de Sangre

Registros de participación en PEEC para calificación microbiológica:
Período a evaluar: El período de retrospectividad para la reacreditación de esta característica comprende los meses de mayo de 2016 a abril de 2018.
Programa de Evaluación Externa de la Calidad: PEEC establecido por ISP. Las áreas técnicas a evaluar de acuerdo a lo solicitado por el elemento medible son 3 siendo las siguientes: Virología, Bacteriología y Parasitología.
Los subprogramas a los cuales está adscrito el prestador son:
Serología VIH
Serología de Hepatitis B
Serología de Hepatitis C
Virus HTLV I y II
Serología de sífilis.
Chagas tamizaje.
Registros de participación: Se tiene a la vista registros de participación PEEC, en soporte de papel. Los documentos constatados son:

Ficha de adscripción para período 2016 con fecha de pre adscripción 08/01/2016 y fecha de validación 14/01/2016
Ficha de adscripción para período 2017 con fecha de pre-adscripción 04/01/2017 y fecha de validación 07/01/2017
Ficha de adscripción para período 2018 con fecha de pre-adscripción 29/11/2017 y fecha de validación 02/12/2017
Ficha de adscripción para periodo 2019 con fecha de pre-adscripción 07/01/2019 y fecha de validación 08/01/2019
Informes de evaluación de desempeño de todos los subprogramas en que el banco de sangre participó.

Programa de evaluación externa de la calidad PEEC			**Año 2016**	**Año 2017**	**Año 2018**
Área	Sub programa	N° de envíos anuales	Participación	Participación	Participación
Virología	Serología VIH	2	Adscrito/constatado	Adscrito/constatado	Adscrito/constatado

	Serología VHB	2	Adscrito/constatado	Adscrito/constatado	Adscrito/constatado
	Serología VHC	2	Adscrito/constatado	Adscrito/constatado	Adscrito/constatado
	Virus HTLV IyII	2	Adscrito/constatado	Adscrito/constatado	Adscrito/constatado
Bacteriología	Serología de sífilis	2	Adscrito/constatado	Adscrito/constatado	Adscrito/constatado
Parasitología	Chagas tamizaje	2	Adscrito/constatado	Adscrito/constatado	Adscrito/constatado

Hallazgo:
Total de áreas en que existe participación: 3
Total de subprogramas a constatar para el período retrospectivo: 9
Total de subprogramas adscritos y constatados en terreno: 9
Total de envíos a constatar para el período retrospectivo: 36
Total de envíos realizados y constatados: 18
Durante el período 2019 aplicable al prestador, a la fecha no existen resultados evaluación PEEC.
En base a lo constatado se da por cumplido el elemento medible.

APCs 1.3 – Segundo Elemento medible: Se documenta análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo.

Centro de Sangre

Período a evaluar: El período de retrospectividad para la reacreditación de esta característica comprende los meses de mayo de 2016 a abril de 2018.
Programa de Evaluación Externa de la Calidad: PEEC establecido por ISP. Las áreas técnicas a evaluar de acuerdo a lo solicitado por el elemento medible son 3 siendo las siguientes: Virología, Bacteriología y Parasitología.
Los subprogramas a los cuales está adscrito el prestador son:
Serología VIH
Serología de Hepatitis B
Serología de Hepatitis C
Virus HTLV I y II
Serología de sífilis.
Chagaz tamizaje.
Constatación de registros con resultados insatisfactorios: Se revisa la totalidad de los resultados del PEEC, no encontrándose resultados insatisfactorios.
Conclusión
Se constata que no existen resultados insatisfactorios para el PEEC, por lo que no aplica para el prestador documentar análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo.

Programa que detecta incumplimiento: No aplica	N° de Informe PEEC: No aplica	Fecha informe: No aplica
Resultado insatisfactorio: No aplica		Fecha medición: No aplica
Análisis de informe de resultado insatisfactorio: No aplica		
Fecha análisis: No aplica	Responsable del análisis: No aplica	
Medidas de mejora: No aplica		Fecha medidas: No aplica

CARACTERÍSTICA APCs 1.3/ FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Centro de Sangre	1° EM: 1	2° EM: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

CARACTERÍSTICA APCs 1.4 / HALLAZGOS

APCs 1.4 – Primer elemento medible: Existe un sistema de registro establecido de los componentes sanguíneos que permita su trazabilidad o seguimiento inequívoco desde el donante que lo origina hasta el receptor del componente específico.

Centro de Sangre

Describir sistema de registro:
El sistema de registro se lleva a través del sistema informático E-DELPHY. Este software trabaja en base a códigos de barra los cuales se pueden imprimir en forma de etiquetas autoadhesivas. Estos códigos son pegados en las unidades y en los documentos en formato de papel que el prestador defina.

El programa se utiliza para en todas las etapas de la producción del banco de sangre, es decir, en la unidad de atención de donantes, centro de sangre y medicina transfusional.

En la **unidad de donantes**, se utiliza para:
Registrar los datos personales del donante (nombres completo, rut, fecha de nacimiento, teléfono, dirección), una vez ingresado los datos, el software crea un **número único de donante**, el cual es exclusivo para él, servirá para seguir la historia completa de su donación y destino final de los hemocomonentes que se produjeron a partir de esta.
Registrar los datos del examen físico del donante:
Peso
Talla
Presión
Pulso
Hemoglobina

Registrar la entrevista personal previa la donación y si es aceptado o no.
Registrar la hora y tiempo de atención del donante.
Registrar si hubo reacciones adversas a la donación.
Registrar si la donación fue exitosa o frustra.

En el caso de que la donación sea exitosa, al número único de donante creado por el software, se le asocia un código alfanumérico creado por el prestador, el cual será el código de donación asignado a la unidad de sangre obtenida.

En unidad de centro de sangre, a través de código de donación asignado a la unidad de sangre, el cual, fue asociado al número de donante creado por el software, se realizan los siguientes registros.
Ingreso unidades de sangre donadas, desde de la unidad de atención de donantes, consignando fecha y hora de ingreso.
Registro del fraccionamiento de la unidad de sangre.
Registro de los exámenes inmunohematológicos del donante.
Registro de los exámenes microbiológicos.
Registro del el lugar de almacenamiento de las unidades.
Registro de la eliminación de hemocomponentes.
Realizar etiquetado y liberación de unidades para su uso, dejando registro de fecha y hora de realización.

En unidad de medicina transfusional, se utiliza para realizar los siguientes registros.
Ingreso de datos personales del paciente receptor de transfusión.
Ingreso de exámenes inmunohematologicos del receptor.
Ingreso de prueba de compatibilidad unidad-receptor, cuando corresponda.
Asociar el código alfanumérico de unidad con el nombre del receptor.
Etiquetado de unidades para transfundir.
Fecha y hora de despacho de transfusiones.
Confirmación de transfusiones.

De esta manera el software asocia la trazabilidad de la siguiente forma:

Nombre del donante ←→número de donante ←→ código de donación asignado a la unidad ←→ nombre del receptor.

En el software existe un módulo de "historial" en donde se puede ingresar cualquier dato ya sea.
Nombre y rut del donante
Número de donante.
Código alfanumérico de unidad
Nombre del receptor.
A través de estos, se podrá tener acceso a todos los datos y realizar un seguimiento inequívoco de la trazabilidad de la los hemocomponentes.

Se cumple con lo solicitado en el elemento medible.

APCs 1.4 – Segundo elemento medible: Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Centro de Sangre		
Documento que designa nombramiento (1): Resolución Exenta		
N° Resolución:3792	Versión: No consigna	Fecha: 14-03-2019
Elaborado por: No consigna	Aprobado por: Ricardo Salazar Cabeza, Director Hospital regional de Antofagasta	
Nombre del responsable: Encargado**:** Cyntia Pérez Lucic Subrogante: Alejandra Vega Segovia	Profesión: Tecnólogos Médicos	Cargo: Tecnólogo Médico Unidad de Banco de Sangre
Documento que designa nombramiento: Resolución Exenta		
N° Resolución: 2457	Versión: No consigna	Fecha: 11-05-2011
Elaborado por: No consigna	Aprobado por: Dr. Edgardo Alvarez Núñez Director Médico (s)	
Nombre del responsable: Encargado: Cyntia Pérez Lucic Subrogante: Jorge Barra Flores	Profesión: Tecnólogos Médicos	Cargo: Tecnólogo Médico Unidad de Banco de Sangre

APCs 1.4 – Tercer elemento medible: Se constata trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Centro de Sangre
Metodología de constatación: **Definición del período a evaluar**: Dado que corresponde a un proceso de re acreditación el periodo de retrospectivo es de 36 meses 01 de Mayo 2016 a 30 de abril de 2019 **Selección de la muestra:** Previamente se decide en conjunto al director técnico que se realizarán 3 ejercicios de trazabilidad. Para la selección de los 2 primeros ejercicios, se ocupa randomizer entregado por el director técnico, seleccionando el primer semestre de 2018. Para seleccionar el mes se hace otro randomizer en presencia del prestador, seleccionando el mes febrero de 2018. Se filtra en sistema informático los donantes atendidos durante el mes seleccionado y randomizan 2 donantes de la lista.

El tercer ejercicio se realiza con una unidad de glóbulos rojos disponible en el banco de sangre. Esta unidad fue seleccionada desde la cámara que contiene glóbulos rojos disponibles para transfundir.

Registros revisados:

Programa informático de banco de sangre E-DELPHY

Registro de temperatura de hemocomponentes.

De la constatación: Se constata la trazabilidad de los componentes sanguíneos según Oficio Circular IP N°5, de 6 de mayo de 2013, que remite actualización de "orientaciones técnicas para la constatación de la trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos. Se utilizan los criterios aplicables a unidad de centro de sangre.

Unidades constatadas:

N°	Código de donación	Fecha	Donante	Hemocomponentes/ Cantidad	Fecha Transfusión	Receptor	Cumple Trazabilidad
1	ANT1800559	01-02-2018	LDES	Glóbulos rojos SAGH M leucorreducidos/ cantidad: 1	15-02-2018	TPVR	SI
2	ANT1800891	19-02-2018	LAAC	Plasma fresco congelado (PFC)/ cantidad: 1	09-06-2018	EIC	SI
3	COL1900454	12-06-2019	PAON	Glóbulos Rojos SAGH M leucorreducidos/ cantidad 1	Disponible para transfundir	Disponible Para transfundir	SI

Descripción de los hallazgos: Siguiendo las orientaciones técnicas para la constatación de la trazabilidad de componentes sanguíneos, se constató en terreno los **atributos aplicables a punto de verificación Centro de sangre**, a los cuales se le determinó su cumplimiento:

	Donante 1: LDES Código de donación: ANT1800559	**CUMPLE**
1	Existen registros que permiten vincular inequívocamente la sangre a los correspondientes exámenes microbiológicos e inmunohematológicos.	SI
2	Existen registros que permiten conocer de manera inequívoca el fraccionamiento de que fue objeto la sangre y vincular cada uno de los productos al código de donación	SI
3	Es posible conocer el destino de distribución de cada componente, incluyendo el Establecimiento, producto y su destino: Si se encuentra almacenado, si fue transfundido (código de solicitud de transfusión), eliminado, distribuido o transferido a otro Establecimiento	SI
4	Es posible constatar la eliminación de todas las unidades con tamizaje positivo	No aplica

	Donante 2: LAAC Código de donación: ANT1800891	**CUMPLE**
1	Existen registros que permiten vincular inequívocamente la sangre a los correspondientes exámenes microbiológicos e inmunohematológicos.	SI
2	Existen registros que permiten conocer de manera inequívoca el fraccionamiento de que fue objeto la sangre y vincular cada uno de los productos al código de donación	SI
3	Es posible conocer el destino de distribución de cada componente, incluyendo el Establecimiento, producto y su destino: Si se encuentra almacenado, si fue transfundido (código de solicitud de transfusión), eliminado, distribuido o transferido a otro Establecimiento	SI
4	Es posible constatar la eliminación de todas las unidades con tamizaje positivo	No aplica

La tercera unidad a trazar, se selecciona una unidad de glóbulos rojos al azar, que se encuentra almacenada en cámara de unidades de glóbulos rojos disponibles, constatando:

Condiciones de almacenamiento: La temperatura actual de la cámara al momento de la constatación es de 4.2°C.

Trazabilidad: con el número de la unidad seleccionada se ingresa al sistema informático E-DELPHY, constatando los siguientes atributos.

	Donante 1: PAON Código de donación: COL1900454	**CUMPLE**
1	Existen registros que permiten vincular inequívocamente la sangre a los correspondientes exámenes microbiológicos e inmunohematológicos.	SI
2	Existen registros que permiten conocer de manera inequívoca el fraccionamiento de que fue objeto la sangre y vincular cada uno de los productos al código de donación	SI
3	Es posible conocer el destino de distribución de cada componente, incluyendo el Establecimiento, producto y su destino: Si se encuentra almacenado, si fue transfundido (código de solicitud de transfusión), eliminado, distribuido o transferido a otro Establecimiento	SI
4	Es posible constatar la eliminación de todas las unidades con tamizaje positivo	No aplica

La constatación de la eliminación de las unidades con tamizaje positivo se realiza revisando los siguientes registros.

Registro en papel, que corresponde a un libro de registro diario de eliminación de hemoderivados. Este registro se consigna la causa de eliminación entre las cuales están las unidades con tamizaje positivo.

Registro informático. A través del sistema se pueden extraer las unidades eliminadas por causa de tamizaje positivo.

En base a los hallazgos constatados se concluye que cumple con la trazabilidad, se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APCs 1.4 / FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Centro de Sangre	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		**Cumple: SI**

CONCLUSIONES

El Prestador Institucional **HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA DR. LEONARDO GUZMÁN**, de acuerdo a su tipo y nivel de complejidad, fue evaluado con el "Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada". De las **106** características contenidas en el estándar correspondiente, al Prestador le aplicaron **100** características, **30** obligatorias y **70** no obligatorias.

CARACTERÍSTICAS OBLIGATORIAS			
Código	**% umbral exigido**	**% cumplimiento**	**Estado**
DP 2.1	≥ 80%	92%	Cumple
CAL 1.1	100%	100%	Cumple
CAL 1.2	≥ 80%	88%	Cumple
GCL 1.1	≥ 75%	92%	Cumple
GCL 1.5	≥ 75%	100%	Cumple
GCL 1.7	≥ 75%	75%	Cumple
GCL 1.11	≥ 75%	100%	Cumple
GCL 1.12	≥ 90%	93%	Cumple
GCL 2.1	≥ 75%	83%	Cumple
GCL 2.2	≥ 75%	92%	Cumple
GCL 3.2	100%	100%	Cumple
GCL 3.3	≥ 75%	82%	Cumple
AOC 1.1	≥ 75%	100%	Cumple
AOC 1.2	≥ 66%	100%	Cumple
AOC 1.3	≥ 75%	92%	Cumple
RH 1.1	≥ 75%	100%	Cumple
RH 1.2	≥ 90%	100%	Cumple
REG 1.1	100%	100%	Cumple
EQ 2.1	100%	100%	Cumple
INS 1.1	≥ 80%	100%	Cumple
APL 1.4	100%	100%	Cumple
APL 1.5	100%	100%	Cumple
APF 1.3	≥ 75%	75%	Cumple
APE 1.2	100%	100%	Cumple
APE 1.3	≥ 66%	100%	Cumple
APD 1.2	≥ 66%	100%	Cumple
APA 1.2	≥ 66%	100%	Cumple
APQ 1.3	100%	100%	Cumple
API 1.2	≥ 66%	67%	Cumple
APDs 1.2	100%	100%	Cumple

CARACTERÍSTICAS NO OBLIGATORIAS			
Código	**% umbral exigido**	**% cumplimiento**	**Estado**
DP 1.1	SI	SI	Cumple
DP 1.2	100%	100%	Cumple
DP 1.3	≥ 66%	100%	Cumple
DP 3.1	≥ 66%	100%	Cumple
DP 4.1	100%	100%	Cumple
DP 4.2	≥ 75%	100%	Cumple
DP 5.1	≥ 75%	100%	Cumple
GCL 1.2	≥ 75%	90%	Cumple
GCL 1.3	≥ 50%	50%	Cumple
GCL 1.4	≥ 75%	100%	Cumple

CARACTERÍSTICAS NO OBLIGATORIAS			
Código	**% umbral exigido**	**% cumplimiento**	**Estado**
GCL 1.6	≥ 66%	100%	Cumple
GCL 1.8	100%	100%	Cumple
GCL 1.9	≥ 75%	81%	Cumple
GCL 1.10	≥ 75%	100%	Cumple
GCL 1.13	≥ 66%	100%	Cumple
GCL 2.3	≥ 75%	95%	Cumple
GCL 3.1	100%	100%	Cumple
AOC 2.1	100%	100%	Cumple
AOC 2.2	≥ 75%	50%	No cumple
RH 1.3	≥ 50%	50%	Cumple
RH 2.1	100%	0%	No cumple
RH 2.2	≥ 75%	54%	No cumple
RH 3.1	≥ 50%	31%	No cumple
RH 4.1	≥ 75%	85%	Cumple
RH 4.2	≥ 75%	100%	Cumple
RH 4.3	≥ 66%	100%	Cumple
REG 1.2	≥ 75%	77%	Cumple
REG 1.3	≥ 50%	70%	Cumple
REG 1.4	≥ 66%	100%	Cumple
EQ 1.1	100%	100%	Cumple
EQ 1.2	≥ 50%	50%	Cumple
EQ 2.2	≥ 50%	50%	Cumple
EQ 3.1	100%	100%	Cumple
INS 2.1	≥ 75%	100%	Cumple
INS 2.2	≥ 75%	100%	Cumple
INS 3.1	100%	100%	Cumple
INS 3.2	≥ 75%	100%	Cumple
APL 1.1	100%	0%	No cumple
APL 1.2	≥ 75%	57%	No cumple
APL 1.3	≥ 75%	42%	No cumple
APF 1.1	100%	100%	Cumple
APF 1.2	≥ 50%	93%	Cumple
APF 1.4	≥ 66%	100%	Cumple
APF 1.5	≥ 50%	70%	Cumple
APF 1.6	100%	33%	No cumple
APF 1.7	100%	100%	Cumple
APE 1.1	100%	100%	Cumple
APE 1.4	≥ 75%	86%	Cumple
APE 1.5	≥ 66%	100%	Cumple
APT 1.1	100%	100%	Cumple
APT 1.2	100%	100%	Cumple
APD 1.1	100%	0%	No cumple
APD 1.3	≥ 66%	100%	Cumple
APD 1.4	≥ 66%	33%	No cumple
APR 1.1	100%	No aplica	No aplica
APR 1.2	100%	No aplica	No aplica
APR 1.3	≥ 66%	No aplica	No aplica
APR 1.4	≥ 75%	No aplica	No aplica
APA 1.1	100%	100%	Cumple
APA 1.3	100%	100%	Cumple
APA 1.4	100%	100%	Cumple
APQ 1.1	100%	100%	Cumple
APQ 1.2	100%	100%	Cumple
API 1.1	100%	100%	Cumple
API 1.3	≥ 66%	100%	Cumple
APK 1.1	100%	No aplica	No aplica
APK 1.2	≥ 75%	92%	Cumple
APK 1.3	≥ 66%	67%	Cumple
APTr 1.1	100%	No aplica	No aplica

CARACTERÍSTICAS NO OBLIGATORIAS			
Código	**% umbral exigido**	**% cumplimiento**	**Estado**
APTr 1.2	100%	75%	No cumple
APTr 1.3	100%	100%	Cumple
APDs 1.1	≥ 66%	100%	Cumple
APCs 1.1	100%	100%	Cumple
APCs 1.2	100%	67%	No cumple
APCs 1.3	100%	100%	Cumple
APCs 1.4	100%	100%	Cumple

Resumen de cumplimiento de las características

N° total de características obligatorias del estándar	30
N° de características obligatorias aplicables al prestador	30
N° de características obligatorias cumplidas	30
% de cumplimiento de características obligatorias	100%

N° total de características del estándar	106
N° total de características aplicables al prestador	100
N° total de características cumplidas	88
% de cumplimiento de las características totales	88%

Presentados los antecedentes de la evaluación del Prestador **HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA DR. LEONARDO GUZMÁN,** de acuerdo a los hallazgos, fundamentos expuestos y los resultados obtenidos, detallados en el presente informe, y en cumplimiento de las Reglas de Decisión del Estándar de acreditación aplicado, debe señalarse que dicho prestador institucional cumple con el **100%** de las características obligatorias que le fueron aplicables en las evaluaciones efectuadas y con el **88%** del total de las características que le fueron aplicables en ellas.

Por lo anterior, y considerando que, conforme a las Reglas de Decisión antedichas, para que sea procedente la declaración de acreditación de este prestador, la exigencia mínima del Estándar aplicado, aprobado por el Decreto Exento N°18, de 2009, del Ministerio de Salud, para el segundo proceso de acreditación es el cumplimiento del **100%** de las características obligatorias evaluadas y el cumplimiento del **70%** de las características totales que fueron aplicables al Prestador, la Entidad Acreditadora **SOCIEDAD ACREDITADORA GCS SALUD SPA**, en virtud de las facultades que la ley le otorga, declara que el Prestador Institucional **HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA DR. LEONARDO GUZMÁN** ha resultado **RE ACREDITADO** en el presente procedimiento de acreditación, por un plazo de 3 años, a contar de la fecha de emisión de la Resolución Exenta de la Intendencia de Prestadores que mantenga su inscripción en el Registro de Prestadores Institucionales Acreditados".

COMENTARIOS:

OBSERVACIONES:

FIRMAS REPRESENTANTE LEGAL Y

DIRECTOR TÉCNICO ENTIDAD ACREDITADORA:



Intendencia de Prestadores
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud
Unidad de Fiscalización en Acreditación

INFORME DE ACREDITACION

PRESTADOR EVALUADO
Nombre Prestador: Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta
RUT Prestador: 61.606.201-8
Nombre Representante Legal: Zamir Nayar Funes
Nombre Director Técnico: Dr. Francisco Bueno Natusch

ENTIDAD ACREDITADORA
Nombre Entidad: Ausus Sum Management Consultores Ltda.
RUT Entidad: 76.137.399-4
Nombre Representante Legal: Nancy Nadeau Abarca

DATOS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN
Número de solicitud: 428
Fecha de inicio de la evaluación: 26 de Noviembre de 2015
Fecha de término de la evaluación: 17 de Febrero de 2016
Fecha de emisión del informe: 17 de Febrero de 2016
Fecha de emisión de informe corregido: 14 de marzo de 2016
Estándar Evaluado: Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucional de Atención Cerrada

PERSONAL DE LA ENTIDAD ACREDITADORA QUE PARTICIPÓ EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN

NOMBRE COMPLETO	RUT	PROFESIÓN	CARGO EN LA ENTIDAD
Karina Basoalto Suazo	14.477,409-4	Enfermera	Evaluadora
María Virginia Infante Arnolds	5.710.601-8	Tecnólogo Médico	Evaluadora
María Teresa Jorquera Hormazábal	9.179.769-0	Enfermera	Evaluadora
Nancy Nadeau Abarca	8.039.267-2	Enfermera-Matrona e Ingeniero Comercial	Representante Legal – Directora Técnica suplente – Evaluadora
María Teresa Ogrodnik Soltesz	6.446.557-0	Enfermera	Evaluadora
Susana Vera Sommer	6.270.263-K	Matrona	Evaluadora

PERSONAL DELPRESTADOR QUE PARTICIPÓ EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN

NOMBRE COMPLETO	RUT	PROFESIÓN	CARGO EN EL PRESTADOR
Adelaida Yáñez Sarria	8.691.930-3	Administrativo	Laboratorio Clínico
Alcides Zambrano Fernández	10.663.344-4	Médico Cirujano	Unidad Procedimientos Endoscópicos
Alejandra Avello Hidalgo	12.566.926-3	Técnico Paramédico	Servicio Obstetricia y Ginecología
Alejandra Cuevas Maita	13.357.355-0	Enfermera	Encargada de Calidad Unidad Atención Progresiva de Paciente (UAPP)
Alejandra Flores Palta	12.5819.965-6	Enfermera	Consultas de Especialidades
Alejandra Kacic Ponce	14.112.094-8	Técnico Paramédico	Laboratorio Clínico
Alejandra Millies García	17.515.186-9	Enfermera	Supervisora / Encargada de Calidad Servicio Medicina
Alejandra Neira Vallejos	13.328.432.K	Enfermera	Pabellón Cardiovascular
Alejandro Acuña Quintero	6.988.712-0	Médico Cirujano	Jefe Unidad Emergencia
Alejandro Bravo Villouta	14.205.946-0	Médico Patólogo	Jefe (S) Unidad Anatomía Patológica (UAP)
Alejandro Cuevas Maita	13.357.355-0	Enfermero	UAPP
Alejandro Gaete Urbina	16.000.102-k	Ingeniero en Prevención de Riesgos	Encargado Prevención de Riesgo y Salud Ambiental
Alison Isamendi Zuleta	13.872.460-3	Técnico Paramédico	Pensionado Médico Quirúrgico
Allan Pérez Castillo	15.025.014-5	Arsenalero	Pabellón Central

Álvaro Poblete Gómez	15.680.822-9	Matrón	Pabellón Maternidad
Álvaro Toroco Pérez	15.017.916-5	Enfermera	Unidad Emergencia
Ana Bacarrezza Rodríguez	7.494.863-4	Enfermera	Supervisora Unidad Diálisis
Ana Hoyos Salazar	6.609.561-4	Técnico Paramédico	Servicio Obstetricia y Ginecología
Ana María Cortez	6.586.245-K	Enfermera	Salud del Personal
Ana María Cuellar Acevedo	9.890.371-2	Tecnólogo Médico	Supervisora Banco de Sangre
Ana Salazar Álvarez	6.150.092-8	Enfermera	Supervisora Servicio Psiquiatría
Andrea Beltrán Contreras	13.213.009-4	Administrativa	Secretaria UAP
Andrea Rivera Inoztroza	13.644.555-3	Matrona	Encargada de Calidad Pabellón Maternidad
Andrés Caballero Urzúa	13.046.495-5	Cirujano Dentista	Encargado de Calidad Servicio Dental
Angélica Villablanca Olivares	16.133.601-7	Técnico Paramédico	Pabellón Maternidad
Aurelio Jiménez Ponce	5.976.881-6	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Bárbara Loaysa Araya	15.026.766-8	Kinesiólogo	Servicio Medicina Física y Rehabilitación
Bárbara Zuñiga Benavente	19.345.146-2	Técnico Paramédico	Servicio Obstetricia y Ginecología
Berta Pizarro Parra	10.546.978-0	Técnico Paramédico	Unidad Toma de Muestras Laboratorio Clínico
Brissa Morata Gallardo	14.105.024-9	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Byron Jardín Villarroel	18.234.643-8	Técnico en Farmacia	Farmacia
Camila Alarcón Pasten	17.019.465-9	Técnico Paramédico	Unidad Emergencia
Camila Castro Aran	18.503.126-8	Técnico Paramédico	Laboratorio Clínico
Camilo Morgado Merlez	16.133.538-K	Médico Cirujano	UTI MQ
Carlos Araya León	9.319.884-0	Auxiliar de Servicio	Pabellón Maternidad
Carlos Vega Michea	6.563.357-4	Técnico Electrónico	Eléctrico Mantención
Carmen Schweitzer Marín	13.603.517-7	Médico Cirujano	Jefe Consultas de Especialidades
Carol Araya Julio	15.680.737-0	Matrona	Encargada de Calidad Emergencia Gíneco-Obstétrica
Carol Terraza Terraza	14.103.640-8	Técnico Paramédico	Pabellón Maternidad
Carolina Espinoza Vázquez	15.979.121-1	Enfermera	Profesional Unidad de Calidad
Carolina González Barrionuevo	15.029.368-5	Técnico Paramédico	Toma de Muestras Laboratorio Clínico
Carolina Mayta Morales	12.054.154-4	Técnico Paramédico	Laboratorio Clínico
Carolina Urrutia Oswen	14.111.013-6	Enfermera	Encargada de Calidad Servicio Pediatría
Carolina Zuleta Arenas	15.610.701-8	Enfermera	Pensionado Médico Quirúrgico
Catalina Criado Avello	17.765.443-4	Técnico Paramédico	Servicio Dental
Celia Olmedo Navarro	17.018.911-6	Técnico Paramédico	Unidad Emergencia
Christie Soriano Fuentes	13.105.527-7	Técnico Paramédico	Pensionado Médico Quirúrgico
Clara Henríquez Ross	6.091.765-5	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Claudia Alancay Benavides	12.581.596-0	Técnico Paramédico	Pabellón Maternidad
Claudia Castañeda Alcayaga	16.926.739-1	Enfermera	Encargada (S) de Calidad Pabellón Central
Claudia Cubillos García	12.347.212-8	Enfermera	Supervisora (S) Unidad Emergencia
Claudia Molina Castillo	15.017.120-2	Técnico Paramédico	Pabellón Maternidad
Claudio Rojas Quinteros	5.287.797-0	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Constanza Araya Martínez	18.013.853-6	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Daniela Breton Carmona	16.245.186-3	Kinesióloga	UCI Adultos
Daniela Ledesma Mancilla	17.558.794-2	Asistente Dental	Servicio Dental
Dayanna Hernández González	15.457.800-5	Matrona	Supervisora / Encargada de Calidad Servicio Obstetricia y Ginecología
Debora Valenzuela Muñoz	18.233.502-9	Técnico Paramédico	Unidad Toma de Muestras Laboratorio Clínico
Delia González Cáceres	9.105.351-9	Auxiliar de Servicio	Servicio Medicina
Diana Olivares Saavedra	12.839.069-3	Técnico Paramédico	Unidad de Imagenología
Dina Carrizo Carvajal	13.418.650-K	Técnico Paramédico	UAPP
Edith Sierra Fernández	15.769.678-5	Técnico Paramédico	Servicio Obstetricia y Ginecología
Edwing Cortés Andrade	13.018.406-5	Matrón	Pabellón Maternidad
Elena Boricich Rodríguez	6.020.959-9	Terapeuta ocupacional	Servicio Medicina física y Rehabilitación
Elisa Escobar Rojas	13.643.416-8	Administrativa	Encargada de Calidad Archivo
Elizabeth Galarce Figueroa	17.436.336-6	Tecnólogo Médico	Unidad Toma de Muestras Laboratorio Clínico
Erica Gutiérrez Flores	14.096.863-3	Cirujano Dentista	Servicio Dental
Erich Paulov Peric	8.024.569-6	Químico Farmacéutico	Farmacia
Ericka Escalante Ramón	23.961.499-K	Auxiliar de Aseo	Pabellón Cardiovascular
Erika Segura Gómez	16.245.226-6	Enfermera	Encargada de Calidad Unidad de Diálisis
Ernesto Masana Soto	16.203.605-K	Enfermero	UCI Coronaria
Esbelcia Cortés Miranda	10.136.501-8	Administrativa	Administrativa UAP
Estefanía Villablanca Olivares	18.232.347-0	Técnico Paramédico	UCI Coronaria
Estefany Vargas Hidalgo	17.734.835-K	Técnico Paramédico	UTI MQ
Eugenio Miranda Mujica	4.383.870-9	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Evelyn Astudillo Alfaro	13.330.204-2	Cirujano Dentista	Servicio Dental
Evelyn Pinto Torrejón	16.240.437-7	Enfermera	UTI MQ
Flor María Franco Arreglo	14.727.187-5	Químico Farmacéutico	Farmacia

Francisca Álvarez Rojas	17.246.290-1	Enfermera	Unidad Emergencia
Francisca Muñoz Jara	16.911.228-2	Kinesióloga	UCI Coronaria
Francisco Bilbao Puebla	6.602.780-5	Médico Cirujano	Médico Jefe Urología (Especialidades quirúrgicas)
Francisco Castro Bugueño	15.691.428-2	Enfermero	UCI Adultos
Francisco Villalobos Palma	13.647.129-5	Médico Cirujano	UTI MQ
Franco Contreras Méndez	18.507.084-0	Técnico Paramédico	Unidad Emergencia
Frida Moller Guzmán	12.462.623-4	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Gabriela Ovando Osorio	15.982.245-1	Cirujano Dentista	Servicio Dental
Gabriela Smith Pedemonte	16.926.625-5	Médico Cirujano	Unidad Emergencia
Gino Sturione Kaid	16.245.489-7	Médico Cirujano	Unidad Emergencia
Gladys Villarroel Espinoza	7.094.766-8	Médico Cirujano	Jefe Anestesia Pabellón Central
Glauco Morales Sierra	15.679.183-3	Médico Cirujano	UCI Adultos
Guisela Villar Villar	17.454.059-4	Terapeuta Ocupacional	Servicio Medicina Física y Rehabilitación
Guissela Aguirre Constanzo	15.812.525-0	Técnico Paramédico	UCI Coronaria
Hans Castillo Cortes	17.363.083-2	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Helimenia Medina Suniaga	24.959.317-6	Médico Radiólogo	Unidad de Imagenología
Hilda Abarca Vargas	16.524.305-6	Arsenalera	Pabellón Central
Ingrid Cuevas Hamen	10.405.535-4	Matrona	Pabellón Maternidad
Isabel Alfaro Bacovich	10.675.305-9	Matrona	Encargada de Calidad (S) Servicio Obstetricia y Ginecología
Isabel Mamani Blanco	17.552.356-1	Tecnólogo Médico	Unidad de Imagenología
Iván Suarez Torres	9.171.951-7	Auxiliar de Servicio	Pabellón Maternidad
Janet Araya Araya	7.712.407-1	Técnico Paramédico	Pensionado Médico Quirúrgico
Janinna Leptón Díaz	15.018.087-2	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Janis Orellana Olivares	13.870.232-4	Enfermera	Supervisora / Encargada de Calidad Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE)
Janissel Caiconte Pizarro	18.312.559-1	Arsenalera	Pabellón Central
Jasmina Monardez Grolin	18508.765-4	Técnico Paramédico	Servicio Obstetricia y Ginecología
Jasna Covarrubias Sepúlveda	15.257.395-2	Cirujano Dentista	Servicio Dental
Javier Vera Rojas	13.744.117-9	Ingeniero Civil Industrial	Jefe de Mantención
Jazmín Aburto Díaz	18.473.728-0	Técnico Paramédico	UCI Adultos
Jeannette Flores Arancibia	10.683378-8	Enfermera	Supervisora Pabellón Central
Jenifer Guerrero López	17.568.758-0	Técnico Paramédico	UTI MQ
Jeniffer Olivares Ramírez	17.557.323-2	Técnico Paramédico	UCI Adultos
Jennifer Díaz Figueroa	15.679.966-1	Enfermera	Servicio Medicina
Jenny Vergara Sánchez	14.108-791-6	Enfermera	UCI Adultos
Jessica Álvarez Cisternas	8.999.922-7	Enfermera	Supervisora Servicio Pediatría
Jessica Bravo Rodríguez	12.216.171-4	Matrona	Profesional Unidad de Calidad
Jessica Romero Fuentes	13.633.542-1	Enfermera	Encargada de Calidad (S) Servicio Pediatría
Jimena Carrasco Ogaz	12.725.785-k	Cirujano Dentista	Encargada de Calidad Servicio Dental
Jimena Díaz Martínez	11.704.075-5	Administrativa	Unidad de Imagenología
Jocelyn Robles Rojas	16.135.176-8	Médico Cirujano	Servicio Medicina
Johana Navarro Navarro	13.871.684-8	Enfermera	Encargada de Calidad Unidad de Hemodinamia
Jordana Chávez Bello	15.690.242-K	Técnico Paramédico	Unidad Toma de Muestras Laboratorio Clínico
Jorge Barra Flores	16.133.469-3	Tecnólogo Médico	Encargado de Calidad Banco de Sangre
Jorge Cifuentes Carrasco	7.114.055-5	Médico Cirujano	Jefe Servicio Cirugía
José Cortés Chacana	13.743.629-9	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
José Luis Valenzuela Cruz	13.595.470-5	Médico Cirujano	UCI Adultos
Juan Araya Orellana	17.645.043-6	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Juan Pozo Codoceo	7.665.661-4	Administrativo	Administrativo Archivo
Juan Rodolfo Bugueño Gutiérrez	8.809.171-K	Cirujano Dentista	Servicio Dental
Juan Urrutia Reyes	9.339.708-8	Ingeniero Comercial	Director Hospital Regional de Antofagasta
Juana Salazar Castro	15.616.739-8	Técnico Paramédico	Pabellón Maternidad
Judith Ríos Olivares	17.724.357-4	Técnico Paramédico	Servicio Obstetricia y Ginecología
Karen Araya Collao	15.026.459-6	Tecnólogo Médico	Encargada de Calidad Unidad de Toma de Muestra
Karen Bustos Pasten	13.644.817-K	Enfermera	UTI MQ
Karen Chepillo González	15.972.294-5	Enfermera	Encargada de Calidad (S) Bloque Quirúrgico Especialidades (BQE)
Karin Estivales López	12.950.599-0	Enfermera	Supervisora Servicio Cirugía
Karina Carmona Figueroa	15.011.102-1	Arsenalera	Pabellón Central
Katherina Araya Fernández	15.018.395-2	Enfermera	UCI Adultos
Katherine Castillo Gutiérrez	10.574.523-0	Enfermera	Supervisora (S) UPC Pediátrica
Katherine Pérez Maldonado	17.528.435-4	Arsenalera	Pabellón Central
Keila Díaz Escobar	18.234.093-6	Técnico Paramédico	UTI MQ
Kevin Rodríguez Olivares	17.649.002-0	Tecnólogo Médico	Banco de Sangre
Kristel Bastias Cerda	16.497.259-3	Enfermera	UCI Coronaria

Laura Erazo San Francisco	13.868.116-5	Enfermera	Unidad Emergencia
Laura Muñoz Munizaga	16.704.196-5	Técnico en Farmacia	Farmacia
Leslie Contreras Romero	15.018.657-9	Auxiliar de Servicio	UTI MQ
Leslie Silva Ibacache	16.704.271-6	Kinesióloga	UTI MQ
Lindsay Mancilla Leiva	15.020.719-3	Asistente Dental	Servicio Dental
Lizett Rodríguez Araya	13.871.409-8	Química Farmacéutica	Farmacia
Lucero Moreno Rojas	18.014.794-2	Técnico Paramédico	Pabellón Maternidad
Luigi Barberis Julio	15.014.372-1	Médico Cirujano	UTI MQ
Luis Arellano Rocco	5.454.573-8	Auxiliar de Servicio	Pabellón Maternidad
Luis Quiñones Cáceres	7.994.250.2	Químico Farmacéutico	Farmacia
Luis Rivera Lara	10.295.856-K	Administrativo	Jefe Unidad de Archivo
Luminanda Fuentes Medina	6.953.463-5	Auxiliar de servicio	Servicio Medicina física y Rehabilitación
Luz Angélica Astrelli Apiolaga	11.641.945-9	Técnico Paramédico	Unidad Toma de Muestras Laboratorio Clínico
Macarena Estay Gardeazabal	17.021.229-1	Matrona	Pabellón Maternidad
Magdalena Cerda Saavedra	15.639.429-7	Enfermera	Supervisora / Encargada de Calidad UCI Coronaria
Marcela Astudillo González	13.093.160-K	Enfermera	Unidad Emergencia
Marcela Berrios Ardiles	12.616.693-1	Enfermera	Profesional Unidad de Calidad
Marcela Bordones Palta	10.482.240-1	Técnico Paramédico	Servicio Medicina
Marcela Bugueño Candia	17.829.096-7	Enfermera	Pensionado Médico Quirúrgico
Marcela Gómez Ortiz	6.546.259-1	Médico Intensivo	UCI Adultos
Marcela Rojo Vera	13.012.407-0	Matrona	Supervisora Unidad Paciente Crítico Neonatal
Marcelo Gómez Ortíz	6.546.259-1	Médico Cirujano	Jefe UCI Adultos / Jefe (S) UPC Adultos
Marcelo Sepúlveda Álvarez	7.976.018-8	Médico Cirujano	Jefe Unidad Paciente Crítico Neonatal
Marcelo Troncoso Pacheco	13.416.874-9	Enfermero	Pabellón Cardiovascular
Marco Barraza Gómez	13.917.508-K	Auxiliar de Servicio	Unidad Emergencia
Margarita Moreno Vargas	6.482.732-4	Matrona	Pabellón Maternidad
Margarita Robles Ríos	11.376.548-8	Auxiliar de Servicio	Pabellón Maternidad
Marggin Chávez Pinto	17.433.920-1	Enfermera	Servicio Medicina
María Arredondo Neira	15.975.046-9	Arsenalera	Pabellón Central
María Cerda Brockway	17.885.661-8	Arsenalera	Pabellón Central
María del Pilar Molina Fuentes	7.276.724-1	Matrona	Pabellón Maternidad
María Elena Yampara Flores	9.719.035-6	Tecnóloga Médica	Supervisora Imagenología
María Eugenia Flores Parraguez	6.862.315-4	Auxiliar de Aseo	UAPP
María José Arellano Bustamante	16.704.077-2	Técnico Paramédico	Pabellón Maternidad
María José Sepúlveda Carmona	16.795.121-9	Técnico Paramédico	Pabellón Maternidad
María José Vergara Miranda	18.013.146-9	Enfermera	Unidad Emergencia
María Pilar Azocar Rivera	11.721.983-6	Técnico en Farmacia	Farmacia
María Yampara Flores	9.719.035-6	Tecnólogo Médico	Encargada de Calidad Unidad de Imagenología
Mariana Torrico Gamboa	17.530.105-4	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Maribel Donoso Olivares	15.678.850-3	Enfermera	Supervisora (S) UCI Coronaria
Maritza Bastias Gómez	10.486.175-K	Técnico Paramédico	Unidad Emergencia
Maritza Martínez	10.757.085-3	Auxiliar de Aseo	Laboratorio Clínico
Maritza Seriche Valencia	9.762.627-8	Auxiliar de Servicio	UCI Coronaria
Maritza Zúñiga Estay	10.543.637-8	Enfermera	UTI MQ
Maritza Zurricueta Alfaro	10.412.706-1	Auxiliar de servicio	Unidad Procedimientos Endoscópicos Digestivo/ Broncopulmonar
Marlene Alfaro Soto	9.555.268-4	Técnico Paramédico	Unidad Quimioterapia Adulto
Marlene Donoso Sarria	16.436.425-9	Secretaria	Unidad Procedimientos Endoscópicos Digestivo/ Broncopulmonar
Maykol Araya Castillo	16.438.623-6	Tecnólogo Médico	Laboratorio clínico
Miguel Cerón Teran	13.672.380-4	Médico Cirujano	Unidad Anatomía Patológica
Milton Valdés Rivera	12-443.574-9	Auxiliar de Servicio	Servicio Medicina
Mitzuko Hayashida Muñoz	10.117.125-6	Técnico Paramédico	Servicio Medicina
Moisés Gallo Jiménez	8.738.457-8	Médico Cirujano	Jefe UTI MQ
Mónica González Barra	6.667.057-0	Enfermera	Supervisora Pensionado Médico Quirúrgico
Mónica Troncoso Pasache	10.543.034-5	Técnico Paramédico	Unidad Procedimientos Endoscópicos Digestivo/ Broncopulmonar
Nancy Valderrama Melgarejo	13.312.749-6	Técnico Paramédico	Pabellón Maternidad
Natalia Valenzuela Sandoval	9.999.061-9	Médico Cirujano	Jefa Laboratorio Clínico y Banco de Sangre
Nataly Cortés Carvajal	16.244.444-1	Técnico Paramédico	UCI Adultos
Nataly Olmos Abraham	17.019.883-2	Enfermera	UTI MQ
Nathalie Allendes Árias	16.672.594-1	Enfermera	Supervisora / Encargada de Calidad Procedimientos Endoscópicos
Nicol Tapia Arcos	17.0110958-4	Enfermera	UTI MQ
Nicole Delgado Alquinta	17.723.868-6	Enfermera	UAPP
Nitza Álvarez Arancibia	13.211.480-3	Técnico en Farmacia	Farmacia
Olga Núñez Saavedra	10.740.323-K	Administrativo	Laboratorio Clínico

Omar Velásquez Morales	15.019.501-2	Técnico Paramédico	UTI MQ
Oriela Castillo Vigorena	18.232.894-4	Técnico en Farmacia	Farmacia
Pamela Aros González	16.489.037-6	Arsenalera	Pabellón Cardiovascular
Pamela Schellman Jaramillo	10.923.027-8	Médico Cirujano	Jefa Unidad Paciente Crítico Pediátrico (UPCP)
Paola Carrasco Araya	13.010.152-6	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Patricia Cáceres Jara	11.818.111-5	Enfermera	Encargada Control de Infecciones
Patricia Gutiérrez Castillo	15.017.918-1	Químico Farmacéutico	Farmacia
Paulina Fuentes Fuentes	17.060.246-3	Auxiliar de Servicio	Unidad Emergencia
Paulina Leila Canihuante	16.438458-6	Enfermera	Encargada de Calidad Unidad de Emergencia
Paulina Ochoa Cañulef	16.488.685-9	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Pedro Devia Alvarado	10.932.310-1	Kinesiólogo	Unidad Emergencia
Pilar Moreno Herrera	18.014.374-2	Arsenalera	Pabellón Central
Priscila Hachin Delgado	14.222.147-0	Ingeniera Biomédica	Jefa Unidad Equipos Médicos
Raúl Contreras Vega	12.842.470-9	Enfermero	Supervisor Pabellón Cardiovascular
Raúl Marín Campos	11.734.782-6	Enfermero	Pabellón Central
Raúl Vera Estay	17.082.587-k	Ingeniero Biomédico	Ingeniero Apoyo Equipos Médicos
Roberto Alejandro Rojas Morales	15.982.440-3	Enfermero	Unidad de Transporte
Romina Aguilar Veliz	17.527.902-4	Enfermera	Encargada de Calidad Quimioterapia Infantil
Romina Espejo Castillo	13.179.691-9	Técnico Paramédico	Unidad de Imagenología
Romina Napoletani Ramírez	17.724.926-2	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Rosa Cereceda Lemus	10.132.534-2	Técnico Paramédico	Servicio Medicina
Rosa Santander Osorio	8.819.016-5	Enfermera	Supervisora Unidad Atención Progresiva de Paciente (UAPP)
Rossana Huerta Marchant	9.822.062-3	Tecnólogo Médico	Supervisora Unidad de Imagenología
Rossana Pacheco Escalera	8.916.185-1	Enfermera	Supervisora (S) Unidad de Intermedio (UTI MQ)
Roxana Parra Lara	13.115.050-4	Tecnólogo Médico	Supervisora / Encargada de Calidad Unidad Anatomía Patológica (UAP)
Rudis Jaime Soto	11.382.998-2	Técnico Paramédico	Servicio Medicina
Ruth Fuentes Parra	10.079.220-6	Asistente Dental	Servicio Dental
Ruth López Ortiz	6.620.055-8	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Ruth Mamani Gómez	17.362.211-2	Arsenalera	Pabellón Cardiovascular
Ruth Ramos Bradanovic	8.959.390-5	Matrona	Supervisora Unidad Emergencia Gíneco-Obstétrica
Ruth Solís Voisin	5.921.309-1	Médico Cirujano	Jefa Servicio de Medicina
Sandra Bustamante Ramírez	9.040.038-K	Auxiliar de Servicio	UCI Adultos
Sandra González Erazo	10.715.448-5	Enfermera	Encargada de Calidad Pensionado Médico Quirúrgico
Sandra Trujillo Hernández	15.019.748-1	Químico-Farmacéutico	Encargada de Calidad Farmacia
Sergio Peters Agoni	17.201.307-4	Terapeuta ocupacional	Unidad Medicina física y Rehabilitación
Sharon Latorre Hernández	16.184.280-K	Enfermera	UCI Coronaria
Slainerd Videla Robles	18.790.048-4	Técnico Paramédico	Unidad Toma de Muestras Laboratorio Clínico
Sonia Cuello Manterola	9.106.515-0	Auxiliar de Servicio	Pensionado Médico Quirúrgico
Stefanie Urrelo Saire	18.792.094-9	Técnico Paramédico	UTI MQ
Stefany Acuña Monsalve	15.982.057-2	Enfermera	UTI MQ
Stephany Escudero Jiménez	15.680.780-k	Enfermera	Encargada de Calidad Servicio Cirugía
Thamara González Díaz	13.501.529-6	Auxiliar de Servicio	Unidad de Imagenología
Tirsa González Antiquera	8.462.682-1	Enfermera	Supervisora UCI Adultos / Encargada de Calidad UPC Adultos
Tomás Aguilar Gainza	13.209.351-2	Tecnólogo Médico	Unidad de Hemodinamia
Valeria Gallardo Silva	15.513.732-0	Enfermera	Supervisora / Encargada de Calidad Quimioterapia Adulto
Verónica Contreras Toro	7.525.652-3	Enfermera	Supervisora / Encargada de Calidad UPC Pediátrica
Verónica Montes Espinoza	15.980.976-5	Cirujano Dentista	Servicio Dental
Verónica Rivero Velásquez	12.442.955-2	Técnico en Farmacia	Farmacia
Victoria Olivares Esquivel	10.037.180-4	Técnico Paramédico	UCI Coronaria
Viviana Molina Palma	18.790.844-2	Administrativa	Secretaria UAP
Wanda Bugueño Troncoso	6.764.723-8	Kinesióloga	Jefa Servicio Medicina Física y Rehabilitación
Wladimir Castillo	16.706.014-5	Administrador Público	Encargado de Capacitación
Ximena Haro Salinas	13.869.023-7	Matrona	Supervisora Unidad de Neonatología
Ximena Rojo Monroy	12.615.611-1	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Ximena Wong Wong	13.016.770- 5	Administrativa	Unidad de Imagenología
Yanis Campillay Cortes	17.514.391-2	Enfermera	Unidad Emergencia
Yerko Villagra Jofré	16.135.226-8	Kinesiólogo	UTI MQ

PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA EVALUACIÓN

Describir los procedimientos establecidos por la Entidad:

1. **Sorteo aleatorio y designación de la entidad acreditadora para realizar el proceso de Acreditación del Hospital Regional de Antofagasta.**
   - Ausus Sum Management Consultores Ltda., recibe notificación - de parte de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, el día 5 octubre de 2015, - a través del Acta Nº28- 2015, del sorteo y Proceso de Designación aleatoria de Entidad(es) Acreditadora(s).

2. **Aceptación del proceso por parte de Ausus Sum Management Consultores Ltda.**
   - Ausus Sum Management Consultores Ltda., realiza procedimiento de aceptación del proceso de acreditación en el sistema informático de la Superintendencia de Salud el 13 de octubre 2015

3. **Recepción pago primera cuota del proceso de acreditación.**
   - El prestador cancela la primera cuota el día 15 de octubre de 2015. El contacto se establece con Dra. Alejandra Muñoz M., Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente del Hospital Regional de Antofagasta, al correo electrónico: alejandra.munozm@redsalud.gov.cl

4. **Se solicita antecedentes del Prestador a la Superintendencia de Salud.**
   - El 15 de octubre de 2015 Benedicto Romero Hermosilla, encargado de la Unidad de Admisibilidad y Autorización de la Intendencia de Prestadores, remite los documentos de Autoevaluación y la Ficha Técnica.

5. **Notificación al Prestador de la fecha de realización del proceso de acreditación por parte de Ausus Sum Management Consultores Ltda.**
   - Se notifica por correo electrónico, el día 19 de Octubre de 2015 a la Dra. Alejandra Muñoz, Jefe de la Unidad Calidad y Seguridad del Paciente, que la visita de acreditación se realizará entre el 26 de noviembre y el 4 de diciembre de 2015. Se envía copia del correo electrónico a acreditacion@superdesalud.gob.cl

6. **Conformación del equipo de evaluadores y comunicación oficial de la distribución de características del proceso de acreditación.**
   - Se define, con fecha 11 de Octubre 2015, el equipo de evaluadores y el responsable de la Dirección Técnica del proceso. Se confirman las características a cada miembro del equipo evaluador.

7. **Envío del cronograma, listado de evaluadores participantes y Dirección Técnica del proceso al correo de la Superintendencia de Salud, por parte de Ausus Sum Management Consultores Ltda.**
   - A través de correo electrónico, en los plazos estipulados; se envía la siguiente información:
     - Nómina completa de los evaluadores asignados por la Entidad a las distintas actividades de evaluación en el procedimiento de acreditación del prestador.
     - Cronograma de trabajo con la identificación de las características y puntos de verificación asignados a cada profesional.

8. **Envío de cronograma del proceso de acreditación al Prestador por parte de Ausus Sum Management Consultores Ltda.**
   - Se envía, con fecha 16 de Noviembre de 2015, el cronograma del proceso a la Dra. Alejandra Muñoz, Jefe Unidad Calidad y Seguridad del Paciente. Dado que el Prestador solicitó cambios en la programación, se envió la versión definitiva el día 19 de Noviembre de 2015.

9. **Actividades de Planificación del Proceso en Ausus Sum Management Consultores Ltda.**
   - A partir de la fecha de aceptación del proceso de acreditación se realizan distintas actividades de planificación y coordinación, de acuerdo a los procedimientos establecidos en la Entidad.
   - Se realiza reunión final de coordinación del proceso con todos los evaluadores participantes en el proceso el día 25 noviembre de 2015. Se hace entrega del material de apoyo para la realización de la visita en terreno.

10. **Desarrollo del Proceso de Acreditación durante la visita en terreno:**
    - Se desarrolla en terreno el proceso en las dependencias del Hospital Regional de Antofagasta entre el 26 de noviembre y el 4 de diciembre de 2015.
    - El día lunes 26 de octubre de 2015 a las 10 horas: reunión de inicio con los directivos del Prestador, participan los evaluadores, la Directora Técnica y Representante Legal de Ausus Sum Management Consultores Ltda., y los directivos superiores de la institución prestadora. La reunión finaliza a las 10.55 horas.
    - La Directora Técnica realiza una breve presentación de las generalidades del proceso y de los evaluadores. Se levanta acta de la reunión.
    - Se realizan una serie de preguntas, a las cuales los directivos dan respuestas; las que quedan consignadas en el acta de la reunión de inicio.
    - Se realizan 2 reuniones extraordinarias con los Directivos del Prestador.
      - En la primera, se pide aclarar dudas en relación a la realización de endoscopías de otorrino.
      - En la segunda, se solicita al Prestador presentar los antecedentes relativos a la monitorización de la característica GCL 1.7, dado que la Entidad Acreditadora realizará una consulta a la Superintendencia de Salud.

    - En el proceso de acreditación participa María Angélica Arancibia Medina, profesional de la Unidad de Fiscalización

en Acreditación de la Superintendencia de Salud.

11. Se realizan 10 consultas a la Superintendencia de Salud durante el proceso, al link http://acreditacion.superdesalud.gob.cl/gestionconsulta/GestionConsulta/ConsultaPublico.aspx (algunas se realizan por correo, por dificultades de conectividad). Éstas se detallan a continuación:

    Consulta: Nº2019-2015 (26 de noviembre):
    Se solicita pronunciamiento a la Superintendencia de Salud (SIS) respecto a la inclusión de dos unidades de Quimioterapia existentes en dependencias del Prestador: una Unidad Infantil (no incluida en los antecedentes previos entregados a la Entidad Acreditadora) y una Unidad de Adultos, en la cual se atienden pacientes del Centro Oncológico Antofagasta (COA). La consulta se realiza dado que existe un pronunciamiento previo de la SIS, contenido en el ORD/IP N°2964 del 20 de noviembre de 2013, en orden a excluir del sorteo a los pacientes del COA.

    Consulta: Nº2027-2015 (30 de noviembre):
    Se solicita un pronunciamiento a la SIS respecto al punto de verificación "PRO Endoscópicos, respecto a las nasofibroscopías, dado que el Prestador no había declarado la realización de estos procedimientos y la existencia de Autorización Sanitaria para una sala de procedimientos de la especialidad. Adicionalmente, se consulta respecto al tratamiento que se debe dar, en el proceso de acreditación, a una sala de procedimientos de cistoscopias ubicada en dependencias de Urología y dependiente del Servicio de Pabellones Quirúrgicos.

    Consulta: S/Nº (30 de noviembre 2015):
    Se solicita un pronunciamiento a la SIS respecto a la inclusión del equipo de Gammacámara en el proceso de acreditación.

    Consulta: Nº2047-2015 (2 de diciembre):
    Se consulta respecto a la inclusión, en el listado de evaluación del elemento medible 21 de la característica RH 1.2, de una persona que figura en la nómina oficial de personal del Hospital como "técnico titular", pero que se desempeña en funciones administrativas. El Prestador declara que, por razones reglamentarias, no ha sido posible cambiar la denominación de su cargo.

    Consulta: Nº2045-2015 (2 de diciembre):

    Se solicita un pronunciamiento a la SIS, respecto a la aplicación de una metodología de constatación, señalada en el Compendio de Circulares Interpretativas versión número 3, del 14 de enero de 2015, en la verificación del tercer elemento medible de la característica obligatoria GCL 1.7.

    Consulta: Nº2054-2015 (3 de diciembre):
    Criterio a aplicar en la evaluación de característica RH 1.3 respecto a la fecha de corte la revisión de la vigencia de las especialidades médicas y odontológicas, dado el período de retrospectividad definido para el proceso. Existen casos de vigencia, de algunos profesionales de la nómina del Prestador, hasta el 6 de noviembre de 2015

    Consulta: Nº2061-2015 (4 de diciembre):
    Se solicita la verificación de la certificación como Prestadores Individuales de 12 médicos extranjeros quienes presentan documentos de habilitación de la SEREMI de Salud de Antofagasta identificándolos con el número de pasaporte. Dado que existe un pronunciamiento de la SIS, en orden a que se les debe identificar con el RUT, se consulta respecto a la validez de los referidos documentos para los efectos de la evaluación de las características RH 1.1 y RH 1.3

    Consulta: Nº2062-2015 (4 de diciembre):
    Se solicita la verificación de la certificación como Prestadores Individuales de 2 médicos venezolanas quienes presentan documentos de habilitación de la SEREMI de Salud de Antofagasta identificándolas con el número de pasaporte y, revisar, coincidencia del número de pasaporte de las profesionales referidas con el RUT de 2 profesionales chilenas incluidas en la nómina de personal del Hospital. La consulta se refiere a las características RH 1.1 – RH 1.2 y RH 1.3

    Consulta: Nº2066-2015 (6 de diciembre):
    Se solicita un pronunciamiento respecto a la certificación de Prestadores Individuales de médicos extranjeros autorizados por Resoluciones Exentas de la SEREMI de Salud de Antofagasta, en cuyas Resoluciones se explicita una vigencia menor a tres años (contados de la fecha de la visita en adelante). La consulta se refiere a las características RH 1.1 y RH 1.3

    Consulta S/Nº (16 de febrero 2016):
    Se solicita un pronunciamiento respecto a la inclusión del SAMU en el proceso de acreditación, dado que el Prestador lo ha presentado como servicio de transporte de pacientes.

12. El viernes 4 de diciembre de 2015: se realiza la reunión de cierre del proceso, entre las 16.45 hrs.., y las 17.10 horas. Participan los directivos de la institución, la Directora Técnica y las evaluadoras del equipo de Ausus Sum Management Consultores Ltda. Se firman las actas correspondientes.

13. Las actas de las reuniones de inicio y de cierre, quedan en poder de la Dirección del Prestador y de la Dirección Técnica de la Entidad. Se envían las copias al correo electrónico acreditacion@superdesalud.gob.cl

UNIDADES Y SERVICIOS CLÍNICOS DEL PRESTADOR

UNIDAD O SERVICIO	UBICACIÓN – DIRECCIÓN	Diferencia con Autorización Sanitaria
Anatomía Patológica	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Atención de Donantes	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Banco de Sangre	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Cardiovascular Pediatría	No aplica	No aplica
Cirugía Hombres	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Cirugía Infantil	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Cirugía Mujeres	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Consultas Ambulatorias Adultos	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Consultas Ambulatorias Pediatría	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Dental	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Diálisis	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Endoscopía	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Esterilización	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Farmacia	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Hemodinamia	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Imagenología	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Intermedio Adultos	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Intermedio Pediatría	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Kinesioterapia y Rehabilitación	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Laboratorio	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Medicina Hombres	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Medicina Mujeres	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Medicina Transfusional	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Neonatología	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Obstetricia-Ginecología	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Oncología Adulto (QMT)	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Oncología Infantil (QMT)	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Pabellón Cirugía Ambulatoria	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Pabellón General	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Pabellón Obstetricia-ginecología	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Pensionado	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Psiquiatría	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Radioterapia	No aplica	No aplica
Traumatología	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Unidad Coronaria	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
UPC Adulto	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
UPC Cardiovascular	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
UPC Neonatología	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
UPC Pediatría	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Urgencia Adultos	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Urgencia Escolar	No aplica	No aplica
Urgencia Infantil	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Urgencia Obstetricia-Ginecología	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Vacunatorio	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita

EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN

CARACTERÍSTICAS QUE NO LE APLICAN AL PRESTADOR

Característica	FUNDAMENTO DE LA NO APLICABILIDAD
APF 1.1	El Prestador declara que no compra servicios a terceros.
APD 1.1	El Prestador declara que no compra servicios a terceros.
APQ 1.1	El Prestador declara que no compra servicios a terceros.
APK 1.1	El Prestador declara que no compra servicios a terceros.
APTr 1.1	El Prestador declara que no compra servicios a terceros.
APR 1.1	El Prestador no realiza prestaciones de Radioterapia.
APR 1.2	El Prestador no realiza prestaciones de Radioterapia.
APR 1.3	El Prestador no realiza prestaciones de Radioterapia.
APR 1.4	El Prestador no realiza prestaciones de Radioterapia.
APT 1.1	Superintendencia de Salud instruye excluir al SAMU del proceso de acreditación.
APT 1.2	Superintendencia de Salud instruye excluir al SAMU del proceso de acreditación.

DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS EVALUADAS QUE LE APLICAN AL PRESTADOR

ÁMBITO DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

CARACTERÍSTICA DP 1.1 / HALLAZGOS

DP 1.1 – Primer y segundo elemento medible: Verifica existencia de carta de derechos y deberes de los pacientes instruida por la Resolución Exenta N° 605 de septiembre de 2012, del MINSAL.

Sector de Acceso, Sectores Espera de Público, Urgencia
Se verifica existencia de la carta de derechos: Si
Lugar en donde se verifica: Sector de acceso principal, Sectores de espera de público planta principal primer piso, sector de espera de público en Consultas de Especialidad, sectores de espera en Hospitalización, Urgencia Adulto – Pediátrica y Gíneco –Obstétrica
Observaciones: Se verifica en lugares de alta concurrencia la "carta de derechos y deberes de los Pacientes", se constata que cumple con los estándares establecidos en el "Manual de Norma Gráfica" según resolución N° 605 del Minsal, en cuanto a: ubicación, dimensión, visibilidad, luz, colores, contenidos específicos, características del texto.

CARACTERÍSTICA DP 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: 1	
Umbral de la característica: 80%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA DP 1.2 / HALLAZGOS

DP 1.2 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de gestión de reclamos.

Dirección o Gerencia		
Nombre del documento: "Procedimiento Gestión de Reclamos"		
N° Resolución: N°15316 - 17/12/2013	Versión: 2	Fecha: Noviembre 2013
Elaborado por: Fanny Cabrera R., Asistente Social, Gestora Usuarios "Hospital Regional de Antofagasta "	Aprobado por: Juan Pablo Matattall, Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 14
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Gestión de Reclamos, código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento son: Director, Jefa Unidad Gestión de Usuarios, Asistente Social, Funcionaria OIRS. En ítem 7 "Descripción del Proceso" detalla el procedimiento de recepción, análisis, plazos y respuesta de los reclamos presenciales ambulatorios y hospitalarios; reclamos virtuales; reclamos por posible negligencia y reclamos derivados del Servicio de Salud. Establece que Gestión del Usuario debe elaborar un informe trimestral cualitativo y cuantitativo para conocimiento y análisis de la Dirección. En anexos, los formularios de solicitud digital del comprobante de reclamo, formato de solicitudes ciudadanas, derivación de la Oficina de Información Reclamos y Sugerencias (OIRS) a Unidad Clínica o Administrativa y el flujograma del procedimiento de gestión de reclamos.		

DP 1.2 – Segundo elemento medible: Existe un análisis global de los reclamos que considera al menos: evaluación por áreas, causas principales y oportunidad de respuesta.

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento: Informe Análisis Global de Reclamos Hospital Regional Antofagasta, Abril –Junio y Julio- Septiembre de 2015					
Elaborado Por : Fanny Cabrera Ramírez, Asistente Social Gestora Usuarios, "Hospital Regional de Antofagasta"		Aprobado por: Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional Antofagasta			
Considera (Si/No)	1. Evaluación por áreas	Si	2. Causas principales	Si	3. Oportunidad de respuesta	Si
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tienen a la vista los informes de análisis de los reclamos del segundo y tercer trimestre de 2015, denominados "Informe Análisis Global de Reclamos" en los cuales se realiza un análisis cuantitativo y cualitativo de los reclamos recepcionados en cada periodo. En el análisis cuantitativo se clasifican los reclamos en 11 causas, entre ellas tiempos de espera, trato, competencia técnica, infraestructura y se grafica comparativamente con igual trimestre del año anterior. El análisis cualitativo está referido al detalle de reclamos por Centro de Responsabilidad indicando junto a cada uno la solución implementada; reclamos por estamento y felicitaciones.					

DP 1.2 – Tercer elemento medible: Se constata que existe fácil acceso al sistema de formulación de reclamos.

Sectores de Hospitalización
Lugar donde se verifica: Se constatan buzones de reclamo en sector hospitalización en todos los pisos del edificio principal:

- Segundo piso: Acceso a Pensionado Médico Quirúrgico, Unidad Coronaria - Tercer piso: Acceso a Servicio Cirugía y UAPP - Cuarto piso: Acceso a Servicio Medicina y Quimioterapia adulto - Quinto piso: Acceso a Servicio Obstetricia y Ginecología y Neonatología - Sexto piso: Acceso a Servicio Pediatría, Quimioterapia y Cirugía Infantil - Séptimo piso: Acceso a Bloque Quirúrgico de Especialidades, UTI MQ
Descripción sistema de reclamos (De acuerdo a documento del Prestador): En el acceso a las Unidades Clínicas de hospitalización el prestador ha dispuesto buzones para la recepción de reclamos y sugerencias, para ello se dispone del formulario "Formato de Solicitud Ciudadana", el cual debe ser llenado a mano por el usuario. Las secretarias de cada Unidad Clínica son las responsables de mantener la provisión de formularios y lápices a un costado del buzón. El retiro de las solicitudes desde el buzón es realizado por funcionaria de la OIRS, quien lo ingresa al sistema de Trámite en Línea, con lo cual se inicia el proceso de gestión. El reclamo es enviado al Jefe de la Unidad Clínica correspondiente, quien recopila antecedentes y propone respuesta. La OIRS evalúa los antecedentes y respuesta de la jefatura con lo cual prepara respuesta al usuario que es visada y firmada por el Director. La respuesta escrita es enviada por correo certificado en un plazo de 15 días hábiles, con el ordinario de respuesta al usuario se cierra la solicitud en el sistema Trámite en línea.
Sectores de Espera de Público
Lugar donde se verifica: Se constata funcionamiento de la OIRS, ubicada en el primer piso del edificio principal y acceso a buzones de reclamos en sectores de espera a consultas de especialidades y sectores de espera en pasillos
Descripción sistema de reclamos (De acuerdo a documento del Prestador): El usuario puede realizar su reclamo en forma presencial en la OIRS, en la cual ingresan la solicitud al Sistema Trámite en línea, en caso de no disponer de sistema se realiza manualmente en formulario foliado. Se entrega al usuario copia del reclamo con número de trámite, timbre, fecha de recepción y clave para seguimiento de la gestión en línea El reclamo se deriva al Jefe de la Unidad clínica o administrativa correspondiente, para recopilación de antecedentes y propuesta de respuesta, una vez aprobada ésta por la dirección se envía al usuario por carta certificada en un plazo de 15 días hábiles. Con el ordinario de respuesta al usuario se cierra la solicitud en el sistema Trámite en línea.
Urgencia
Lugar donde se verifica: Se constatan buzones de reclamo en sector de Emergencia Adulto – Pediátrica y Emergencia Gíneco – Obstétrica, primer piso de edificio principal.
Descripción sistema de reclamos: (De acuerdo a documento del Prestador): El usuario puede realizar su reclamo en forma presencial en la OIRS, en horario hábil, mediante formulario "Formato de Solicitud Ciudadana" y depositarlo en los buzones habilitados en la Unidad de Emergencia o en la Oficina virtual de la OIRS a través de Internet. En cualquiera de las modalidades antes mencionadas en que se reciba el reclamo, se deriva al Jefe de la Unidad para que realice la recopilación de antecedentes y los derive a la OIRS con la propuesta de respuesta, en OIRS se evalúa y prepara respuesta al usuario, la cual una vez visada por la Dirección se le envía al usuario por carta certificada en un plazo de 15 días hábiles. Con el ordinario de respuesta al usuario se cierra la solicitud en el sistema Trámite en línea.

CARACTERÍSTICA DP 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Primer elemento medible	Segundo elemento medible	Tercer elemento medible
Dirección o Gerencia	1	1	
Sectores de Hospitalización			1
Sectores de Espera de Público			1
Urgencia			1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 5/5	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA DP 1.3 / HALLAZGOS

DP 1.3- Primer elemento medible: Se ha designado responsable de la evaluación del respeto de los derechos de los pacientes

Dirección o Gerencia		
Documento que designa nombramiento: Resolución Exenta		
N° Resolución: 9724	Versión: NA	Fecha: 29 Agosto 2013
Elaborado por: NA	Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia:-	N° páginas: 01
Nombre del responsable: Fanny Cabrera Ramírez	Profesión: Asistente Social	Cargo: Gestora de usuarios
Observaciones: Se tiene a la vista en Dirección que el responsable de la Evaluación del respeto de los Derechos de los Pacientes estará a cargo de un Profesional Grado 10, de 44 horas, semanales.		

DP 1.3 - Segundo elemento medible: Se ha definido un sistema que evalúa el respeto a los derechos de los pacientes y que incorpora la percepción de éstos.

Dirección o Gerencia	
Nombre del documento:" Procedimiento Evaluación del Respeto y de los Derechos y Deberes del paciente"	
Elaborado por: A S. Fanny Cabrera, Gestora Usuarios Hospital	Aprobado por: Juan Pablo Mattatall L, Director Hospital

Regional Antofagasta	Antofagasta
Tipo de instrumento de evaluación: " Encuesta de evaluación de la percepción del respeto de los derechos y deberes de los pacientes "	
Breve descripción del contenido del documento: Documento " Procedimiento Evaluación del Respeto y de los Derechos y Deberes del paciente", Código: PO-UGU-08, versión 01, con fecha de emisión Noviembre 2013, con una vigencia de 3 años, describe en el punto 1 denominado "Objetivos", que incluye: - Evaluar la percepción sobre respeto de los derechos de los usuarios, aplicando una encuesta. - Informar los resultados y establecer planes de mejora según estos. En el punto 2 denominado "Alcance", establece que el procedimiento aplica a los usuarios que asisten al Hospital Regional de Antofagasta. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe según cargo las responsabilidades de cada uno. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", especifica que el instrumento de evaluación a utilizar consiste en una "Encuesta de evaluación de la percepción del respeto de los derechos y deberes de los pacientes ", que evalúa el cumplimiento de los principales aspectos: - Conocimiento de la Carta de Derechos y Deberes de los pacientes y a través de qué forma la conoció. - Características de la información. - Trato recibido. - Información previa a las atenciones recibidas. - Solicitud de autorización para ser grabado o fotografiado. - Conocimiento del acceso de la información a la Ficha clínica. - Conocimiento sobre condición de aceptar, rechazar atención y solicitud de alta voluntaria. - Acceso a asistencia espiritual. - Conocimiento de sistema de Reclamo, Sugerencias, Consultas y Felicitaciones. - Solicitud del Consentimiento en caso de Procedimiento quirúrgico. - Solicitud de participar en actividades de docencia. - Conocimiento de sus Deberes. La aplicación de la encuesta se realiza en la Unidad de Recaudación, de forma diaria, de lunes a viernes a una muestra de paciente. Contiene anexo 1: Flujograma que describe desde la aplicación de la encuesta hasta entrega de resultado al Director. Anexo 2: "Encuesta de evaluación de la percepción del respeto de los derechos y deberes de los pacientes ".	

DP 1.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Dirección o Gerencia
Verifica la evaluación periódica: "Informe de percepción del respeto de los derechos de los pacientes en el Hospital Regional de Antofagasta – Primer Semestre 2015"
Periodo evaluado (Semestre): Primer semestre 2015
Documentos revisados (Encuestas-Informes): "Informe de percepción del respeto de los derechos de los pacientes en el Hospital Regional de Antofagasta – Primer Semestre 2015"

CARACTERÍSTICA DP 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM:1	2° EM:1	3° EM:1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA DP 2.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

DP 2.1 – Primer elemento medible: Se describe en documento de carácter institucional los requerimientos y características para el consentimiento informado.

Nombre del documento: Procedimiento Obtención del Consentimiento Informado							
N° Resolución:0247 Código: PPO-SDM-01		Versión:04			Fecha Resolución Exenta: 16/04/2015 Fecha Documento : 12/2014		
Elaborado por: Dra. Natalia Valenzuela S. Dra. Alejandra Muñoz M. Encargadas Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente			Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N. Director (S) Hospital Regional Antofagasta				
Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 12/2019			N° páginas: 11		
Considera casos en que deber requerirse al menos en : (Si/No)							
1. Cirugías mayores	Si	2. Procedimientos de hemodinamia	Si	3. Procedimientos endoscópicos	Si	4. Procedimientos de imagenología intervencional	Si
Define características del consentimiento escrito (Si /No)							
1. Especifica procedimiento a realizar					Si		
2.Define que con la firma del paciente o familiar recibieron de parte de quien realizará el procedimiento la información de:							
a). Objetivo de la intervención		Si	b). Características		Si	c). Potenciales riesgos	Si
3. El consentimiento informado debe registrar al menos:							
d). Nombre y firma del paciente	Si	e) Nombre y firma del profesional responsable del procedimiento		Si	f). Fecha de obtención del consentimiento		Si
4. El documento describe al menos los siguientes procedimientos:							
g). Procedimiento de obtención del CI, con la definición del responsable.		Si	h). Procedimiento para menores de edad, personas con dificultad de entendimiento, o alteración de conciencia				Si

Puntos de verificación en los que se constata el documento:						
Dirección o Gerencia	Cirugía Adulto	Cirugía Infantil	Subespecialidades Quirúrgicas	API	PRO Endoscópico	Hemodinamia
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:						

Se constata la existencia del documento, en que describe los requisitos mínimos que debe cumplir el "Consentimiento Informado", en los siguientes Servicio o Unidades:

- Dirección,
- Cirugía Adulto,
- Cirugía Infantil,
- Bloque Quirúrgico de especialidades para punto de verificación Subespecialidades Quirúrgicas
- Servicio de Imagenología,
- Unidad de Procedimientos Endoscópicos
- Unidad de Hemodinámia.

Este elemento medible se cumple en todos los puntos de verificación que le aplican al Prestador.

Breve descripción del documento:

En documento institucional presentado por el Prestador, en página 2 consta el alcance del documento el que señala que la obtención del Consentimiento Informado (CI) aplica a todos los procedimientos invasivos diagnósticos y /o terapéuticos que se realicen en el establecimiento, éstos incluyen: Cirugía Mayor Ambulatoria y no Ambulatoria, Procedimientos Endoscópicos de todo tipo, procedimientos de Hemodinamia, Procedimientos de Imagenología Intervencional y todo otro procedimiento que se realice en pabellón quirúrgico. En página 3 señala las responsabilidades de:

- Médico que ejecuta el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico y/o invasivo, intervención quirúrgica, o bien cualquier otro profesional médico del mismo equipo de salud; éste es responsable de la obtención del Consentimiento Informado, es quién debe, además, verificar que los datos registrados concuerden con los pacientes y con el procedimiento a realizar
- Matronas. Enfermeras y Tecnólogos Médicos: son responsables de verificar que se encuentre el documento Consentimiento Informado en la ficha clínica y que éste cuente con todos los contenidos obligatorios solicitados en el procedimiento institucional, previo a la realización del procedimiento. En caso de no ser así, debe informar al médico responsable la falta de este documento.

En la página 6 figura la descripción del proceso el que abarca los siguientes pasos:

1. Obtención del Consentimiento Informado (CI): El médico responsable de la ejecución del procedimiento y/o intervención quirúrgica o el médico miembro del equipo, debe explicar al paciente y /o responsable de éste, según aplique, el procedimiento o intervención a realizar, indicando los objetivos de ésta, los potenciales riesgos como también las posibles opciones al procedimiento indicado, que tiene derecho a negarse a la intervención o procedimiento e incluso a revocar su autorización. El médico debe realizar este procedimiento dando los tiempos necesarios al paciente o responsable legal a tomar una decisión informada y sin presiones. En el caso de pacientes analfabetos, el representante legal o en su defecto el médico que solicita el CI, es el encargado de leerle al paciente el documento. El paciente debe consignar su huella digital o firma en caso de consentir, denegar o revocar el CI.
   En los casos de pacientes menores de edad o con discapacidad mental es el representante legal quién firma el CI
2. Constancia de la Aplicación del Consentimiento Informado (CI): Se debe dejar constancia de la obtención del CI en el Formulario RG-SDM-01-03
3. Se debe registrar, obligatoriamente, en el formulario de Consentimiento Informado los siguientes datos:
   - Nombre, dos apellidos y firma del paciente
   - Un nombre dos apellidos y firma del representante legal, si el paciente no puede firmar el CI
   - Un nombre y, al menos, un apellido, Rut y firma del médico que ejecuta el procedimiento. Este ítem puede ser reemplazado por el timbre del médico que contenga los datos requeridos
   - Diagnóstico médico
   - Procedimiento a realizar y localización anatómica cuando aplique
   - Marcación escrita en recuadro de acepto o rechazo
   - Marcación escrita de revocación si corresponde
   - Fecha de aplicación del CI
4. El formulario de Consentimiento Informado debe quedar archivado en la ficha clínica del paciente
5. El registro del Consentimiento Informado puede ser Digital o Manual Si el Registro es Digital: el llenado de los campos puede realizarse en forma digital, sin embargo este debe ser impreso, y firmado por el médico que obtiene el CI y por el paciente o representante legal
6. Excepciones para la aplicación del Consentimiento Informado (CI) de acuerdo al Artículo 15 de la Ley 20.584
   - En el caso de que la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones, supongan un riesgo para la Salud Pública, según el código sanitario, debiendo dejar constancia en la ficha clínica
   - En aquellos casos que exista riesgo vital (incluye riesgo vital inmediato (materno o fetal) o riesgo de secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata y el paciente no se encuentra en condiciones de expresar su voluntad o no se dispones de representante legal
   - Cuando la persona se encuentra en incapacidad de expresar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal por no existir o no ser habido, en orden de garantizar la protección de la vida.
   - En estos casos, solo queda registrado por el médico Caso de Urgencia Vital
   - No obstante lo anterior, el médico tiene la obligación de explicar posteriormente lo realizado al paciente o representante legal.

El Prestador, adjunta al documento el Formulario RG-SDM-01-03. Formulario del Consentimiento Informado

DP 2.1 – Segundo elemento medible: Se constata uso de consentimiento informado con los elementos definidos en este instrumento, para cirugías mayores, procedimientos endoscópicos, procedimientos de hemodinámia y de imagenología intervencional realizadas en la institución.

	Metodología de Constatación
Cirugía Adulto	a) La constatación del uso del Consentimiento Informado se realiza, mediante la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación Post Operatoria y en el Servicio de Cirugía Adulto. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores correspondientes al periodo evaluado

	con el propósito de verificar en la ficha Clínica: - Presencia del documento - Si el documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional Se revisan 8 fichas clínicas en Recuperación y en 10 fichas clínicas en el Servicio de Cirugía, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en las fichas de los 18 pacientes. b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos, de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015). Mediante randomización, se seleccionan 30 fichas del total de 2.700 Cirugías Mayores informadas por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las fichas clínicas la existencia del Formulario de Consentimiento Informado y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los siguientes aspectos: • Fecha de la obtención del consentimiento; • Nombre y firma del paciente o representante legal; • Procedimiento a realizar; • Nombre y firma del paciente o su representante legal; en los casos de pacientes con problemas de psiquiátricos, con incapacidad de tomar sus propias decisiones o con alteración de conciencia. Esta firma establece que se recibió la información de parte del profesional que efectuará el procedimiento respecto de los objetivos de éste, sus características, beneficios y potenciales riesgos; • Firma y/o timbre del profesional que realizará el procedimiento quirúrgico; • Negación o rechazo; (dan por cumplido si solo tiene el timbre del profesional) • Revocación (en este punto del formulario nuevamente se deben señalar los datos y firma del paciente). Revisados los Formularios de Consentimiento Informado y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados en las 30 fichas clínicas seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.
Cirugía infantil	a) La constatación del uso del consentimiento informado se realiza, mediante la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación Post Operatoria y al Servicio de Cirugía Infantil. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva, de una muestra seleccionada aleatoriamente, de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores correspondientes al periodo evaluado con el propósito de verificar en la ficha clínica: • Presencia del documento en la ficha clínica • Si el documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional Se revisan 6 fichas clínicas en área Recuperación y en 5 fichas clínicas en Servicio de Cirugía Infantil, constando el cumplimiento del procedimiento institucional en los 11 pacientes. b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015). Mediante randomización, se seleccionan 30 fichas del total de 510 Cirugías Infantiles informadas por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las fichas clínicas la existencia del Formulario de Consentimiento Informado y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los siguientes aspectos: • Fecha de la obtención del consentimiento; • Nombre y firma del paciente o representante legal; • Procedimiento a realizar; • Firma del paciente o su representante legal que establece haber recibido información de quien efectuará el procedimiento respecto de los objetivos de éste, sus características, beneficios y potenciales riesgos; • Firma y/o timbre, del profesional que realizará el procedimiento quirúrgico; • Negación o rechazo • Revocación (en este punto del formulario nuevamente se deben señalar los datos y firma del paciente • Firma del representante legal en caso de pacientes: menores de edad, que no estén en condiciones de tomar sus propias decisiones, pacientes psiquiátricos, o con alteración de conciencia Revisados los Formularios de Consentimiento Informado y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados en las 30 fichas clínicas seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas.
Sub Especialidad Qx.	a) La constatación del uso del consentimiento informado se realiza, mediante la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías de las especialidades de Coloproctología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Maxilo Facial Cirugía Vascular Periférica y Tórax, hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación post operatoria y en el Servicio de Cirugía de Especialidades. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada al azar de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías de las especialidades antes mencionadas, correspondientes al periodo evaluado con el propósito de verificar en la ficha clínica: - Presencia del documento en la ficha clínica

	- Si el documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional Se realiza la revisión en 4 fichas clínicas en área Recuperación y en 7 fichas clínicas en el Bloque Quirúrgico de Especialidades constando el cumplimiento del procedimiento institucional en los 11 pacientes. b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías de cada una de las Sub Especialidades Quirúrgicas (Coloproctología, Cirugía Vascular Periférica, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Maxilo Facial, Cirugía Vascular Periférica y Tórax) en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015). Mediante randomización se seleccionan 30 fichas de las subespecialidades. Se procede a revisar en las fichas clínicas la existencia del Formulario de Consentimiento Informado y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los siguientes aspectos: • Fecha de la obtención del consentimiento; • Nombre y firma del paciente o representante legal; • Procedimiento a realizar; • Firma del paciente o su representante legal que establece haber recibido información de quien efectuará el procedimiento respecto de los objetivos de éste, sus características, beneficios y potenciales riesgos; • Firma y /o timbre del profesional que realizará el procedimiento quirúrgico; • Negación o rechazo; y • Revocación (en este punto del formulario nuevamente se deben señalar los datos y firma del paciente). En la revisión de las 30 fichas clínicas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.
API	a) Se constata el uso del procedimiento de Consentimiento Informado con los elementos definidos en el documento institucional, en los pacientes sometidos a Procedimientos de Imagenología Intervencional. Se realiza visita, a la Unidad de Imagenología, con el propósito de verificar en la ficha clínica de los pacientes sometidos a Procedimientos Invasivos lo siguiente: - Presencia del documento en la ficha clínica - Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional Se realiza la revisión en 2 fichas clínicas de pacientes sometidos a procedimiento al momento de la visita b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a Procedimientos de Imagenología Intervencional, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015). Mediante randomización se seleccionan 30 fichas clínicas. Se procede a revisar en las fichas clínicas la existencia del Formulario de Consentimiento Informado y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los siguientes aspectos: • Fecha de la obtención del consentimiento; • Nombre y firma del paciente o representante legal; • Procedimiento a realizar; • Firma del paciente o su representante legal que establece haber recibido información de quien efectuará el procedimiento respecto de los objetivos de éste, sus características, beneficios y potenciales riesgos; • Firma y/o timbre del profesional que realizará el procedimiento quirúrgico; • Negación o rechazo; y • Revocación (en este punto del formulario nuevamente se deben señalar los datos y firma del paciente). En la revisión del total de fichas seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas. Versión N°3 de 14 de enero 2015.
PRO Endoscópicos	a) Se constata el uso del procedimiento de Consentimiento Informado con los elementos definidos en el documento institucional, en los pacientes sometidos a Procedimientos Endoscópicos. Se realiza visita a la Unidad de Procedimientos Endoscópicos, con el propósito de verificar en la ficha clínica de pacientes sometidos a estos procedimientos, lo siguiente: - Presencia del documento en la ficha clínica - Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional Se realiza la revisión en 3 fichas clínicas, constando el cumplimiento del procedimiento institucional en los 3 pacientes. b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a Procedimientos Endoscópicos Digestivos Altos y Bajos, como también, a Procedimientos Endoscópicos Urológicos en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015). Mediante randomización se seleccionan 30 fichas clínicas. Se procede a revisar en las fichas clínicas la existencia del Formulario de Consentimiento Informado y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los siguientes aspectos: • Fecha de la obtención del consentimiento; • Nombre y firma del paciente o representante legal; • Procedimiento a realizar;

	• Firma del paciente o su representante legal que establece haber recibido información de quien efectuará el procedimiento respecto de los objetivos de éste, sus características, beneficios y potenciales riesgos; • Firma y timbre del profesional que realizará el procedimiento quirúrgico; • Negación o rechazo; y • Revocación (en este punto del formulario nuevamente se deben señalar los datos y firma del paciente). En la revisión del total de fichas seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.
Hemodinamia	a) Se constata el uso del procedimiento de Consentimiento Informado con los elementos definidos en el documento institucional, realizando la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a Procedimientos de Hemodinamia, Se realiza visita a la Unidad de Hemodinamia, con el propósito de verificar en la ficha clínica de pacientes sometidos a estos procedimientos, lo siguiente: - Presencia del documento en la ficha clínica - Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a Procedimientos de Hemodinamia (Coronariografías y Angioplastias**),** en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015), en el cual, el Prestadorinforma la realización de un total de 649 Procedimientos de Hemodinamia. Mediante randomización se seleccionan 30 fichas clínicas. Se procede a revisar en las fichas clínicas la existencia del Formulario de Consentimiento Informado y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los siguientes aspectos: • Fecha de la obtención del consentimiento; • Nombre y firma del paciente o representante legal; • Procedimiento a realizar; • Firma del paciente o su representante legal que establece haber recibido información de quien efectuará el procedimiento respecto de los objetivos de éste, sus características, beneficios y potenciales riesgos; • Firma y timbre del profesional que realizará el procedimiento quirúrgico; • Negación o rechazo; y • Revocación (en este punto del formulario nuevamente se deben señalar los datos y firma del paciente). En la revisión del total de fichas seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Punto verificación	**N° Consentimientos Revisados**	**N° Consentimientos Cumplen**	**% Cumplimiento**
Cirugía Adulto	30	30	100%
Cirugía infantil	30	30	100%
Sub Especialidad Qx.	30	30	100%
API	30	30	100%
PRO Endoscópicos	30	30	100%
Hemodinamia	30	30	100%
Observaciones:			

CARACTERÍSTICA DP 2.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Dirección	Cir. Ad.	Cir. Infant.	Sub. Esp. Qx.	API	PRO Endos.	Hemodina.
1° elemento medible	1	1	1	1	1	1	1
2° elemento medible		1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 80%		Puntaje total: 13/13		Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si	

CARÁCTERÍSTICA DP 3.1 / HALLAZGOS

DP 3.1 – Primer elemento medible: Se describe en documento de carácter institucional la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos en las que participa la institución*.

Dirección o Gerencia		
(1) El Prestador realiza investigaciones en seres humanos:		
Nombre del documento: Procedimiento Acceso para Realizar Investigación en Seres Humanos		
N° Resolución: 5909 Código: PO-OCSP-04	Versión: 00	Fecha de la Resolución: 30/10/2013 Fecha del documento: Agosto 2012
Elaborado por: Ismia Barrientos A Encargada Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente	Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director(S) del Hospital Regional de Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: Agosto 2015	N° páginas: 4

Breve descripción del contenido del documento: El documento presentado por el Prestador consigna fecha de vigencia vencida; refiere no tener documento vigente. Se da por no cumplido el primer elemento medible de la Característica. DP 3.1

DP 3.1 – Segundo elemento medible: Se constatan registros de investigaciones realizadas en la institución, aprobadas por un comité de ética y autorizadas por el prestador.

Dirección o Gerencia					
Existe registro de los casos sometidos a investigación: No se constatan registros.					
N° Casos revisados	N/A	N° Casos aprobados por Comité de Ética	N/A	N° Casos aprobados por el Prestador	N/A
Observaciones: En la Dirección del Prestador la Dra. Muñoz, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, presenta documento firmado por el Director del Establecimiento Sr. Juan Urrutia, de fecha 27 de Noviembre del 2015 en el cual certifica que durante el año 2015, no se han presentado proyectos de investigación en seres humanos en el Hospital Regional de Antofagasta. Lo anterior, es consistente con las respuestas emitidas por los profesionales médicos entrevistados en los diferentes servicios clínicos del establecimiento. Se da por cumplido el segundo Elemento Medible de la Característica DP 3.1					

DP 3.1 – Tercer elemento medible: Se constata: conocimiento de dicha obligación, en al menos 90% de los profesionales médicos entrevistados.

General		
N° Médicos Entrevistados	N° Respuestas Correctas	% Cumplimiento
40	117	97,5%
Registrar Unidad a la que pertenecen los médicos que responden de manera incorrecta: Un profesional médico del Servicio de Cirugía de Especialidades contesta en forma incorrecta las tres preguntas realizadas.		
Observaciones: Se constata conocimiento de la política institucional efectuando tres preguntas a cada uno de los profesionales médicos entrevistados. Se da por Cumplido el Tercer Elemento Medibles de la Característica DP 3.1		

CARACTERÍSTICA DP 3.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	1° elemento medible	2° elemento medible	3° elemento medible
Dirección o Gerencia	0	1	
General			1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 2/3	Porcentaje obtenido: 66%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA DP 4.1 / HALLAZGOS

DP 4.1 – Primer elemento medible: Existe convenio docente asistencial que cumple con al menos los siguientes requisitos:

Convenio 1 - Dirección o Gerencia					
Nombre del documento: "Convenio Asistencial Docente Servicio Salud Antofagasta – Liceo Técnico A-14 Antofagasta"					
Institución con la que se celebra convenio: Liceo Técnico A-14 Antofagasta.					
Versión: NA N° RESOLUCIÓN: 73	Fecha Resolución: 8 Enero 2015 Fecha Documento : 09 Diciembre 2014	Fecha vigencia: Hasta el 31 de Diciembre 2015		N° páginas:12	
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: Si					
Firmado por: Dr. Zamir Nayar Funes. Director Servicio de Salud Antofagasta		Firmado por: Arturo Basadre Reyes. Secretario General Ejecutivo. Corporación Municipal de Desarrollo Social de Antofagasta			
El documento define explícitamente: (Si/No):					
1. Proteger la seguridad de los pacientes	Si	2. Proteger los derechos de los pacientes	Si	3. Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente	Si
Breve descripción del contenido del documento: Documento "Convenio Asistencial Docente. Servicio Salud Antofagasta – Liceo Técnico A-14 Antofagasta", aprobado por RESOLUCIÓN EXENTA N° 73, contiene la descripción de las Unidades asistenciales que el Servicio pone a disposición, las que incluyen a; Bloque Quirúrgico de Especialidades 7° piso, U. Asistencial Medicina 4° piso y U. asistencial de Cirugía (mujeres – hombres) 3° piso. Contiene el objetivo principal de establecer las bases de cooperación, coordinación e interacción entre el centro formador y el establecimiento asistencial para el desarrollo de actividades de pregrado para la carrera de Técnico de Nivel Medio Especialidad en Atención de Enfermería. Establece los siguientes principios: Derechos de los pacientes, Seguridad en las atenciones, Prioridad de lo asistencial, Tutoría técnico – administrativa e Intercambio de experiencias. Establece los Derechos de los usuarios en el marco de la relación asistencial docente, los que incluyen: ser informado de las actividades asistenciales – docentes, solicitar su consentimiento, negarse a la atención por docentes y/o alumnos, resguardar su dignidad y respetar creencias políticas y religiosas, también indica que los usuarios deberán respetar a los estudiantes de las instituciones en convenio. Establece las obligaciones tanto del Centro formador con los académicos y estudiantes, como las obligaciones de los académicos del Centro Formador, las obligaciones de los estudiantes y la duración del convenio.					
Convenio 2 - Dirección o Gerencia					
Nombre del Documento 1: "Convenio Docente Asistencial Servicio de Salud de Antofagasta – Universidad del Mar Sede					

Antofagasta"						
Institución con la que se celebra convenio: Universidad del Mar Sede Antofagasta						
Versión: NA N° RESOLUCIÓN:2634	Fecha Resolución:22 Octubre 2010 Fecha documento: 30 Marzo 2010		Fecha vigencia:3 años		N° páginas: 11	
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: Sr. Max Pizarro Pavéz, Director (S) Servicio de Salud Antofagasta.						
Firmado por: Sra. Carla Napoletani R, Rectora Universidad del Mar Sede Antofagasta.			Firmado por: Sr. Rodrigo Alarcón Quesem, Director Servicio Salud de Antofagasta.			
Nombre del documento 2: "Addendum de Convenio Docente Asistencial Servicio de Salud de Antofagasta y Universidad del Mar Sede Antofagasta"						
Institución con la que se celebra convenio: Universidad del Mar Campus Antofagasta						
Versión: NA N° RESOLUCIÓN: 1412	Fecha Resolución: 8 Abril 2014 Fecha documento24 Marzo 2014		Fecha vigencia: 28 Febrero 2015		N° páginas:2	
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: Dr. Juan Pablo Mattatall Lankin Director (S) Servicio de Salud Antofagasta						
Firmado por: Sra. Carla Napoletani Ramírez. Rectora Universidad del Mar Campus Antofagasta			Firmado por: Dr. Waldo Bustos Streeter. Director Suplente Servicio de Salud Antofagasta			
Nombre del documento 3:" Addendum de Convenio Docente Asistencial Servicio de Salud de Antofagasta y Universidad del Mar Sede Antofagasta"						
Institución con la que se celebra convenio: Universidad del Mar Sede Antofagasta.						
Versión: NA N° RESOLUCIÓN: 74	Fecha Resolución: 08 Enero 2015 Fecha documento: 15 Diciembre 2014		Fecha vigencia: Hasta el 28 de Febrero de 2018		N° páginas:2	
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: Dr. Zamir Nayar Funes Director Servicio de Salud Antofagasta.						
Firmado por: Sra. Carla Napoletani Ramírez. Rectora Universidad del Mar Sede Antofagasta			Firmado por: Dr. Zamir Nayar Funes. Director Servicio de Salud Antofagasta			
El documento define explícitamente (Si/No):						
1. Proteger la seguridad de los pacientes	Si	2. Proteger los derechos de los pacientes	Si	3. Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente	Si	
Breve descripción del contenido del documento: Documento 1: "Convenio Docente Asistencial Servicio de Salud de Antofagasta – Universidad del Mar Sede Antofagasta", establece el uso de los campos clínicos y las carreras por las que será utilizada. Describe listado de obligaciones de los estudiantes, incluye las siguientes: Trato digno y respetuoso a los usuarios, respeto a la confidencialidad, derecho a la privacidad, portar identificación y respetar protocolos y guías clínicas. Documento 2:"Addendum de Convenio Docente Asistencial Servicio de Salud de Antofagasta y Universidad del Mar Sede Antofagasta", aprobado por Resolución Exenta N° 1412, incorpora los Principios formadores que regirán el cumplimiento del Convenio Asistencial Docente, que incluye: Derechos de los pacientes, Seguridad en las atenciones, Prioridad de lo asistencial y Tutorías técnico - administrativas. Convenio se encuentra vigente según RESOLUCIÓN EXENTA N° 4302. Documento 3:"Addendum de Convenio Docente Asistencial Servicio de Salud de Antofagasta y Universidad del Mar Sede Antofagasta", aprobado por Resolución Exenta N° 74, del 8 de Enero del 2015, extiende vigencia del convenio Docente Asistencial actual hasta el 28 de Febrero de 2018.						
Convenio 3 - Dirección o Gerencia						
Nombre del documento 1: "Convenio Asistencial Docente Servicio de Salud de Antofagasta – Centro de Formación Técnica Santo Tomás, Instituto Profesional Santo Tomás y Universidad Santo Tomás"						
Institución con la que se celebra convenio: Centro de Formación Técnica Santo Tomás – Universidad Santo Tomás Sede Antofagasta						
Versión: NA N° RESOLUCIÓN: 2624	Fecha Resolución: 21 Octubre 2010 Fecha documento :10 Marzo 2010		Fecha vigencia: 10 años (2020)		N° páginas: 14	
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: Dr. Edgardo Vergara Montt, Director (S)Servicio de Salud Antofagasta						
Firmado por: Sr. Rodrigo Alarcón Quesem, Director Servicio de Salud Antofagasta			Firmado por: Sr. Exequiel Ramírez Tapia, Rector Centro Formador			
Nombre del documento 2: "Addendum de Convenio Asistencial Docente Servicio de Salud de Antofagasta – Centro de Formación Técnica Santo Tomás, Universidad Santo Tomás Sede Antofagasta"						
Institución con la que se celebra convenio: Centro de Formación Técnica Santo Tomás – Universidad Santo Tomás Sede Antofagasta						
Versión: NA N° RESOLUCIÓN:2311	Fecha Resolución: 06 Junio 2014 Fecha documento :24 de Marzo 2014		Fecha vigencia: 2020		N° páginas:10	
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: Dr. Waldo Bustos Streeter, Director (T y P)Servicio de Salud Antofagasta						
Firmado por: Dr. Waldo Bustos Streeter, Director Suplente Servicio de Salud Antofagasta			Firmado por: Sr. Exequiel Ramírez Tapia, Rector C.F.T y Universidad Santo Tomás Sede Antofagasta			
El documento define explícitamente (Si/No):						
1. Proteger la seguridad de los pacientes	Si	2. Proteger los derechos de los pacientes	Si	3. Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente	Si	
Breve descripción del contenido del documento: Documento 1: "Convenio Asistencial Docente Servicio de Salud de Antofagasta – Centro de Formación Técnica Santo Tomás, Instituto Profesional Santo Tomás y Universidad Santo Tomás", establece una vigencia de 10 años. Incorpora el trato digno por parte de los estudiantes y respeto a la privacidad de las personas.						

Documento 2: "Addendum de Convenio Asistencial Docente Servicio de Salud de Antofagasta – Centro de Formación Técnica Santo Tomás – Universidad Santo Tomás Sede Antofagasta", aprobado por N° RESOLUCIÓN: 2311, incorpora los siguientes Principios formadores que regirán el cumplimiento del Convenio Asistencial Docente: Derechos a los pacientes, Seguridad en las atenciones, Prioridad de lo asistencial, Investigación científica e Intercambio de experiencias. Como a su vez incorpora los Derechos de los usuarios en el Marco de la relación Asistencial Docente que incluye los siguientes derechos: Ser informado que es un establecimiento donde se desarrollan actividades asistenciales - docentes, que se le solicite consentimiento frente a las actividades, derecho a negarse a ser atendido por docente y/o alumno sin desmedro en la atención, resguardo a su dignidad y respeto a sus creencias y a su vez respetar a los estudiantes de las instituciones en convenio.						
Convenio 4 - Dirección o Gerencia						
Nombre del documento: "Convenio Asistencial Docente Servicio de Salud de Antofagasta – Universidad Católica del Norte Sede Antofagasta"						
Institución con la que se celebra convenio: Universidad Católica del Norte Sede Antofagasta						
Versión: NA N° RESOLUCIÓN:426	Fecha Resolución: 29 Enero 2014 Fecha documento :08 Enero 2014		Fecha vigencia:2 años			N° páginas:14
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: Sr. Claudio Espinoza Aedo, Director (S) Servicio de Antofagasta						
Firmado por: Sr. Jorge Tabilo Álvarez, Rector Universidad Católica del Norte			Firmado por: Sr. Claudio Espinoza Aedo, Director (S) Servicio de Antofagasta			
El documento define explícitamente (Si/No):						
1. Proteger la seguridad de los pacientes	Si	2. Proteger los derechos de los pacientes	Si	3. Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente	Si	
Breve descripción del contenido del documento: Documento "Convenio Asistencial Docente. Servicio Salud Antofagasta – Universidad Católica del Norte Sede Antofagasta", aprobado por Resolución Exenta N° 426, contiene la descripción de los siguientes Principios: Derechos de los pacientes donde explicita que las partes se comprometen a velar por el respeto de los derechos de los usuarios y la seguridad de los pacientes en todas las áreas de su accionar. Prioridad de lo asistencial. Tutoría técnico –administrativa. Investigación científica e Intercambio de experiencias.						
Convenio 5 - Dirección o Gerencia						
Nombre del documento 1 : "Convenio Asistencial Docente Servicio de Salud Antofagasta y Universidad de Antofagasta"						
Institución con la que se celebra convenio: Universidad de Antofagasta						
Versión: NA N° RESOLUCIÓN: 2398	Fecha Resolución: 28 Septiembre 2010 Fecha documento : 14 Septiembre 2010		Fecha vigencia: 10 años (2020)			N° páginas: 13
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: Sr. Rodrigo Alarcón Quesem, Director Servicio de Salud Antofagasta						
Firmado por: Sr. Rodrigo Alarcón Quesem, Director Servicio de Salud Antofagasta			Firmado por: Sr. Luis Alberto Loyola Morales, Rector Universidad de Antofagasta			
Nombre del documento 2 : "Addendum de Convenio Asistencial Docente Servicio de Salud de Antofagasta – Universidad de Antofagasta"						
Institución con la que se celebra convenio: Universidad de Antofagasta						
Versión: NA N° RESOLUCIÓN:2220	Fecha Resolución: 03 Junio 2014 Fecha documento :24 Marzo 2014		Fecha vigencia: 2020			N° páginas:10
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: Dr. Waldo Bustos Streeter, Director (T y P)Servicio de Salud Antofagasta						
Firmado por: Sr. Luis Loyola Morales. Rector Universidad de Antofagasta			Firmado por: Dr. Waldo Bustos Streeter. Director Suplente Servicio de Salud Antofagasta			
El documento define explícitamente (Si/No):						
1. Proteger la seguridad de los pacientes	Si	2. Proteger los derechos de los pacientes	Si	3. Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente	Si	
Breve descripción del contenido del documento: Documento 1: "Convenio Asistencial Docente Servicio de Salud Antofagasta y Universidad de Antofagasta", establece una vigencia del convenio por 10 años, donde los estudiantes deben cumplir con un trato digno y respetuoso con los usuarios y respeto a la confidencialidad y derecho a la privacidad. Documento 2: "Addendum de Convenio Asistencial Docente Servicio de Salud de Antofagasta – Universidad de Antofagasta", aprobado por RESOLUCIÓN: N° 2220, donde se explicita que; "las partes vienen a incorporar los siguientes principios formadores que regirán el cumplimiento del Convenio Asistencial Docente", los que incluye: Derechos a los pacientes, Seguridad en las atenciones, Prioridad de lo asistencial, Investigación Científica e Intercambio de experiencias".						

CARACTERÍSTICA DP 4.1 / CARACTERÍSTICAS Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA DP 4.2 / HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué? Pabellón Cardiocirugía, UAPP y Pensionado, dado que no reciben alumnos de pre-grado de carreras de la salud en sus dependencias.

DP 4.2 – Primer elemento medible: Se han establecido los procedimientos y/o actividades que pueden ejecutar los alumnos según carrera y nivel de formación.

<table>
<tr><th colspan="4">Dirección o Gerencia</th></tr>
<tr><td colspan="4">Nombre del documento: Regulación de las actividades de los alumnos de carreras de la salud en el Hospital Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta”</td></tr>
<tr><td colspan="4">Instituciones en convenio: El Prestador declara que tiene convenio docente con las siguientes instituciones:
-Universidad de Antofagasta: En las carreras de Medicina, Enfermería, Obstetricia, Nutrición y Dietética, Tecnología Médica Laboratorio Clínico y Banco de Sangre, Kinesiología y Fonoaudiología.
-Universidad Santo Tomás: En las carreras de: Enfermería, Nutrición y Dietética, Kinesiología, TENS y Técnico en Laboratorio, Banco de Sangre e Imagenología.
-Universidad Católica del Norte: Psicología y Química y Farmacia.
-Universidad del Mar: Enfermería.
-Liceo Técnico A-14: Educación Parvularia, Asistente Social y Atención de Enfermería.</td></tr>
<tr><td>Versión: 01</td><td>Fecha: Marzo 2015</td><td>Fecha vigencia: 5 años</td><td>N° páginas: 24</td></tr>
<tr><td colspan="4">Elaborado por: Karime Viralta V., Coordinador Técnico RAD</td></tr>
<tr><td colspan="2">Firmado por: Jessica Bravo R., Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente HRA</td><td colspan="2">Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N. Director (s) Hospital Regional Antofagasta</td></tr>
<tr><td colspan="2">Carrera: Medicina</td><td colspan="2">Nivel: 1° a 5° Año</td></tr>
<tr><td colspan="4">Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras:
• Realizar anamnesis del paciente
• Realizar examen físico
• Realizar examen obstétrico y ginecológico
• Realizar ingreso médico de los pacientes a la unidad
• Sugerir hipótesis diagnóstica
• Realizar procedimientos no invasivos
• Evaluación de los pacientes según estado y diagnóstico</td></tr>
<tr><td colspan="2">Carrera: Enfermería</td><td colspan="2">Nivel: 1° a 4° Año e Internado</td></tr>
<tr><td colspan="4">Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras:
• Realizar procedimientos de enfermería de acuerdo a normas IAAS y protocolos institucionales
• Utilizar elementos de protección
• Planificar los cuidados de enfermería en horarios según rutina del servicio y acciones planificadas
• Evaluación de los pacientes según estado y diagnóstico
• Categorizar a los pacientes según nivel de riesgo y dependencia de acuerdo a la normativa vigente</td></tr>
<tr><td colspan="2">Carrera: Obstetricia y Puericultura</td><td colspan="2">Nivel: 1° a 5°Año</td></tr>
<tr><td colspan="4">Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras:
• Realizar examen obstétrico y/o ginecológico
• Realizar hipótesis diagnóstica
• Planificar la atención de matronería de las pacientes, de acuerdo a las indicaciones médicas y criterio profesional
• Realizar procedimientos no invasivos
• Realizar monitorización fetal</td></tr>
<tr><td colspan="2">Carrera: Kinesiología “Adulto”</td><td colspan="2">Nivel: 1°, 4° y 5° Año</td></tr>
<tr><td colspan="4">Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras:
• Realizar examen físico
• Evaluación de los pacientes según estado y diagnóstico
• Realizar técnicas kinésicas en relación a los objetivos planteados.
• Realizar procedimientos de Kinesiología de acuerdo a normas IAAS, protocolos institucionales y Procedimientos de Atención Kinésica del servicio de Medicina Física y Rehabilitación</td></tr>
<tr><td colspan="2">Carrera: Kinesiología “Pediatría”</td><td colspan="2">Nivel: 5 ° Año</td></tr>
<tr><td colspan="4">Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras:
• Realizar examen físico
• Evaluación de los pacientes según estado y diagnóstico
• Realizar técnicas kinésicas en relación a los objetivos planteados.
• Realizar procedimientos de Kinesiología de acuerdo a normas IAAS, protocolos institucionales y Procedimientos de Atención Kinésica del servicio de Pediatría</td></tr>
<tr><td colspan="2">Carrera: Nutrición y Dietética</td><td colspan="2">Nivel: 1°, 3°, 4° y 5° Año</td></tr>
<tr><td colspan="4">Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras:
• Aplica las técnicas antropométricas requeridas, según el caso
• Determina y fundamenta un diagnóstico nutricional integrado
• Desarrolla la prescripción dietética de acuerdo al estado de salud del usuario
• Formula un plan de requerimiento nutricional que responde a las necesidades
• Elabora la pauta alimentaria, de acuerdo al diagnóstico y condiciones del paciente</td></tr>
<tr><td colspan="2">Carrera: Tecnología Médica Banco de Sangre</td><td colspan="2">Nivel: 1°, 5° Año (Diagnóstico) y 5° Año (Internado)</td></tr>
<tr><td colspan="4">Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras:
• Realizar exámenes pre-encuesta del donante
• Realizar encuesta del donante
• Realización de flebotomía y extracción de sangre
• Realización de técnicas de serología infecciosa, derivación de muestras positivas, etiquetado de bolsas
• Almacenamiento, transporte y fraccionamiento de unidades de sangre, control de calidad de hemocomponentes, uso de registros y sistema de banco de sangre.</td></tr>
</table>

Carrera: Tecnología Médica Tecnología Médica Laboratorio	Nivel: 1°, 4°, 5° Año (Diagnóstico) y 5° Año (Internado)
Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras: • Evaluación de control de calidad aplicado en las diferentes secciones • Ejecución de técnicas de parasitología (PSD, LF, Rota-adenovirus) • Realización y aplicación de pruebas diagnósticas en las diferentes secciones (Inmunología, bioquímica, laboratorio de urgencia, microbiología, hematología) bajo supervisión directa del TM de Laboratorio • Siembra y aislamiento de microorganismos en diferentes muestras clínicas • Manipulación, análisis e interpretación de resultados de líquidos corporales bajo supervisión directa del TM a cargo del área.	
Carrera: Química y Farmacia	Nivel: 4° y 5° Año
Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras: • Seguimiento fármaco-terapéutico de pacientes internado en los servicios clínicos de cirugía, medicina, ginecología, traumatología, otorrinolaringología y urología. • Seguimiento fármaco-terapéutico de los pacientes dados de alta y que retiran sus medicamentos en farmacia abierta del servicio de Farmacia, específicamente de los servicios de cirugía, medicina, ginecología, traumatología, otorrinolaringología y urología. • Noción de las funciones de QF en la preparación de quimioterapéuticos, tanto pediátricos como adultos. • Noción de las funciones de QF en la preparación de nutriciones parenterales, tanto pediátricas como adultos. • Conocimiento de funciones del QF en la dispensación de medicamentos a los distintos servicios clínicos.	
Carrera: Fonoaudiología	Nivel: 5° Año
Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras: • Realización de exámenes de Audiometría e Impedanciometría • Realización de exámenes Vestibulares • Evaluación del paciente afásico • Terapia del paciente afásico • Registro detallado de sus actividades en pacientes hospitalizados y ambulatorios.	
Carrera: Psicología	Nivel: 4° y 5° Año e Internado
Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras: • Realizar Psicoterapia Individual (niños, adolescentes, adultos) • Realizar Intervención Psicosocial de grupo (niños, adolescentes, adultos) • Realizar Psicoterapia Familiar • Realización de talleres Psicoterapéuticos	
Carrera: Odontología	Nivel: 5° Año
Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras: • Realizar examen oral al paciente • Evaluación de pacientes según estado y diagnóstico • Realizar procedimientos (invasivos y no invasivos) de odontología general en la urgencia ambulatoria diagnóstica • Realizar procedimientos odontológicos de acuerdo a normas IAAS y protocolos institucionales • Colaborar en procedimientos odontológicos invasivos (intervenciones quirúrgicas ambulatorias)	
Carrera: Técnico Nivel Medio/TENS	Nivel: 1°y 2°Año y Práctica Profesional
Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras: • Colaboración en procedimientos efectuados por médicos y enfermeras • Administración de medicamentos VO • Administración de medicamentos por vía inhalatoria • Administración de medicamentos EV • Administración de medicamentos por vía IM-SC • Preparación, control y cambio de soluciones de Fleboclisis	
Carrera: Técnico Nivel Medio en Alimentación	Nivel: Práctica Profesional
Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras: • Seleccionar, limpiar, cortar las materias primas según sus características para la utilización en crudo, cocción o conservación. • Almacenar los insumos de acuerdo a sus características principales • Elaborar las presentaciones basales • Cocinar los alimentos, aplicando el método adecuado. • Limpiar y sanitizar áreas de trabajo, en la cual el alumno se esté desempeñando	
Observaciones: El documento contiene en el Anexo 1 la "Planilla de Supervisión Regulación de las actividades de los alumnos de carreras de la salud RG-COLDAS-01-00	

Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento: En todos los servicios clínicos, en los que aplica, se constata el documento señalado, de carácter transversal.

- PQ se compone de los siguientes servicios clínicos: PQ Central y PQ Gine-Obst.; en ambos se constata el documento. Cumplen. En el Pabellón Cardiocirugía, el responsable declara que no reciben alumnos de pre-grado de carreras de la salud; por lo tanto no aplica.
- Medicina se compone de los siguientes servicios clínicos: Medicina, UAPP y Pensionado Medicina. En el servicio de Medicina, se constata el documento. Por lo tanto, cumple lo requerido. En UAPP y Pensionado Medicina, las responsables declaran que no reciben alumnos de pre-grado de carreras de la salud; por lo tanto no aplica.
- Obstetricia, se constata documento. Cumple.
- Urgencia se compone del servicio de Urgencia Ad y Ped; y de la Unidad de Urgencia Gine-Obst. En ambos servicios clínicos, se constata el documento. Cumplen.

Se da por cumplido el elemento medible.

DP 4.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido nivel de Supervisión Institucional requerido en cada caso.

Nivel de Supervisión PQ: 1. Pabellón Central: En el documento "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a Pabellón Quirúrgico Central" Código: PG-PAB-02, versión 00, de 5 páginas de fecha noviembre 2013 de vigencia 3 años, se consigna el nivel de supervisión institucional que se debe aplicar a los alumnos de pre-grado de carreras de la salud. Se explicitan las actividades de supervisión, las cuales se consignan en la pauta de supervisión, que se incluye en el Anexo 1. 2. PQ Gine-Obst: En el documento "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad Pabellón Maternidad" Código: PQ-OBST-GINE-00, versión 00, de 5 páginas de fecha noviembre 2013 de vigencia 3 años, se consigna el nivel de supervisión institucional que se debe aplicar a los alumnos de pre-grado de carreras de la salud. Se explicitan las actividades de supervisión, las cuales se consignan en la pauta de supervisión, que se incluye en el Anexo 1. 3. PQ Cardiocirugía: El Prestador declara que en el servicio clínico no se realiza docencia de pre-grado. No se reciben alumnos en práctica clínica; por lo tanto, no aplica.
Nivel de Supervisión Medicina: 4. Servicio de Medicina: En el documento "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad Medicina" Código: PG-MED-04, versión 01, de 5 páginas de fecha noviembre 2013 de vigencia 3 años, se consigna el nivel de supervisión institucional que se debe aplicar a los alumnos de pre-grado de carreras de la salud. Se explicitan las actividades de supervisión, las cuales se consignan en la pauta de supervisión, que se incluye en el Anexo 1. 5. UAPP y Pensionado de Medicina: Los responsables de los servicios clínicos declaran que en los servicios clínicos no se realiza docencia de pre-grado. No se reciben alumnos en práctica clínica; por lo tanto, no aplica.
Nivel de Supervisión Pediatría: En el documento "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad Pediatría", Código: PG-PED-04, versión 00, de 5 páginas de fecha noviembre 2013 de vigencia 3 años, se consigna el nivel de supervisión institucional que se debe aplicar a los alumnos de pre-grado de carreras de la salud. Se explicitan las actividades de supervisión, las cuales se consignan en la pauta de supervisión, que se incluye en el Anexo 1.
Nivel de Supervisión Obstetricia: Se presenta documento "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad de Obstetricia y Ginecología" Código: PG-SDMT-10, versión 01, de 5 páginas de fecha noviembre 2013 de vigencia 3 años, se consigna el nivel de supervisión institucional que se debe aplicar a los alumnos de pre-grado de carreras de la salud. Se explicitan las actividades de supervisión, las cuales se consignan en la pauta de supervisión, que se incluye en el Anexo 1.
Nivel de Supervisión Urgencia: • Servicio de Urgencia Ad y Ped: En el documento "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad de Emergencia", Código: PG-URG-02, versión 00, de 5 páginas de fecha noviembre 2013 de vigencia 3 años, se consigna el nivel de supervisión institucional que se debe aplicar a los alumnos de pre-grado de carreras de la salud. Se explicitan las actividades de supervisión, las cuales se consignan en la pauta de supervisión, que se incluye en el Anexo 1. • Unidad de Urgencia Gine-Obst: En el documento "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad de Urgencia Gineco-Obstetricia" Código: PG-URG.GINE-OBST-00, versión 00, de 5 páginas de fecha noviembre 2013 de vigencia 3 años, se consigna el nivel de supervisión institucional que se debe aplicar a los alumnos de pre-grado de carreras de la salud. Se explicitan las actividades de supervisión, las cuales se consignan en la pauta de supervisión, que se incluye en el Anexo 1.
Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento: • PQ se compone de los siguientes servicios clínicos: PQ Central y PQ Gine-Obst.; ambos cumplen. En el Pabellón Cardiocirugía, no aplica. • Medicina se compone de los siguientes servicios clínicos: Medicina, UAPP y Pensionado Medicina. El servicio de Medicina, cumple. En UAPP y Pensionado Medicina, no aplica. • Obstetricia, cumple. • Urgencia se compone del servicio de Urgencia Ad y Ped; y de la Unidad de Urgencia Gine-Obst. Ambos servicios clínicos, cumplen. Se da por cumplido el elemento medible.

DP 4.2 – Tercer elemento medible: Se documenta programa de supervisión de las prácticas clínicas relevantes ejecutadas por los alumnos.

PQ –Pabellón Central			
Nombre del documento: "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a Pabellón Quirúrgico Central"			
Código: PG-PAB-02			
Versión:00	Fecha: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas:5
Elaborado por: Karen Fernández, Enfermera Supervisora Pabellón Central			
Aprobado por: Dr. Luis Molina A., Médico Jefe Unidad Pabellón Central			
Breve descripción del programa de supervisión: Los objetivos consignados en el documento son los siguientes: 1. Resguardar la seguridad, derechos y deberes de los pacientes 2. Asegurar el cumplimiento de las actividades y procedimientos establecidos que realizan los alumnos de pregrado según nivel de formación. En el alcance se consigna que el programa será aplicado a los alumnos de pregrado que ingresen a realizar práctica a la Unidad de Pabellón. El enfermero supervisor es el responsable de ejecutar el programa. Se explicitan las actividades de supervisión y se especifica que éstas, se evaluarán a través de observación directa mediante pauta de supervisión (la que se incluye en el Anexo 1). Indica que se confeccionará informe semestral de supervisión, de acuerdo a los resultados de las pautas aplicadas.			

PQ – Pabellón Gine-Obst.			
Nombre del documento: "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad Pabellón Maternidad"			
Código: PQ-OBST-GINE-00			
Versión: 00	Fecha: Noviembre 2013	Fecha vigencia:3 años	N° páginas: 5

Elaborado por: Andrea Rivera I., Matrona Supervisora Unidad Pabellón Maternidad
Aprobado por: Sandra Soto V., Matrona Subdirectora de Matronería.
Breve descripción del programa de supervisión: Los objetivos consignados en el documento son los siguientes: 1. Resguardar la seguridad, derechos y deberes de los pacientes 2. Asegurar el cumplimiento de las actividades y procedimientos establecidos que realizan los alumnos de pregrado según nivel de formación. En el alcance se consigna que el programa será aplicado a los alumnos de pregrado que ingresen a realizar práctica a la Unidad de Pabellón de Maternidad. La Matrona supervisora es la responsable de ejecutar el programa. Se explicitan las actividades de supervisión y se especifica que éstas, se evaluarán a través de observación directa mediante pauta de supervisión (la que se incluye en el Anexo 1). Indica que se confeccionará informe semestral de supervisión, de acuerdo a los resultados de las pautas aplicadas.

PQ – Cardiocirugía
Observaciones: El Prestador declara que no se reciben alumnos de pre-grado en dependencias de la Unidad. No aplica.

Medicina			
Nombre del documento: "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad Medicina"			
Código: PG-MED-04			
Versión: 01	Fecha: Noviembre 2013	Fecha vigencia:3 años	N° páginas: 5
Elaborado por: Alejandra Milies G., Enfermera Supervisora Medicina			
Aprobado por: Dra. Ruth Solís V., Médico Jefe Servicio Medicina			
Breve descripción del programa de supervisión: Los objetivos consignados en el documento son los siguientes: 1. Resguardar la seguridad, derechos y deberes de los pacientes 2. Asegurar el cumplimiento de las actividades y procedimientos establecidos que realizan los alumnos de pregrado según nivel de formación. En el alcance se consigna que el programa será aplicado a los alumnos de pregrado que ingresen a realizar práctica al Servicio de Medicina. La enfermera supervisora es la responsable de ejecutar el programa. Se explicitan las actividades de supervisión y se especifica que éstas, se evaluarán a través de observación directa mediante pauta de supervisión (la que se incluye en el Anexo 1). Indica que se confeccionará informe semestral de supervisión, de acuerdo a los resultados de las pautas aplicadas.			

UAPP – Pensionado Medicina
Observaciones: Los responsables de ambos servicios clínicos declaran que no reciben alumnos de pre-grado de carreras de la salud, en dependencias de los servicios. No aplica.

Pediatría			
Nombre del documento: "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad Pediatría"			
Código: PG-PED-04			
Versión: 00	Fecha: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 5
Elaborado por: Jessica Álvarez C., Enfermera Encargada Calidad Pediatría			
Aprobado por: Elda Lagunas M., Enfermera Supervisora Pediatría			
Breve descripción del programa de supervisión: Los objetivos consignados en el documento son los siguientes: 1. Resguardar la seguridad, derechos y deberes de los pacientes. 2. Asegurar el cumplimiento de las actividades y procedimientos establecidos que realizan los alumnos de pregrado según nivel de formación. En el alcance se consigna que el programa será aplicado a los alumnos de pregrado que ingresen a realizar práctica al Servicio de Pediatría. La enfermera supervisora es la responsable de ejecutar el programa. Se explicitan las actividades de supervisión y se especifica que éstas, se evaluarán a través de observación directa mediante pauta de supervisión (la que se incluye en el Anexo 1). Indica que se confeccionará informe semestral de supervisión, de acuerdo a los resultados de las pautas aplicadas.			
Obstetricia			
Nombre del documento: "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad de Obstetricia y Ginecología"			
Código: PG-SDMT-10			
Versión: 01	Fecha: Noviembre 2013	Fecha vigencia:3 años	N° páginas:5
Elaborado por: Isabel Alfaro B., Matrona Obstetricia y Ginecología			
Aprobado por: Dayanna Hernández G., Matrona Jefe (s) Servicio Obstetricia y Ginecología.			
Breve descripción del programa de supervisión: Los objetivos consignados en el documento son los siguientes: 1. Resguardar la seguridad, derechos y deberes de los pacientes 2. Asegurar el cumplimiento de las actividades y procedimientos establecidos que realizan los alumnos de pregrado según nivel de formación. En el alcance se consigna que el programa será aplicado a los alumnos de pregrado que ingresen a realizar práctica a la Unidad de Obstetricia y Ginecología. La matrona supervisora es la responsable de ejecutar el programa. Se explicitan las actividades de supervisión y se especifica que éstas, se evaluarán a través de observación directa mediante pauta de supervisión (la que se incluye en el Anexo 1). Indica que se confeccionará informe semestral de supervisión, de acuerdo a los resultados de las pautas aplicadas.			
Urgencia Ad-Ped			
Nombre del documento: "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad de Emergencia.			
Código: PG-URG-02			
Versión: 00	Fecha: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 5
Elaborado por: Mafalda Tomicic, Supervisora (s) Unidad Emergencia			

Aprobado por: Bayardo Cádena, Médico Jefe de Unidad Emergencia
Breve descripción del programa de supervisión: Los objetivos consignados en el documento son los siguientes: 1. Resguardar la seguridad, derechos y deberes de los pacientes. 2. Asegurar el cumplimiento de las actividades y procedimientos establecidos que realizan los alumnos de pregrado según nivel de formación. En el alcance se consigna que el programa será aplicado a los alumnos de pregrado que ingresen a realizar práctica en la Unidad de Urgencia. La enfermera supervisora es la responsable de ejecutar el programa. Se explicitan las actividades de supervisión y se especifica que éstas, se evaluarán a través de observación directa mediante pauta de supervisión (la que se incluye en el Anexo 1). Indica que se confeccionará informe semestral de supervisión, de acuerdo a los resultados de las pautas aplicadas.

Urgencia Gine-Obst			
Nombre del documento: "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad de Urgencia Gineco-Obstetricia"			
Código: PG-URG.GINE-OBST-00			
Versión: 00	Fecha: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 5
Elaborado por: Andrea Rivera I., Matrona Supervisora Unidad			
Aprobado por: Sandra Soto V., Matrona Subdirectora de Matronería			
Breve descripción del programa de supervisión: Los objetivos consignados en el documento son los siguientes: 1. Resguardar la seguridad, derechos y deberes de los pacientes 2. Asegurar el cumplimiento de las actividades y procedimientos establecidos que realizan los alumnos de pregrado según nivel de formación. En el alcance se consigna que el programa será aplicado a los alumnos de pregrado que ingresen a realizar práctica a la Unidad de Urgencia Gine-Obstétrica. La matrona supervisora es la responsable de ejecutar el programa. Se explicitan las actividades de supervisión y se especifica que éstas, se evaluarán a través de observación directa mediante pauta de supervisión (la que se incluye en el Anexo 1). Indica que se confeccionará informe semestral de supervisión, de acuerdo a los resultados de las pautas aplicadas.			
Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento: • PQ se compone de los siguientes servicios clínicos: PQ Central y PQ Gine-Obst.; ambos cumplen. En el Pabellón Cardiocirugía, no aplica. • Medicina se compone de los siguientes servicios clínicos: Medicina, UAPP y Pensionado Medicina. El servicio de Medicina, cumple. En UAPP y Pensionado Medicina, no aplica. • Obstetricia, cumple. • Urgencia se compone del servicio de Urgencia Ad y Ped; y de la Unidad de Urgencia Gine-Obst. Ambos servicios clínicos, cumplen. Se da por cumplido el elemento medible.			

DP 4.2 – Cuarto elemento medible: Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación periódica.

Describir constancia evaluación periódica en PQ: Pabellón Central: La responsable del servicio, presenta un certificado extendido y firmado por la Sra. Karime Viralta Valdebenito, Coordinadora Técnica RAD (Relación Asistencial Docente del Servicio de Salud Antofagasta), en el cual se explicita que en el período Enero-Octubre del Año 2015, la Unidad de Pabellón Central no recibió alumnos en prácticas curriculares, ni alumnos internos, de carreras de la salud. No aplica. Pabellón Gine-Obst: La matrona responsable del servicio declara que durante el I y II Semestre han tenido alumnos de Obstetricia y Medicina de la Universidad de Antofagasta en prácticas clínicas. No se presenta a la evaluadora la nómina de los alumnos de la carrera de Medicina que le permita constatar la evaluación periódica, de acuerdo al nivel de la carrera. Por otra parte, tampoco se presenta el Informe del Programa de Supervisión de frecuencia semestral definido en el Programa del servicio. Se da por no cumplido el elemento medible. PQ Cardiocirugía: No aplica.
Describir constancia evaluación periódica en Medicina: La responsable del servicio, declara que han realizado prácticas clínicas alumnos de pre-grado de la Universidad de Antofagasta de las carreras de: Medicina, Enfermería, Nutrición y Dietética; y de Kinesiología. Por otra parte, de la Universidad Santo Tomás, alumnos de las carreras de Enfermería y TENS; de la Universidad Católica del Norte, alumnos de las carreras de Química y Farmacia y Psicología; y adicionalmente, alumnos de Técnico Paramédico del Liceo A-14. Se presenta a la evaluadora el documento "Informe Supervisión de alumnos de pre-grado", de fecha de medición I Semestre de 2015, elaborado por la enfermera supervisora del servicio, en el cual se consigna, la evaluación de: -10 Alumnos de Enfermería, 5 alumnos de Kinesiología, 10 alumnos internos de Medicina, 10 alumnos de 3° Año de Medicina de la Universidad de Antofagasta. (Total: 35) -10 Alumnos de Enfermería, 4 alumnos internas de Enfermería y 10 alumnos TENS de la Universidad Santo Tomás. (Total: 24) -10 Alumnos de Química y Farmacia y 2 de Psicología de la Universidad Católica del Norte.(Total: 12) -10 Alumnos de Técnico Paramédico del Liceo A-14 Se selecciona al azar la carrera de Enfermería de la Universidad Santo Tomás para revisar los registros primarios. Se constata la la existencia de los documentos de supervisión; como también la consistencia, con las nóminas de rotación de los alumnos. Se revisan 7 casos al azar. Se da por cumplido el elemento medible.
Describir constancia evaluación periódica en Pediatría: La responsable del servicio, declara que han realizado prácticas clínicas alumnos de pre-grado de las carreras de Enfermería y Medicina de la Universidad de Antofagasta; como también, alumnos de Enfermería, Kinesiología y TENS de la Universidad Santo Tomás. Se presenta a la evaluadora el "Informe de Supervisión" del I Semestre de 2015, documento firmado y timbrado por Carolina Urrutia O. y la firma de un Supervisor (no identificado). En el citado informe, se consigna que se realizaron:

-10 evaluaciones a alumnos de Medicina, de la Universidad de Antofagasta. -10 evaluaciones a alumnos de Enfermería de la Universidad de Antofagasta. -10 evaluaciones a alumnos de Enfermería de la Universidad Santo Tomás -10 evaluaciones a alumnos de Kinesiología de la Universidad Santo Tomás - 9 evaluaciones a alumnos Técnico en Enfermería de la Universidad Santo Tomás (corresponde al número de alumnos que rotaron). Se solicita la documentación de la supervisión y otros registros de los alumnos de Medicina y Enfermería de la Universidad de Antofagasta y de los alumnos de Enfermería de la Universidad Santo Tomás. Se constata que hay consistencia en los registros primarios y otros documentos. Se da por cumplido el elemento medible.
Describir constancia evaluación periódica en Obstetricia: La responsable del servicio, declara que han realizado prácticas clínicas alumnos de pre-grado de las carreras de Obstetricia y Puericultura, Enfermería y Medicina de la Universidad de Antofagasta, entre otros centros de educación superior en convenio. También, declara que han rotado alumnos de TENS de la Universidad Santo Tomás y Liceo Técnico A-14. En la visita, no es posible constatar la evaluación periódica, dado que no hay documentación de la actividad docente (nómina de alumnos) ni de la supervisión realizada, de acuerdo al nivel de la carrera, de los alumnos de Medicina, como tampoco, de los alumnos de TENS del Liceo Técnico A-14 en las dependencias del servicio de Obstetricia. No se presenta el Informe del Programa de Supervisión de frecuencia semestral definido en el Programa del servicio. Se da por no cumplido el elemento medible.
Describir constancia evaluación periódica en Urgencia: URG Ad-Ped: La responsable del servicio, declara que han realizado prácticas clínicas alumnos de pre-grado de las carreras de Medicina de la Universidad de Antofagasta; de Enfermería de las Universidades de Antofagasta, Santo Tomás y del Mar; como también, alumnos de TENS de la Universidad Santo Tomás y Liceo Técnico A-14. En la visita, no es posible constatar la evaluación periódica, de acuerdo a lo definido en el Programa de la Unidad, dado que no hay documentación de la actividad docente (nómina de alumnos) ni de la supervisión realizada, de acuerdo al nivel de la carrera, de los alumnos de Medicina, como tampoco, de los alumnos de Enfermería de la Universidad del Mar, TENS de la Universidad Santo Tomás y del Liceo Técnico A-14. No se presenta el Informe del Programa de Supervisión de frecuencia semestral definido en el Programa del servicio. Se da por no cumplido el elemento medible. URG Gine-Obst: La responsable del servicio, declara que han realizado prácticas clínicas alumnos de pre-grado de las carreras de Medicina y Obstetricia - Puericultura de la Universidad de Antofagasta. En la visita, no es posible constatar la evaluación periódica, de acuerdo a lo definido en el Programa de la Unidad, dado que no hay documentación de la actividad docente (nómina de alumnos) ni de la supervisión realizada, de acuerdo al nivel de la carrera, de los alumnos de Medicina. No se presenta el Informe del Programa de Supervisión de frecuencia semestral definido en el Programa del servicio. Se da por no cumplido el elemento medible.
Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento: • PQ Central y PQ Gine-Obst.; no cumplen. Pabellón Cardiocirugía, no aplica. • Medicina se compone de los siguientes servicios clínicos: Medicina, UAPP y Pensionado Medicina. El servicio de Medicina, cumple. En UAPP y Pensionado Medicina, no aplica. • Pediatría, cumple. • Obstetricia, no cumple. • Urgencia se compone del servicio de Urgencia Ad y Ped; y de la Unidad de Urgencia Gine-Obst. No cumplen.

CARACTERÍSTICA DP 4.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Dirección	PQ	Medicina	Pediatría	Obstetricia	Urgencia
Primer elemento medible	1	1	1	1	1	1
Segundo elemento medible		1	1	1	1	1
Tercer elemento medible		1	1	1	1	1
Cuarto elemento medible		0	1	1	0	0
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 18/21		Porcentaje obtenido: 86%		Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA DP 5.1 / HALLAZGOS

DP 5.1 – Primer elemento medible: Se constata identificación formal del Comité de Ética del que dispone o al que puede acceder el prestador.

Dirección o Gerencia			
Comité de ética del Prestador	Si	Comité de ética externo al que accede el Prestador	NA
Documento que identifica comité de ética: Resolución Exenta			
N° Resolución: N° 0098	Versión: 02	Fecha Resolución : 12/01/2015	
Elaborado por: Matrona Mónica Rojas Urzúa, Presidenta del Comité de Ética Asistencial		Aprobado por: Dr. Francisco Bueno Natusch, Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: Indefinida	N° páginas:2	
Breve descripción del contenido del documento: Resolución 0098 de fecha 12/01/2015, Resolución en la que se nombra a los profesionales que conforman el Comité de Ética Asistencial y los roles que se les asignan dentro de este Comité.			

DP 5.1 – Segundo elemento medible: Se describen en documento de carácter institucional las situaciones que deben someterse a evaluación ética y el procedimiento para la presentación de casos a dicho Comité.

Dirección o Gerencia		
Nombre del documento: Procedimiento Sistema de Consulta al Comité de Ética Asistencial		
N° Resolución: 13894 Código: PO-CEA-02	Versión:02	Fecha de la Resolución: 20/11/2013 Fecha del Documento: 10/2013
Elaborado por: Matrona Mónica Rojas Urzúa	Aprobado por: Dr. Juan Mattatall	

Presidenta del Comité de Ética Asistencial del Hospital Regional de Antofagasta		Director del Hospital Regional de Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 10/2016		N° páginas: 11		
Describe (Si/No)	1. Situaciones que deben someterse al comité de ética	Si	2. Procedimiento para la presentación	Si	

Breve descripción del contenido del documento:
En páginas 2, 3 y 4 del documento de carácter institucional presentado por el Prestador, consta el objetivo del procedimiento y su alcance, en el que señala que el presente documento aplica en toda situación en que se presente un dilema o conflicto ético clínico durante la atención de los pacientes. Puede ser aplicado por el profesional tratante, miembros de equipo de salud, algún familiar del paciente o responsable de éste. Además, se señalan las responsabilidades de: a) Miembros del equipo de salud que asisten al paciente; b) Médico tratante; c) Paciente o tutor responsable de éste; d) Secretaria del Comité de Ética Asistencial; y e) Presidente del Comité de Ética Asistencial.
Se consignan, además, las definiciones de los términos utilizadas en el documento.
En página 5 figura tabla N°1 que consigna los "Motivos de Consulta Obligatoria al Comité de Ética Asistencial", entre las cuales se señalan:

- Cuando el médico tiene dudas sobre la competencia del paciente para adoptar una decisión autónoma;
- En el caso que se estime que la decisión autónoma manifestada por la persona o su representante legal la expone a grandes daños a su salud o riesgo a morir, que serían evitables, prudencialmente siguiendo los tratamientos indicados y siempre que el médico tratante haya agotado todas las instancias de información que hubiesen permitido al paciente o representante legal alcanzar una decisión autónoma;
- En el caso de una posible aplicación de alta forzosa por parte de la Dirección del establecimiento, a propuesta del profesional tratante, cuando la persona expresa su voluntad de no ser tratada, de interrumpir el tratamiento, o se niega a cumplir las prescripciones del profesional tratante;
- Cuando el paciente presenta una discapacidad psíquica o intelectual que no le permite manifestar su voluntad en relación a la posible indicación y aplicación de tratamientos invasivos de carácter irreversible.

En página 6 se presenta tabla N°2 "Motivos de Consulta Opcionales al Comité de Ética Asistencial", entre las que se señalan:

- Si la insistencia en la indicación de los tratamientos o la limitación del esfuerzo terapéutico son rechazadas por los pacientes o por sus representantes;
- Cuando se desconoce la voluntad del paciente, cuando éste no está en condiciones de decidir y no se sabe quién debe decidir en su nombre;
- Ante discrepancias entre profesionales sobre la decisión terapéutica;

En página 7 consta la descripción del proceso "Solicitud de asesoría al Comité de Ética Asistencial", el cual considera:

- Solicitud de asesoría al Comité de Ética Asistencial. La Asesoría del Comité de Ética Asistencial es solicitada por el médico tratante toda vez que se presenten casos, condicionados por lo descrito en "Motivos de Consulta Obligatoria". En los otros casos anteriormente descritos "Motivos de Consulta Opcionales", la consulta puede ser efectuada por cualquier miembro del equipo de salud, paciente, o representante legal, previa toma de conocimiento del médico tratante
- El interesado debe presentar el caso en formulario RG-CEA-03-00. Este formulario se entrega a la secretaría del Comité de Ética Asistencial por escrito y vía Email, al correo electrónico señalado en el documento. Cuando la solicitud de asesoría está relacionada la solicitud con la limitación del esfuerzo terapéutico, se debe adicionar en forma obligatoria una evaluación y diagnóstico neurológico actualizado.
- La solicitud de asesoría debe ser consignada en la ficha clínica por el médico tratante.
- El análisis del caso en el Comité de Ética Asistencial se realiza una vez recepcionada la consulta, coordinando una reunión extraordinaria en que se expone verbalmente por el solicitante la situación que genera la consulta. En caso de ser necesario, el Comité puede solicitar asesoría de consultores o expertos con derecho a voz. El análisis del caso se efectúa en sesión privada.
- El resultado consta en un informe enviado por escrito al médico tratante y a quien genere la consulta; pudiendo emitirse pre informes en caso de requerirse pronta respuesta. Recibido el informe, el médico tratante registra en la ficha clínica del paciente la recepción de la respuesta del Comité (se sugiere dejar copia del informe). Se deja expresa constancia en el documento, que la opinión del Comité de Ética Asistencial tiene la misma reserva y grado de confidencialidad que la ficha clínica, no siendo vinculante para el médico tratante ni para la Dirección del Hospital. Se señala que el plazo de respuesta no debe ser mayor a las 48 hrs. realizada la reunión del Comité.
- Solicitudes en casos de real urgencia. Se refiere a aquellas consultas relacionadas con una condición crítica extrema del paciente en la que se debe decidir respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico. En estas situaciones, la presentación del caso se realiza en la Unidad Clínica, ante el presidente del Comité o quién el designe y un miembro del Comité
- Se da por concluido el proceso cuando la persona que formula la consulta completa y entrega el formulario de Seguimiento de casos para retroalimentación del Comité de Ética asistencial.
- Es obligación mantener copia del documento para consulta, en todas las Unidades Clínicas y en la Dirección del establecimiento.

Se da por cumplido el Segundo Elemento Medible de la Característica DP 5.1

DP 5.1 – Tercer elemento medible: Se constatan registros de casos sometidos al comité de ética.

Dirección o Gerencia
Describir constatación de los registros: Se constata mediante la revisión de las Actas de las reuniones del Comité de Ética Asistencial, presentadas por el Prestador de los 6 meses precedentes a la visita de acreditación, verificando que el comité sesiona en forma regular (los segundos jueves de cada mes). Se presentan 5 casos clínicos, cumpliendo con los requisitos descritos en el documento institucional, igualmente, se constata que se realizan reuniones extraordinarias según necesidad y urgencia y que se da respuesta oportuna a las consultas realizadas por los profesionales del establecimiento. De acuerdo a lo constatado se da por Cumplido el Tercer Elemento Medibles de la Característica. DP 5.1

DP 5.1 – Cuarto elemento medible: Se constata: conocimiento del procedimiento para acceder a Comité de Ética en al menos 90% de profesionales médicos entrevistados.

Unidad o Servicio	N° entrevistas	N° respuestas correctas	% cumplimiento

Unidad Paciente Crítico Adulto	3	9	100%
Unidad Coronaria	2	6	100%
Pabellón Gíneco-Obs	4	12	100%
Pabellón Quirúrgico	7	21	100%
Pabellón Cardiovascular	1	3	100%
Consultas Especialidades	5	15	100%
Servicio Medicina	6	18	100%
Unidad tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico	6	18	100%
Unidad Paciente Crítico Pediatría	2	6	100%
Unidad Paciente Crítico Neonatología	2	6	100%
Servicio de Pediatría	3	9	100%
Servicio Cirugía Infantil	5	15	100%
Servicio Cirugía Adulto	5	12	80%
Unidad Atención Progresiva	1	3	100%
Servicio de Ginecología	4	12	100%
Total	**56**	**165**	**98%**

Observaciones:
Para realizar la constatación del conocimiento de los médicos del procedimiento para acceder al Comité de Ética Asistencial, se realiza entrevista a un total de 56 profesionales de las diferentes Unidades Asistenciales, realizándoles tres preguntas a cada uno de los entrevistados, obteniéndose un resultado de 98.% de respuestas correctas.
Se da por Cumplido el Cuarto Elemento Medible de la Característica DP 5.1

CARACTERÍSTICA DP 5.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	1° EM:	2° EM:	3° EM:	4° EM:
Dirección o Gerencia	1	1	1	
General				1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 4/4	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

ÁMBITO GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

CARACTERÍSTICA CAL 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

CAL 1.1 - Primer elemento medible: Existe un documento de carácter institucional que describe la política de calidad de la Institución.

Dirección o Gerencia		
Nombre del documento: Resolución Exenta Nº 13196		
N° Resolución: 13196	Versión: No consigna	Fecha: 5 agosto 2014
Elaborado por: Dra. Juana Pérez Moraga, Director (T.y P.) Hospital Regional de Antofagasta	Aprobado por: Dra. Juana Pérez Moraga, Director (T.y P.) Hospital Regional de Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: No consigna	N° páginas: 2
Breve descripción de los aspectos relevantes del documento: La Política de Calidad del Hospital Regional de Antofagasta se resume en seis puntos: 1. Enfoque de la atención centrada en las personas. 2. Liderazgo del equipo de salud. 3. Inclusión de todo el personal. 4. Formación continua. 5. Sistema para la gestión asistencial basado en procesos. 6. Lineamiento con las políticas vigentes de Calidad y Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud.		

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

Dirección o Gerencia				
Documento que designa nombramiento: Resolución Exenta Nº 10115				
N° Resolución: 10115	Versión: No consigna		Fecha: 5 de septiembre de 2013	
Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta	Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: No consigna		N° páginas: 1	
Nombre del responsable: Dra. Alejandra Muñoz Meynet	Profesión: Médico-Cirujano		Cargo: Jefe de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	
Cargo específica (Si/No)	Funciones	Si	N° de horas asignadas	11
Breve descripción del contenido del documento: Explicita las funciones del Jefe de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente: - Desarrollar un programa de seguridad de los pacientes, ejecutarlo, evaluarlo y difundir sus resultados a través de un informe, generando planes de mejora. - Velar por el cumplimiento de las funciones de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente del Hospital Regional de Antofagasta.				
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº9289 del 17 de noviembre de 2015 firmada por el Director del Hospital Regional de Antofagasta, Sr. Juan Urrutia R., donde se encomiendan las funciones como "Encargada del Programa de Calidad de la Institución y Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente", a la Dra. Alejandra Muñoz Meynet, en un				

contrato de 11 horas. Se explicitan las mismas funciones consignadas en la Resolución Exenta Nº10115.

CAL 1.1 - Tercer elemento medible: Cuenta con un programa de calidad que incorpora un sistema de evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.

Dirección o Gerencia				
Nombre del documento: Programa Anual Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta Año 2015				
Elaborado por: Enfermeras Mariela Bernes y Rosa Jirón; y Matronas Jessica Bravo y Marcela Rojo.			Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (s) Hospital Regional de Antofagasta.	
Años evaluados:	2015			
Incluye (Si/No)	1. Sistema de evaluación anual	Si	2. Aspectos relevantes para la seguridad de pacientes	Si
Breve descripción de los aspectos relevantes del documento: Se constata la versión 02, código PG-CAL-03 de 16 páginas de fecha enero 2015. El documento consigna los objetivos, las actividades, el sistema de evaluación y los responsables, entre otros aspectos. Respecto a las "Actividades del Programa de Calidad", contenidas en el punto 11, desde las páginas 6 a la 12, se incluyen 2 áreas de trabajo principales: "Acreditación-Autorización Sanitaria" y "Seguridad del Paciente". Para cada una de ellas, se explicita el objetivo general, los objetivos específicos y un Plan de Actividades de Seguridad del Paciente. En estos últimos, se incluye para cada una de las actividades, el responsable, un indicador, umbral, verificador y el plazo. Un ejemplo, en lo relativo al Plan de Actividades de Seguridad del Paciente, se indica a continuación: -Actividad: Aplicar procedimiento de vigilancia de eventos adversos -Responsable: Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente -Indicador: (Nº de planes de mejora con las medidas de prevención aplicadas en un período/Nº total de planes de mejora presentados en el mismo período) x 100 -Umbral: 50% -Verificador: Informes de monitoreo -Plazo 2015: Semestral En el punto 13, se establece que la evaluación se realizará a través de informes semestral y anual, como también, a través de estados de avance mensuales de las actividades programadas.				

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

Dirección o Gerencia	
Nombre del documento: Informe Programa anual de Calidad y Seguridad del paciente Hospital Regional de Antofagasta. I Semestre 2015	
Elaborado por: Jessica Bravo R., Mariela Berrios A., Equipo Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.	Aprobado por: Sr. Juan Urrutia R., Director Hospital Regional de Antofagasta
Años evaluados: I Semestre 2015	Incluye análisis de los resultados obtenidos: Si
Breve descripción de los aspectos relevantes del documento: Se consigna, en el punto "Conclusiones" que hay 14 actividades programadas para el primer semestre y que el cumplimiento es del 86%. En el documento de 16 páginas, se realiza un análisis respecto a las áreas de trabajo definidas. En lo relativo al área "Autorización Sanitaria-Acreditación", se consigna, entre otros aspectos, que en la evaluación realizada por el Servicio de Salud en el mes de junio de 2015, se logra el 77% de cumplimiento de las características obligatorias. De un total de 30, no se cumplen 7. En relación al cumplimiento de las características totales para presentación al proceso de acreditación de la institución, se consigna que se da por cumplida la actividad, puesto que se ha logrado cumplir el 61% al mes de junio. En lo relativo al área de trabajo "Seguridad del Paciente", se consigna el cumplimiento del 100% de los indicadores de seguridad evaluados por prevalencia: indicación de transfusión y prevención de UPP, entre otros. Asimismo, se indica, por ejemplo, que para el objetivo 2.2.4 (en la página 11), "Realizar sistemáticamente un análisis de todos los eventos adversos sucedidos en el Hospital Regional de Antofagasta" se ha cumplido con el 62% de notificaciones según el procedimiento institucional. Se da por cumplido el elemento medible.	

CARACTERÍSTICA CAL 1.1 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1	4° EM: 1
Umbral de la característica:100%	Puntaje total: 4/4		Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA CAL 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué? APR, dado que de acuerdo al ORD IP/Nº2964 de la Superintendencia de Salud, de fecha 20 de noviembre, no se debe incluir al Centro Oncológico Antofagasta (COA), en el proceso de acreditación del Hospital. Las prestaciones de radioterapia se realizan en dependencias del mencionado centro clínico.

CAL 1.2 - Primer elemento medible: Se ha designado responsable de dirigir y coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en cada uno de los servicios clínicos y de apoyo.

PQ (Central – Cardiocirugía – Gineco-Obstetricia)		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Pabellón Central: Victoria Tomicic Céspedes Pabellón Cardiocirugía: Raúl Contreras Vega	Profesión: Pabellón Central: Enfermera Pabellón Cardiocirugía: Enfermero	

Pabellón Gineco-Obstetricia: Andrea Rivera Inostroza	Pabellón Gineco-Obstetricia: Matrona	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9414 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargados de calidad y subrogantes a los siguientes profesionales: Pabellón Central: Jeannette Flores Arancibia, enfermera - Carol Araya Julio Pabellón Cardiovascular: Raúl Contreras Vega, enfermero – Marcelo Troncoso Pacheco Pabellón Gineco-Obstétrico: Andrea Rivera Inostroza, matrona – Carol Araya Julio		
UPC Ad.		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Tirsa González Antiquera	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9411 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargados de calidad y subrogantes a los siguientes profesionales: UPC Adultos: Tirsa González Antiquera, enfermera - Rossana Pacheco Escalera		
UCI Coronaria		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Jennifer Mariño Gallegos	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9411 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargados de calidad y subrogantes a los siguientes profesionales: UCI Coronaria: María Cerda Saavedra, enfermera – Maribel Donoso Olivares		
Intermedio Médico-Quirúrgico		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Margaret Cerda Cortés	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9411 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargados de calidad y subrogantes a los siguientes profesionales: UPC Adultos: Tirsa González Antiquera, enfermera - Rossana Pacheco Escalera Los encargados del punto de verificación refieren que la unidad de Intermedio M-Q está incluida en la designación de "UPC Adultos" de la Resolución Exenta Nº 9411 del 20 de noviembre 2015, antes referida.		
UPC Ped.		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Verónica Contreras Toro	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9411 del 20 de Noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Verónica Contreras Toro – Katherine Castillo Gutiérrez		
UPC Neo		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Roxana Maldonado Claros	Profesión:Matrona	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9411 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Marcela Rojo Vera, matrona - Ximena Haro Salinas		
Med		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Mariela Berrios Ardiles	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9409 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Alejandra Milies García, enfermera - Jennifer Díaz Figueroa		
Unidad de Atención Progresiva (UAPP)		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Claudia Quintana Zamorano	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9409 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Alejandra Cuevas Maita, enfermera		

- Rosa Santander Osorio		
Pensionado de Medicina y Cirugía		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Girlaine Vergara Calderón	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9409 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Sandra González Erazo, enfermera - Mónica González Barra		
Cir. Adulto		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Rosa Santander Osorio	Profesión:Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9409 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Stephany Escudero Jiménez, enfermera - Karin Estivales López		

Bloque Quirúrgico de Especialidades		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Janis Orellana Olivares	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9409 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Janis Orellana Olivares, enfermera - Karen Chepillo González		
Cir. Infantil		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Jessica Álvarez Cisternas	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9409 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Carolina Urrutia Osven, enfermera - Jessica Romero Fuentes		
Ped.		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Jessica Álvarez Cisternas	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9409 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Carolina Urrutia Osven, enfermera - Jessica Romero Fuentes		
Neo		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Karime Viralta Valdebenito	Profesión: Matrona	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9409 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Ximena Haro Salinas, matrona – Marcela Rojo Vera		
Obst-gine		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Dayanna Hernández González	Profesión: Matrona	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9409 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Dayanna Hernández González, matrona – Isabel Alfaro Bacovic		
URG (Adultos-Pediatría)		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de

		Antofagasta.
Nombre del responsable: Ingrid Candia Hartmann	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9413 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Paulina Leila Canihuante, enfermera – Claudia Cubillos García		
URG (Gineco-Obstétrica)		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Andrea Rivera Inostroza	Profesión: Matrona	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9413 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Carol Araya Julio, matrona – Andrea Rivera Inostroza		
APL		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Eva Mejías Durán	Profesión: Tecnólogo Médico	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9410 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Karen Araya Collao, tecnólogo médico – Paula Martínez Bolbarán		
APF		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Sandra Trujillo Hernández	Profesión: Químico Farmacéutico	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9410 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Sandra Trujillo Hernández, químico farmacéutico – Rosana Ramos Bradanovic		
APE		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Irene Castillo Ravello	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9410 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Irene Castillo Ravello, enfermera – Viviana Valdivia Tello.		
APD		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Ana Bacarreza Rodríguez	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9410 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Ana Bacarreza Rodríguez, enfermera – Erika Segura Gómez		
APA		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Heriberto Opazo Maldonado	Profesión: Tecnólogo Médico	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9410 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Roxana Parra Lara, tecnólogo médico – Camila Valladares Quezada		
APQ Adultos		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Elisa Wong Collao	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9410 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Valeria Gallardo Silva, enfermera – Mónica González Pizarro		
APQ Infantil		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		

N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Paola Soto González	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9409 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Romina Aguilar Véliz, enfermera – Carla Vega Pizarro		
API		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Rossana Huerta Marchant	Profesión: Tecnólogo Médico	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9410 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: María Yampara Flores, tecnólogo médico – Rossana Huerta Marchant		
APDs/ APCs/ APTr		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Alejandra Vega Segovia	Profesión: Tecnólogo Médico	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9410 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargado de calidad y subrogante a los siguientes profesionales: Jorge Barra Flores, tecnólogo médico – Ana María Cuéllar.		

CAL 1.2 - Segundo elemento medible: Metas de calidad anual por Unidad (relacionadas con la seguridad de los pacientes).

PQ (Pabellón Central)
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta
Metas aprobadas por: Dra. Gladys Villarroel Espinoza, Médico Jefe Pabellón Central, Jeannette Flores Arancibia, Enfermera Supervisora Pabellón y Claudia Castañeda Alcayaga, Encargada de Calidad Pabellón Central
Registrar metas de la Unidad por año: -Alcanzar un 90% de cumplimiento en la identificación del paciente según procedimiento. -Lograr que en el 90% de los pacientes se realice pausa de cirugía con la aplicación de la lista de verificación quirúrgica según procedimiento. -Lograr que el 90% de los pacientes sometidos a cirugías bajo anestesia general o regional se les aplique evaluación pre-anestésica según procedimiento.
PQ (Cardiocirugía)
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta
Metas aprobadas por: Raúl Contreras V., Enfermero Supervisor y Dr. Javier Labbé Jefe Médico de la Unidad
Registrar metas de la Unidad por año: -Alcanzar un 95% de cumplimiento en la identificación del paciente según procedimiento. -Lograr que en el 90% de los pacientes se realice pausa de cirugía con la aplicación de la lista de verificación quirúrgica según procedimiento. -Lograr que el 90% de los pacientes sometidos a cirugías bajo anestesia general o regional se les aplique evaluación pre-anestésica según procedimiento.
PQ (Gineco-Obstetricia)
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual 2015 Unidades de Pabellones Gineco-Obstétrico.
Metas aprobadas por: Dr. Aliro Bolados Castillo, Médico Jefe Servicio Obstetricia y Ginecología y Ruth Ramos Bradanovic, Matrona Supervisora Unidad de Partos y Pabellón Maternidad.
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Alcanzar un 95% de cumplimiento de pacientes identificados según procedimiento. -Lograr que en el 95% de las pacientes intervenidas en los pabellones se realice pausa de cirugía segura según procedimiento. -Lograr que el 80% de los pacientes sometidos a cirugías bajo anestesia general o regional se les aplique evaluación pre-anestésica según procedimiento.
UPC Ad.
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Unidades de Pacientes Críticos Adultos: UCI Adulto 2015.
Metas aprobadas por: Dr. Marcelo Gómez, Médico Jefe UCI Adulto y Tirsa González Antiquera, Enfermera Supervisora y Encargada de Calidad UCI Adulto.
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Lograr que el 90% de los tratamientos endovenosos administrados, cumplan las medidas de prevención, para evitar errores de medicación. - Lograr que el 90% de los pacientes con uso de CVC, mantengan las medidas de prevención de infecciones por torrente sanguíneo según procedimiento. -Lograr que el 90% de los pacientes con CUP, se mantengan con las medidas de prevención de ITU, según protocolo.

UCI Coronaria
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual UCI Coronaria 2015.
Metas aprobadas por: Dra. Lizzy Cedeño M., Jefe (s) UCI Coronaria, M. Magdalena Cerda S., Enfermera Supervisora UCI Coronaria y Maribel Donoso O., Encargada de Calidad
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Alcanzar un 90% de cumplimiento en la identificación del paciente según procedimiento. -Lograr que al 90% de los pacientes se les administre medicamentos endovenosos según procedimiento. -Lograr que el 85% de los enfermeros tenga manejo de pacientes en ventilación mecánica de acuerdo al procedimiento.
Intermedio Médico-Quirúrgico (UTIMQ)
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Unidades de Pacientes Críticos Adultos: UTIMQ 2015.
Metas aprobadas por: Dr. Moisés Gallo Jiménez, Médico Jefe UTIMQ y Rossana Pacheco Escalera, Enfermera Supervisora (s) y Encargada de Calidad UTIMQ.
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Alcanzar un 90% de cumplimiento en la identificación del paciente según procedimiento. -Lograr que al 90% de los pacientes con CUP, se mantengan con las medidas de prevención de ITU, según procedimiento. -Lograr que el 90% de los pacientes con uso de CVC, mantengan las medidas de prevención de infecciones por torrente sanguíneo según procedimiento.
UPC Ped.
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Unidad Paciente Crítico Pediátrico 2015.
Metas aprobadas por: Verónica Contreras T., Enfermera Supervisora y Katherine Castillo, Encargada de Calidad UPC Ped
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación del paciente según procedimiento. -Lograr que el 90% de los tratamientos endovenosos administrados, cumplan las medidas de prevención, para evitar errores de medicación.
UPC Neo
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Unidad UPC Neonatal 2015.
Metas aprobadas por: Dr. Sergio Farías Vega, Médico Jefe UPC Neonatal y Roxana Maldonado C., Matrona Supervisora UPC Neonatal.
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación de nuestros pacientes de acuerdo al procedimiento. -Lograr que el 90% de los pacientes de UPC neonatal, se le administre medicamentos EV según procedimiento. -Lograr que el 90% de los tratamientos endovenosos administrados a nuestros pacientes hospitalizados en UPC Neonatal, cumplan las medidas de prevención, para evitar errores de medicación.
Med.
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Unidad Medicina 2015.
Metas aprobadas por: Alejandra Milies G., Enfermera Supervisora Medicina y Jennifer Díaz F., Enfermera Calidad Medicina
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Lograr que el 90% de los pacientes clasificados en Alto Riesgo o Riesgo Medio, según escala de BRADEN, cumplan con las medidas de prevención de UPP de acuerdo al procedimiento. -Lograr que el 100% de los funcionarios cumplan con las normas de precauciones estándar en pacientes hospitalizados con aislamiento de contacto. -Lograr el 100% de almacenamiento y manejo de material estéril de acuerdo a la norma institucional.
Unidad de Atención Progresiva (UAPP)
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual UAPP 2015.
Metas aprobadas por: Dra. Ruth Solís V., Médico Jefe Unidad, Lucy Peralta Jara, Enfermera Supervisora UAPP y Alejandra Cuevas, Enfermera Encargada de Calidad.
Registrar metas de la Unidad por año: -Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación de nuestros pacientes de acuerdo al procedimiento. -Lograr que en el 100% de los pacientes hospitalizados se cumplan las medidas de prevención de UPP según procedimiento. -Lograr que el 90% de los pacientes hospitalizados con uso de catéter venoso central, se les aplique las medidas de prevención de infecciones, según procedimiento.
Pensionado de Med y Cirugía.
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Unidad de Pensionado 2015.
Metas aprobadas por: Mónica González Barra, Enfermera Supervisora Pensionado.
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Lograr que el 100% de los tratamientos administrados, cumplan las medidas de prevención, para evitar errores de medicación. -Lograr un 100% de cumplimiento de la norma de higienización de manos. -Lograr un 85% de cumplimiento en el registro de epicrisis con llenado de datos mínimos, según procedimiento.
Cir. Adulto
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Unidad de Cirugía 2015.
Metas aprobadas por: Dr. Alberto Castillo Médico Jefe Servicio Cirugía, Rosa Santander O., Enfermera Supervisora Cirugía y Stephany Escudero J., Enfermera de Calidad.
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras:

-Alcanzar un 90% de cumplimiento en la higienización de manos, según norma. -Lograr que el 90% de los tratamientos administrados, cumplan las medidas de prevención, para evitar errores de medicación, según procedimiento. -Lograr que al 90% de los pacientes se les administre medicamentos endovenosos según procedimiento.
Bloque Quirúrgico Especialidades
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE) 2015.
Metas aprobadas por: Janis Orellana Olivares, Enfermera Supervisora BQE y Evelyn Jopia Hernández, Enfermera Encargada de Calidad.
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Lograr que el 90% de los pacientes hospitalizados en BQE se le aplique las medidas de prevención de infecciones de herida operatoria. - Lograr que el 90% de los pacientes con agitación psicomotora en BQE se le aplique las medidas de prevención de eventos adversos asociados a contención física según procedimiento. - Lograr que el 100% de los pacientes se le aplique las medidas de prevención de caídas según procedimiento.
Cir. Infantil
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta.
Metas aprobadas por: Dra. Vanessa Muñoz, Jefe Servicio Cirugía Infantil, Jessica Alvarez C., Enfermera Supervisora Pediatría y Elda Lagunas M., Encargada de Calidad.
Registrar metas de la Unidad por año: -Alcanzar un 95% de cumplimiento en la higienización de manos. -Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación del paciente.
Ped.
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta.
Metas aprobadas por: Dr. Marcelo Pastenes M., Jefe Servicio Pediatría, Jessica Alvarez C., Enfermera Supervisora Pediatría y Elda Lagunas M., Encargada de Calidad
Registrar metas de la Unidad por año: -Alcanzar un 95% de cumplimiento en la higienización de manos. -Alcanzar un 90% de cumplimiento en la administración de medicamentos endovenosos. -Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación del paciente.
Neo
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Año 2015 Unidad de Neonatología.
Metas aprobadas por: Dr. Marcelo Sepúlveda A., Médico Jefe Neonatología y Matrona Karime Viralta V., Encargada de Calidad Neonatología
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Lograr un 90% de cumplimiento en el lavado de manos según procedimiento. -Lograr que el 95% de los pacientes se les administre medicamentos endovenosos según procedimiento. -Lograr que el 100% de los pacientes se encuentren identificados según procedimiento.
Obst-Gine
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual 2015 Unidad Asistencial Obstetricia y Ginecología.
Metas aprobadas por: Dr. Aliro Bolados Castillo, Médico Jefe Servicio Obstetricia y Ginecología y Dayanna Hernández González Matrona Supervisora y Encargada de Calidad Unidad Asistencial Obstetricia y Ginecología.
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Lograr que el 90% del personal que trabaja en la unidad cumpla con la correcta higienización de manos según procedimiento. -Lograr que el 90% de los alumnos realicen las actividades y/o procedimientos establecidos por programa de supervisión -Lograr un 90% de cumplimiento en la administración de medicamentos endovenosos según procedimiento.
URG (Adultos-Pediatría)
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual 2015 Unidad de Emergencias 2015
Metas aprobadas por:Dra Gladys Nuñez, Médico Jefe Unidad de Urgencia y Mafalda Tomicic F., Enferemra Supervisora
Registrar metas de la Unidad por año: -Lograr un 90% del personal de la Unidad de Emergencia realice de forma correcta la higienización de manos según procedimiento. -Lograr que el 95% de los pacientes que se hospitalicen desde la Unidad de emergencia se identifiquen según procedimiento. - Lograr que el 95% de los tratamientos EV administrados, cumplan las medidas de prevención, para evitar errores de medicación.
URG (Gineco-Obstetricia)
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual 2015 Unidades de Urgencia Gineco-Obstetricia.
Metas aprobadas por: Dr. Aliro Bolados Castillo, Médico Jefe Servicio Obstetricia y Ginecología, Ruth Ramos Bradanovic, Supervisora de Partos y Pabellón de Maternidad y Carol Araya Julio, Encargada de Calidad (s) Unidad de Partos y Pabellón Maternidad.
Registrar metas de la Unidad por año: -Lograr que el 90% de los alumnos realicen las actividades y/o procedimientos establecidos por programa de supervisión -Lograr que el 90% de los medicamentos endovenosos se administren en forma correcta según procedimiento. -Lograr que el 100% de las pacientes C1, atendidas en urgencia gíneco-obstétrica, cumplan el rango de tiempo según procedimiento (en menos de 5 minutos).

APL
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual 2015 Unidad de Apoyo Laboratorio Clínico.
Metas aprobadas por: Dra. Natalia Valenzuela S, Médico Jefe Laboratorio y Eva Mejías Durán, Tecnólogo Médico Laboratorio
Registrar metas de la Unidad por año: -Alcanzar un 80% de cumplimiento en las ac tividades de calidad programadas para el año 2015. Se incluyen varias actividades como parte de la meta; entre otras: -Evaluar concordancia de tinciones realizadas a hemocultivos y cultivos de líquidos estériles inoculados en medio líquido positivos con resultado final del cultivo (Umbral:≥80%), Vigilar factor que interfiere en rendimiento de los hemocultivos (Umbral:≥80%) y Evaluación resultados PEEC (Umbral:≥98%)
APF
Nombre documento de metas: Metas Anuales de Calidad Unidad de Farmacia Año 2015.
Metas aprobadas por: QF Rosana Ramos Bradanovic, Jefe Unidad Farmacia, QF Sandra Trujillo Hernández y QF Viviana Herrera P.
Registrar metas de la Unidad por año: -Reponer el 100% de los medicamentos pertenecientes al stock mínimo, solicitados por las unidades críticas según procedimiento. -Reponer el 100% de los insumos médicos pertenecientes al stock mínimo, solicitados por las unidades críticas según procedimiento.
APE
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual Central de Esterilización Hospital Regional de Antofagasta
Metas aprobadas por: Irene Castillo R., Enfermera Jefe de Esterilización y Viviana Valdivia Tello, Enfermera de Esterilización
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Procesar el 100% de los endoscopios en Desinfección de Alto Nivel (DAN) con Orthoftalaldeheído (OPA), según procedimiento -Realizar un 100% de test de efectividad del Orthoftalaldeheído (OPA) en forma mensual -Que el 100% de la Unidades Clínicas obligatorias cumplan con el almacenamiento y manejo de material estéril, según procedimiento.
APD
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Unidad de Diálisis Año 2015.
Metas aprobadas por: Dra. Ruth Solís V., Médico Jefe de Diálisis, Ana Bacarreza, Enfermera Supervisora de Diálisis y Erika Segura Gómez, Enfermera Calidad de Diálisis
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Lograr que el 90% de filtros reutilizados se realicen de acuerdo al procedimiento. -Lograr un 95% de cumplimiento de registros completos, con información según procedimiento. -Lograr que el 100% de las muestras de agua tomadas para el control químico y microbiológico cumpla con Decreto Oficial MInsal del 31/12/94 N°2357 (Reglamento sobre centros de diálisis)
APA
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual Unidad de Anatomía Patológica
Metas aprobadas por: Dr. Hugo Benítez Cáceres, Jefe Unidad y TM Roxana Parra Lara, Supervisora Anatomía Patológica
Registrar metas de la Unidad por año: -Ejecutar planes de mejora en el 100% de los eventos adversos (EA) producidos en la unidad. -Lograr que el porcentaje de biopsias diferidas rechazadas sea inferior a 10% -Lograr que el 75% de las biopsias tipo 1, sean entregadas en un período de 7 días hábiles -Lograr que el 85% de entrega de notificaciones con valores críticos sean en un plazo menor a 3 días hábiles. -Lograr un 90% de umbral para congruencia entre el número de "casetes" enviados por el médico con lo recibido en el laboratorio.
APQ Adultos
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Unidad de Quimioterapia 2015.
Metas aprobadas por: Dra. Marjorie Gill A., Jefe Unidad de Quimioterapia Adulto y Valeria Gallardo S., Enfermera Encargada Unidad Quimioterapia
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Lograr que el 100% de los pacientes se le administre los medicamente los medicamentos antineoplásicos según procedimiento. -Alcanzar el 100% en la disposición y eliminación de desechos de medicamentos antineoplásicos según procedimiento. -Lograr que el 90% de pacientes hospitalizados se les aplique medidas de prevención de infecciones asociadas a catéteres vascular central con reservorio.
APQ Infantil
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Unidad de Oncología Infantil.
Metas aprobadas por: Dra. Tamara Inostroza C., Pediatra Hemato-Oncóloga Infantil, Carolina Urrutia Osven y Romina Aguilar V., Encargada Calidad Oncología Infantil
Registrar metas de la Unidad por año: -Alcanzar un 90% de cumplimiento en el procedimiento de tratamiento de quimioterapia. -Alcanzar un 90% de cumplimiento en administración de quimioterapia.
API
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de la Unidad de Apoyo Imagenología Hospital Regional de Antofagasta Año 2015. Metas de Calidad Anual Unidad de Apoyo Imagenología.
Metas aprobadas por: Dr. Marcelo Avila Jaramillo, Médico Jefe Unidad de Apoyo Imagenología, TM María Yampara Flores y TM Rossana Huerta Marchant
Registrar metas de la Unidad por año: -Alcanzar un 90% de cumplimiento en la notificación de resultados críticos en Imagenología.

-Cumplir con el umbral en prevención de eventos adversos asociados a exámenes invasivos, sedación y anestesia. -Cumplir con el umbral de 90% de solicitud de exámenes de Imagenología con datos completos según procedimiento, por unidad.
APDs/APCs/APTr
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Unidad Banco de Sangre.
Metas aprobadas por: Dra. Natalia Valenzuela Sandoval, jefe de Servicio Unidad de Banco de Sangre, TM Ana Cuellar Acevedo, Supervisora Unidad Banco de Sangre y TM Jorge Barra Flores, Encargado de Calidad
Registrar metas de la Unidad por año: -Lograr un registro de un 100% de reacciones adversas -Disminuir menos del 5% de la serología reactiva en donantes seleccionados - Lograr en un 50% el cumplimiento de registros completos de administración de hemocomponentes por los servicios; exceptuando pabellones -Lograr el 90% de cumplimiento del volumen extracción aceptado dentro del rango (400 a 500 ml) en las unidades de sangre total obtenidas en las UMT´s asociadas a la Red.

CARACTERÍSTICA CAL 1.2 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Pje. asig.	PQ	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	MED	Cir Adulto	CirInfantil	Ped	Neo	Obst.Gine	URG	APL	APF	APE	APD	APR	APA	APQ	API	APDs APCs APTr
1° EM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1
2° EM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1
Umbral de la característica:≥ 80%			Puntaje total: 38/38				Porcentaje obtenido: 100%						Cumple: Si							

ÁMBITO GESTIÓN CLÍNICA

CARACTERÍSTICA GCL 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

GCL 1.1 - Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de evaluación pre anestésica que considera anestesia general y regional y se han definido los responsables de su aplicación.

Nombre del documento:	Procedimiento Evaluación Preanestésica				
N° Resolución:N°718 Código: Código: PO-SDM-02		Versión:08		Fecha de la Resolución:25/08/2015 Fecha del documento: 08/2015	
Elaborado por: Dra. Gladys Villarroel Jefe Servicio Pabellón Quirúrgico			Aprobado por: Dr. Francisco Bueno Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta		
Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 08/2020		N° páginas: 10	
Considera (Si/No)	1. Anestesia general	Si	2. Anestesia regional	Si	3. Responsable de la aplicación	Si

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Cardiovascular, Pabellón Gíneco Obstétrico y Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria, se tiene a la vista documento de carácter institucional. En la página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance en el que refiere que el presente protocolo se aplica a todo paciente propuesto para intervenciones quirúrgicas que consideren la aplicación de anestesia general o regional y los responsables de la ejecución, los cuales son:

- Médico Anestesiólogo: Es el responsable de realizar la Evaluación Preanestésica (EPA) y registrar la información correspondiente en el formulario RG-PAB-02-00. Si el anestesiólogo que realiza el procedimiento anestésico es distinto al que efectúa la Evaluación Preanestésica, debe validar dicha evaluación dejando constancia de ello, con su nombre y firma en el formulario de evaluación Preanestésica.
- Auxiliar de Anestesia: Es responsable de colaborar con el registro de la información de la evaluación Preanestésica en el documento RG-PAB-02-00
- Coordinador de Anestesia: Es responsable de velar por el cumplimiento de la aplicación y registro de la Evaluación Preanestésica por los anestesistas a su cargo
- Enfermera o Matrona supervisora de pabellón: Es responsable de la aplicación de la Pauta de Supervisión que corrobora que el Protocolo Evaluación Preanestésica haya sido efectuado de acuerdo a lo indicado en el procedimiento.

En páginas 3 y 4 se señalan las definiciones de los términos utilizados en el documento.
En páginas 5 y 6 "Descripción del Proceso", se establece que existen dos tipos de evaluación Preanestésica: Evaluación Preanestésica en Sala y Evaluación Preanestésica Inmediata, en ambas se describen las actividades que debe realizar el anestesiólogo para su cumplimiento.
Página 9 Anexo n°1 Ficha del Indicador" utilizado para la evaluación. Página 10 Anexo n°2 "RG –PAB-02-00 Pauta de Supervisión de Aplicación de la EPA"
El Prestador presenta versión anterior del documento "Procedimiento Evaluación Preanestésica", Versión 07, con lo cual cumple la retrospectividad requerida.
Se da por Cumplido el Primer Elemento Medible de la Característica GCL 1.1

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación:		
Pabellón Quirúrgico General	Pabellón Quirúrgico Obstetricia-Gínecología	Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria
Si	Si	Si
Observaciones: El punto de verificación Pabellón Quirúrgico General, considera Pabellón Central y Pabellón Cardiovascular.		

GCL 1.1 - Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

PQ General: Pabellón Central

Nombre del indicador	Pacientes intervenidos en pabellones del hospital de Antofagasta en los cuales consta la aplicación del Protocolo de Evaluación Preanestésica
Fórmula matemática	(N° de pacientes intervenidos con evaluación Preanestésica aplicada correctamente/Total de pacientes intervenidos)*100.
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ Obst – Gine	
Nombre del indicador	Pacientes intervenidos en pabellones del hospital de Antofagasta en los cuales consta la aplicación del Protocolo de Evaluación Preanestésica.
Fórmula matemática	(N° de pacientes intervenidos con evaluación Preanestésica aplicada correctamente/Total de pacientes intervenidos)*100.
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Pabellón CMA	
Nombre del indicador	Pacientes intervenidos en pabellones del hospital de Antofagasta en los cuales consta la aplicación del Protocolo de Evaluación Preanestésica.
Fórmula matemática	(N° de pacientes intervenidos con evaluación Preanestésica aplicada correctamente/Total de pacientes intervenidos)*100.
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ General: Pabellón Cardiovascular	
Nombre del indicador	Pacientes intervenidos en pabellones del hospital de Antofagasta en los cuales se consta la aplicación del Protocolo de Evaluación Preanestésica.
Fórmula matemática	(N° de pacientes intervenidos con evaluación Preanestésica aplicada correctamente/Total de pacientes intervenidos)*100.
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 1.1 - Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

PQ General: Pabellón Central	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión de Aplicación de la Evaluación Preanestésica
Responsable medición	Jefe de Pabellón
Fuente primaria	Protocolo de Evaluación Preanestésica
Fuente secundaria	Pauta de supervisión de Aplicación de la Evaluación Preanestésica
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Domingo (30 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cirugía. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de Supervisión son: a) Nombre/ Apellido paciente b) Rut o ficha o pasaporte o DAU de paciente c) Fecha d) Diagnóstico quirúrgico e) Plan Anestésico f) Firma anestesiólogo Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
PQ Obst-gine	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión de Aplicación de la Evaluación Preanestésica
Responsable medición	Jefe de Pabellón
Fuente primaria	Protocolo de Evaluación Preanestésica
Fuente secundaria	Pauta de supervisión de Aplicación de la Evaluación Preanestésica
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Domingo (30 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cirugía. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de Supervisión son: a) Nombre/ Apellido paciente b) Rut o ficha o pasaporte o DAU de paciente c) Fecha d) Diagnóstico quirúrgico e) Plan Anestésico f) Firma anestesiólogo Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
PQ CMA	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión de Aplicación de la Evaluación Preanestésica
Responsable medición	Jefe de Pabellón
Fuente primaria	Protocolo de Evaluación Preanestésica
Fuente secundaria	Pauta de supervisión de Aplicación de la Evaluación Preanestésica
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Domingo (30 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cirugía. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de Supervisión son: a) Nombre/ Apellido paciente b) Rut o ficha o pasaporte o DAU de paciente c) Fecha d) Diagnóstico quirúrgico

	e) Plan Anestésico f) Firma anestesiólogo Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
PQ General: Pabellón Cardiovascular	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión de Aplicación de la Evaluación Preanestésica
Responsable medición	Jefe de Pabellón
Fuente primaria	Protocolo de Evaluación Preanestésica
Fuente secundaria	Pauta de supervisión de Aplicación de la Evaluación Preanestésica de Aplicación de la Evaluación Preanestésica.
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Domingo (30 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cirugía. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de Supervisión son: a) Nombre/ Apellido paciente b) Rut o ficha o pasaporte o DAU de paciente c) Fecha d) Diagnóstico quirúrgico e) Plan Anestésico f) Firma anestesiólogo Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ General: Pabellón Central

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Evaluaciones pre-anestésicas cumplidas/Total Evaluaciones pre-anestésicas	25	30	30	28	28	29
	30	30	30	30	30	30
% Cumplimiento	83.3%	100%	100%	93.3%	93.3%	96.6%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ General: Pabellón Central

Describir Constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las pautas de cotejo "Evaluación Pre Anestésica". El resultado del trimestre reportado es de 94%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 90 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio y Julio 2015					
N° Evaluaciones pre-anestésicas cumplidas/Total Evaluaciones pre-anestésicas	7					
	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ Obst-gine

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Evaluaciones pre-anestésicas cumplidas/Total Evaluaciones pre-anestésicas	27	30	30	28	30	30
	30	30	30	30	30	30
% Cumplimiento	90%	100%	100%	93,3%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ Obst-gine

Describir constatación:
Se selecciona aleatoriamente el Trimestre compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las pautas de cotejo "Evaluación Pre Anestésica". El resultado del trimestre reportado es de 98%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 90 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Agosto, Septiembre, Octubre 2015					
N° Evaluaciones pre-anestésicas cumplidas/Total Evaluaciones pre-anestésicas	7					
	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el

Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en PQ CMA

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Evaluaciones pre-anestésicas cumplidas/Total Evaluaciones pre-anestésicas	21	12	26	23	29	11
	22	13	26	23	30	11
% Cumplimiento	95,4	93,3	100%	100%	96,6	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ CMA

Describir constatación:
Se selecciona aleatoriamente el trimestre compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, con el fin de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las pautas de cotejo "Evaluación Pre Anestésica". El resultado del trimestre reportado es de 98%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 64 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Agosto, Septiembre, Octubre 2015					
N° Evaluaciones pre-anestésicas cumplidas/Total Evaluaciones pre-anestésicas	7					
	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ General: Pabellón Cardiovascular

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Evaluaciones pre-anestésicas cumplidas/Total Evaluaciones pre-anestésicas	20	20	20	20	20	20
	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ General: Pabellón Cardiovascular

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el trimestre compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015 a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las pautas de cotejo "Evaluación Pre Anestésica". El resultado del trimestre reportado es de 100%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo Junio Julio 2015					
N° Evaluaciones pre-anestésicas cumplidas/Total Evaluaciones pre-anestésicas	7					
	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Se da por Cumplido el Tercer Elemento Medible de la Característica GCL 1.1

GCL 1.1 - Cuarto elemento medible: Se constata: presencia de evaluación pre-anestésica en pacientes intervenidos.

PQ General: Pabellón Central

Metodología de constatación:

a) La constatación de la aplicación del procedimiento de Evaluación Preanestésica se realiza, mediante la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación Post Operatoria y al Servicio de Cirugía Adulto. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores correspondientes al periodo evaluado con el propósito de verificar en la Ficha Clínica:
   - Presencia del documento en la ficha clínica
   - Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

   Se revisan 8 fichas clínicas en Recuperación y en 10 fichas clínicas en el servicio de Médico Quirúrgico para punto de verificación cirugía adulto, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en las fichas de los 18 pacientes.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015).

Mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de 2.700 Cirugías Mayores informadas por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las fichas clínicas la existencia del Formulario de Evaluación Pre Anestésica y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los siguientes aspectos:

- Nombre y apellidos del paciente,
- Edad del paciente,
- Fecha de evaluación
- Diagnóstico
- Intervención quirúrgica a realizar
- Evaluación ASA,
- Plan anestésico,
- Nombre apellido y/o timbre del anestesiólogo y firma del anestesiólogo.

Revisada la existencia de los formularios de Evaluación Pre Anestésica en las fichas clínicas y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados, respecto de las siete primeras fichas clínicas seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento definido. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015

Atributo (s) de cumplimiento: Los atributos que deben cumplir los registros de la Evaluación Preanestésica, de acuerdo al procedimiento institucional, son los siguientes:

a) Nombre y Apellidos del paciente
b) Edad del paciente
c) Fecha de evaluación
d) Diagnóstico
e) Intervención quirúrgica a realizar
f) Evaluación
g) ASA
h) Plan Anestésico,
i) Nombre Apellido y/o timbre del Anestesiólogo
j) Firma del Anestesiólogo.

N° fichas revisadas: 7	N° fichas que cumplen: 7	% cumplimiento: 100%

Observaciones:

PQ Obst-gine

Metodología de constatación:

a) La constatación de la aplicación del procedimiento de Evaluación Preanestésica se realiza, mediante la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidas a cirugías mayores hospitalizadas al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación Post Operatoria y en el Servicio de Ginecología y Obstetricia. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de fichas clínicas de pacientes sometidas a cirugías de la especialidad, correspondientes al periodo evaluado con el propósito de verificar en la ficha Clínica:

- Presencia del documento
- Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

Se revisan 3 fichas clínicas en Recuperación y en 5 fichas clínicas en el servicio de Gíneco-Obstetricia, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en las fichas de los 8 pacientes.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015). Mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de 1.011 Cirugías Mayores de la Especialidad, informadas por el Prestador para el periodo evaluado Se procede a revisar en las fichas clínicas la existencia del Formulario de Evaluación Pre Anestésica y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los siguientes aspectos:

- Nombre y apellidos del paciente,
- Edad del paciente,
- Fecha de evaluación,
- Diagnóstico,
- Intervención quirúrgica a realizar,
- Evaluación ASA,
- Plan anestésico,
- Nombre apellido y/o timbre del anestesiólogo y firma del anestesiólogo.

Revisada la existencia de los formularios de Evaluación Pre Anestésica en las fichas clínicas seleccionadas y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados, respecto de las siete primeras fichas clínicas revisadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento definido. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015. .

Atributo (s) de cumplimiento: Los atributos que deben cumplir los registros de la Evaluación Preanestésica, de acuerdo al procedimiento institucional, son los siguientes:

a) Nombre y Apellidos del paciente
b) Edad del paciente
c) Fecha de evaluación
d) Diagnóstico
e) Intervención quirúrgica a realizar
f) Evaluación
g) ASA
h) Plan Anestésico,
i) Nombre Apellido y/o timbre del Anestesiólogo
j) Firma del Anestesiólogo.

N° fichas revisadas: 7	N° fichas que cumplen: 7	% cumplimiento: 100%

Observaciones:

PQ CMA

Metodología de constatación:

a) La constatación de la aplicación del procedimiento de Evaluación Preanestésica se realiza, mediante la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a Cirugías Mayores Ambulatorias hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación Post Operatoria del Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías ambulatorias correspondientes al periodo evaluado con el propósito de verificar en la ficha Clínica:
   - Presencia del documento
   - Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

   Se revisan 6 fichas clínicas en Recuperación de esta Unidad, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en las fichas de los 6 pacientes.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015). Mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de 2.015 Cirugías Mayores Ambulatorias, informadas por el Prestador para el periodo evaluado Se procede a revisar en las fichas clínicas la existencia del Formulario de Evaluación Pre Anestésica y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los siguientes aspectos:
   - Nombre y apellidos del paciente,
   - Edad del paciente,
   - Fecha de evaluación,
   - Diagnóstico,
   - Intervención quirúrgica a realizar,
   - Evaluación ASA,
   - Plan anestésico,
   - Nombre apellido y/o timbre del anestesiólogo y firma del anestesiólogo

   Revisada la existencia de los formularios de Evaluación Pre Anestésica en las fichas clínicas seleccionadas y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados, respecto de las siete primeras fichas clínicas revisadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento definido. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo (s) de cumplimiento: Los atributos que se deben cumplir en la Evaluación Preanestésica, de acuerdo al procedimiento institucional son los siguientes:

a) Nombre y Apellidos del paciente
b) Edad del paciente
c) Fecha de evaluación
d) Diagnóstico
e) Intervención quirúrgica a realizar
f) Evaluación
g) ASA
h) Plan Anestésico,
i) Nombre Apellido y/o timbre del Anestesiólogo
j) Firma del Anestesiólogo.

N° fichas revisadas: 7	N° fichas que cumplen: 7	% cumplimiento: 100%

Observaciones:

PQ General: Pabellón Cardiovascular

Metodología de constatación:

a) La constatación de la aplicación del procedimiento de Evaluación Preanestésica se realiza, mediante la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a Cirugías Cardiovasculares, hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación Post Operatoria del Pabellón Cardiovascular. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías de la especialidad, correspondientes al periodo evaluado
   con el propósito de verificar en la Ficha Clínica:
   - Presencia del documento
   - Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

   Se revisa 1 ficha clínica en Recuperación de esta Unidad, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en ésta.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015). Mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de un total de 176 Cirugías, informadas por el Prestadorpara el periodo evaluado. Se procede a revisar en las fichas clínicas la existencia del Formulario de Evaluación Pre Anestésica y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los siguientes aspectos:
   - Nombre y apellidos del paciente,
   - Edad del paciente,
   - Fecha de evaluación,
   - Diagnóstico,
   - Intervención quirúrgica a realizar,
   - Evaluación ASA,
   - Plan anestésico,
   - Nombre apellido y/o timbre del anestesiólogo y firma del anestesiólogo.

   Revisada la existencia de los formularios de Evaluación Pre Anestésica en las fichas clínicas seleccionadas y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados, respecto de las siete primeras fichas clínicas revisadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento definido. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de

constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.
Atributo (s) de cumplimiento: Los atributos que deben cumplir los registros de la Evaluación Preanestésica, de acuerdo al procedimiento institucional son los siguientes: a) Nombre y Apellidos del paciente b) Edad del paciente c) Fecha de evaluación d) Diagnóstico e) Intervención quirúrgica a realizar f) Evaluación g) ASA h) Plan Anestésico, i) Nombre Apellido y/o timbre del Anestesiólogo j) Firma del Anestesiólogo.

N° fichas revisadas: 7	N° fichas que cumplen: 7	% cumplimiento: 100%
Observaciones: Se da por Cumplido el Cuarto Elemento Medible de la Característica GCL 1.1		

CARACTERÍSTICA GCL 1.1 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1 - 0 - NA)	1° EM:	2° EM:	3° EM:	4° EM:
PQ General	1	1	1	1
PQ Obst-gine	1	1	1	1
Pabellón CMA	1	1	1	1
Umbral de la característica:≥ 75%	Puntaje total: 12/12	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA GCL 1.2 / HALLAZGOS

GCL 1.2 – Primer elemento medible: Se describen en documento (s) los procedimientos de:

PQ Recuperación: Pabellón central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad / Instalación catéter urinario (1)			
Nombre del documento: Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente			
Fecha elaboración:06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas: 11
Elaborado por: Janis Orellana Olivares Enfermera Servicio de Especialidades	Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería Hospital Regional de Antofagasta		
Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras, Matronas y Técnicos Paramédicos			
Breve descripción del contenido del documento: En los Servicios de Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance, los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento. En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación del catéter urinario permanente. En páginas 4, 5 y 6 consta la descripción del procedimiento, detallando las actividades a desarrollar para la instalación del catéter urinario permanente; diferenciando el procedimiento en hombres y mujeres. En página 8 consta Anexo N°1: Indicador "Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 11 consta Anexo N° 3: "Pauta de Supervisión Instalación del Catéter Urinario Permanente". El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.			
PQ Recuperación: Pabellón central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad / Instalación y manejo de vía venosa periférica (4)			
Nombre del documento: Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas			
Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión:02	N° páginas:14
Elaborado por: Jessica Álvarez C. Enfermera Servicio Pediatría	Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta		
Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos			
Breve descripción del contenido del documento: En los Servicios de Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance, los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento. En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación de la vía venosa periférica. En página 4 se describe el procedimiento, detallando actividades a realizar: a) Elección del sitio de punción, b) Preparación de la piel; c) Instalación y fijación del catéter venoso periférico; d) Mantención del sitio de punción; e) Frecuencia de cambio de catéter; f) Mantención del sistema de perfusión; g) Cambios del sistema por infección o flebitis; h) Cambio de las soluciones. En página 7 se señalan los documentos asociados: Hoja de evolución de enfermería, hoja de registros de atención de enfermería y terapia del paciente. En página 13 consta Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Mantención Vía Venosa Periférica". En página 14 figura Anexo N°3: "Indicador de Mantención de Vía Venosa Periférica". El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.			

PQ Recuperación: Pabellón central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad / Administración de medicamentos EV (6)			
Nombre del documento: Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos			
Fecha elab: 12/2012	Fecha vigencia: 12/2015	Versión: 02	N° páginas: 13
Elaborado por: Matrona Roxana Maldonado Unidad de Neonatología	Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta		
Responsable aplicación: Enfermera, Matrona, Tecnóloga Supervisora			
Breve descripción del contenido del documento: En los Servicios de Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad se tiene a la vista documento "Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance, los responsables y sus responsabilidades y las definiciones utilizadas en el documento. En páginas 3 y 4 se señalan las referencias, los equipos y materiales necesarios para la administración de medicamentos endovenosos, (administración por fleboclisis, bolo, y por bomba de infusión) En páginas 4 y 5 consta la descripción del proceso, considerando los siguientes puntos: a) Preparación de medicamentos de acuerdo a Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicamentos b) Administración de tratamiento endovenoso c) Administración de tratamiento endovenoso directo Se indican los registros asociados: terapia del paciente, hoja de enfermería, evolución de enfermería, Hoja de registro de urgencia. En página 12 consta Anexo N° 2: "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa". En página 13 figura Anexo N° 3: "Indicador Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".			
UPC Ad: UCI Adulto, UCI Coronaria y UTI MQ /Instalación catéter urinario (1)			
Nombre del documento: Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente			
Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión:02	N° páginas:11
Elaborado por: Janis Orellana Olivares Enfermera Servicio de Especialidades	Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta		
Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos			
Breve descripción del contenido del documento: En los Servicios de Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y funciones de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento. En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación del catéter urinario permanente. En páginas 4 a 6 consta la descripción del procedimiento detallando las actividades a desarrollar para la instalación del catéter urinario permanente, y su posterior retiro; diferenciando el procedimiento en hombres y mujeres. En página 8 consta Anexo N°1: Indicador "Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 11 consta Anexo N° 3: "Pauta de Supervisión Instalación del Catéter Urinario Permanente El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.			
UPC Ad: UCI Adulto, UCI Coronaria y UTI MQ / Manejo de enfermería de pacientes en ventilación mecánica (2)			
Nombre del documento: Procedimiento Manejo de Enfermería en Paciente en Ventilación Mecánica			
Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión:03	N° páginas: 12
Elaborado por: Verónica Contreras Enfermera Unidad Paciente Crítico Pediatría.	Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta		
Responsable aplicación: Médico, Enfermera, Tecnólogo Médico, Técnico Paramédico			
Breve descripción del contenido del documento: En los Servicios de Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, se tiene a la vista documento "Procedimiento Manejo de Enfermería en Paciente en Ventilación Mecánica". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance y las responsabilidades de cada integrante del equipo de salud involucrada en el procedimiento. En página 3 figuran las definiciones de los términos utilizados en el documento y las referencias. En páginas 4 a 6 se detallan los equipos y materiales necesarios para realizar el procedimiento y la descripción del proceso, que contempla los siguientes puntos: a) Armado e instalación del ventilador mecánico; b) Desarmado del circuito del ventilador mecánico; y c) Cuidados de Enfermería en pacientes conectados a ventilación mecánica para prevenir infecciones (Neumonía) Se precisan los documentos asociados y los anexos que forman parte del documento. En página 12 consta Anexo: "Indicador de Cumplimiento". El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Manejo de Enfermería en Paciente en Ventilación Mecánica, Versión 02 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años			
UPC Ad: UCI Adulto, UCI Coronaria y UTI MQ /Manejo de traqueotomía y tubo endotraqueal (3)			
Nombre del documento: Procedimiento Manejo de traqueostomía y Tubo Endotraqueal			
Fecha elab:05/2014	Fecha vigencia: 05/2019	Versión:01	N° páginas: 15
Elaborado por: Verónica Contreras Enfermera Supervisora Unidad paciente Crítico Adulto	Aprobado por: Dra. Juana Pérez Moraga Directora del Hospital Regional de Antofagasta		
Responsable aplicación: Médico, Enfermera, Tecnólogo Médico, matrona, Técnico Paramédico			
Breve descripción del contenido del documento: En los Servicios de Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, se tiene a la vista documento "Procedimiento Manejo de traqueostomía y Tubo Endotraqueal". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance; personal encargado y las responsabilidades de cada uno de los profesionales			

y técnicos involucrados en el procedimiento. En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento y las referencias.
En página 4 se detallan los equipos y materiales necesarios para realizar el procedimiento (la fijación, curación y aspiración de la traqueotomía).
De las páginas 5 a la 8 se describe el procedimiento, que contempla los siguientes puntos: a) Fijación del tubo endotraqueal; b) Fijación de la Traqueotomía; c) Curación zona de inserción de la traqueotomía (por Enfermera o Matrona); d) Aspiración de secreciones (se hace referencia a la aspiración de secreciones en pacientes pediátricos y neonatales).
Se señalan los documentos asociados y la nómina de los anexos que contiene el documento.
En página 14 figura Anexo N°3: "Pauta de Supervisión de aspiración de Secreciones en pacientes con Vía Aérea artificial".
En página 15 consta Anexo N° 4: "Indicador Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal".

UPC Ad: UCI Adulto, UCI Coronaria y UTI MQ / Instalación y manejo de vía venosa periférica (4)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión:02	N° páginas:14

Elaborado por: Jessica Álvarez Enfermera Unidad de Pediatría	Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación de la vía venosa periférica.
En página 4 se describe el procedimiento el cual describe las actividades a realizar, considerando: a) Elección del sitio de punción, b) Preparación de la piel; c) Instalación y fijación del catéter venoso periférico; d) Mantención del sitio de punción; e) Frecuencia de cambio de catéter; f) Mantención del sistema de perfusión; g) Cambios del sistema por infección o flebitis; h) Cambio de las soluciones.
En página 7 se señalan los documentos asociados: Hoja de evolución de enfermería, hoja de registros de atención de enfermería, terapia del paciente.
En página 13 consta Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Mantención Vía Venosa Periférica".
En página 14 figura Anexo N°3: "Indicador de Mantención de Vía Venosa Periférica".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

UPC Ad: UCI Adulto, UCI Coronaria y UTI MQ / Manejo de vías venosas centrales (5)

Nombre del documento: Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:19

Elaborado por: Tirsa González Enfermera Supervisora Unidad Paciente Crítico Adulto	Aprobado por: Viviana Porcile Subdirectora de Enfermería del Hospital Regional Antofagasta

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, se tiene a la vista documento "Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales". En la página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento.
En páginas 4 y 5 se señalan las referencias y equipos y materiales.
Desde las páginas 5 a la 10 se describe el desarrollo del procedimiento, el cual considera los siguientes puntos:

a) Instalación del catéter venoso central
b) Curación catéter central
c) Mantención del sistema de perfusión
d) Fijación catéter venoso central
e) Cambio catéter venoso central
f) Preparación de soluciones y medicamentos que se administran por catéter venoso central
g) Manejo catéteres umbilicales
h) Mantención catéter umbilical
i) Manejo vía venosa central con Nutrición parenteral
j) Acciones a realizar ante sospecha de sepsis por catéter y Nutrición parenteral

Se señalan los documentos asociados y los anexos contenidos en el documento.
En página 16 consta Anexo N°1: "Pauta de Supervisión Mantención de Catéter Venoso Central".
En páginas 17 y 18 Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Curación Catéter Venoso Central".
En página 19 Anexo N°3: "Indicador Mantención Vía Venosa Periférica".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

UPC Ad: UCI Adulto, UCI Coronaria y UTI MQ /Administración de medicamentos EV (6)

Nombre del documento: Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos

Fecha elab: 12/2012	Fecha vigencia: 12/2015	Versión: 02	N° páginas:13

Elaborado por: Roxana Maldonado Matrona Unidad de Neonatología	Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta

Responsable aplicación: Enfermera Matrona Tecnóloga Supervisora

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico,

se tiene a la vista documento "Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance, personas responsables y sus responsabilidades, así como las definiciones utilizadas en el documento.
En páginas 3 y 4 se señalan las referencias, los equipos y materiales necesarios para la administración de medicamentos endovenosos, (administración por fleboclisis, bolo, y por bomba de infusión)
En páginas 4 y 5 consta la descripción del proceso, considerando los siguientes puntos:

a) Preparación de medicamentos de acuerdo a Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicamentos
b) Administración de tratamiento endovenoso
c) Administración de tratamiento endovenoso directo

Se indican los registros asociados: terapia del paciente, hoja de enfermería, evolución de enfermería, Hoja de registro de urgencia.
En página 12 consta Anexo N° 2: "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".
En página 13 figura Anexo N° 3: "Indicador Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".

UPC Ped/ Instalación catéter urinario (1)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas: 11

Elaborado por: Janis Orellana Olivares Enfermera Servicio de Especialidades.	Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y funciones de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación del catéter urinario permanente.
En las páginas 4 a 6 consta la descripción del procedimiento detallando las actividades a desarrollar para la instalación del catéter urinario permanente, y su posterior retiro; diferenciando el procedimiento en hombres y mujeres.
En página 8 consta Anexo N°1: Indicador "Instalación Catéter Urinario Permanente".
En página 11 consta Anexo N° 3: "Pauta de Supervisión Instalación del Catéter Urinario Permanente".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

UPC Ped / Manejo de enfermería de pacientes en ventilación mecánica (2)

Nombre del documento: Procedimiento Manejo de Enfermería en Paciente en Ventilación Mecánica

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión:03	N° páginas: 12

Elaborado por: Verónica Contreras Enfermera Unidad Paciente Crítico Pediatría.	Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta

Responsable aplicación: Médico, Enfermera, Tecnólogo Médico, Técnico Paramédico

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, se tiene a la vista documento "Procedimiento Manejo de Enfermería en Paciente en Ventilación Mecánica". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance y las responsabilidades de cada integrante del equipo de salud involucrada en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones de los términos utilizados en el documento y las referencias.
En páginas 4 a 6 se detallan los equipos y materiales necesarios para realizar el procedimiento y la descripción del proceso, que contempla los siguientes puntos: a) Armado e instalación del ventilador mecánico; b) Desarmado del circuito del ventilador mecánico; y c) Cuidados de Enfermería en pacientes conectados a ventilación mecánica para prevenir infecciones (Neumonía)
Se precisan los documentos asociados y los anexos que forman parte del documento.
En página 12 consta Anexo: "Indicador de Cumplimiento".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Manejo de Enfermería en Paciente en Ventilación Mecánica, Versión 02 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años

UPC Ped/ Manejo de traqueotomía y tubo endotraqueal (3)

Nombre del documento: Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal

Fecha elab:05/2014	Fecha vigencia: 05/2019	Versión: 01	N° páginas: 15

Elaborado por: Verónica Contreras Enfermera Unidad Paciente Critico Pediátrico Tirsa González Enfermera Supervisora Unidad Paciente Crítico Adulto	Aprobado por: Dra. Juana Pérez M. Directora del Hospital Regional de Antofagasta

Responsable aplicación: Médico, Enfermera, Matrona, Kinesiólogo, Técnico Paramédico

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, se tiene a la vista documento "Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance; personal encargado y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento y las referencias.
En página 4 se detallan los equipos y materiales necesarios para realizar el procedimiento (la fijación, curación y aspiración de la traqueotomía).
De las páginas 5 a 8 se describe el procedimiento, que contempla los siguientes puntos: a) Fijación del tubo endotraqueal; b) Fijación de la Traqueotomía; c) Curación zona de inserción de la traqueotomía (por Enfermera o Matrona); d) Aspiración de secreciones (se hace referencia a la aspiración de secreciones en pacientes pediátricos y neonatales).

Se señalan los documentos asociados y la nómina de los anexos que contiene el documento.
En página 14 figura Anexo N°3: "Pauta de Supervisión de aspiración de Secreciones en pacientes con Vía Aérea artificial".
En página 15 consta Anexo N° 4: "Indicador Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal".

UPC Ped/ Instalación y manejo de vía venosa periférica (4)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:14
Elaborado por: Jessica Álvarez Enfermera Unidad de Pediatría		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, se tiene a la vista documento" Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance, los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación de la vía venosa periférica.
En página 4 se describe el procedimiento, detallando actividades a realizar: a) Elección del sitio de punción, b) Preparación de la piel; c) Instalación y fijación del catéter venoso periférico; d) Mantención del sitio de punción; e) Frecuencia de cambio de catéter; f) Mantención del sistema de perfusión; g) Cambios del sistema por infección o flebitis; h) Cambio de las soluciones.
En página 7 se señalan los documentos asociados: Hoja de evolución de enfermería, hoja de registros de atención de enfermería, terapia del paciente.
En página 13 consta Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Mantención Vía Venosa Periférica".
En página 14 figura Anexo N°3: "Indicador de Mantención de Vía Venosa Periférica".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

UPC Ped/ Manejo de vías venosas centrales (5)

Nombre del documento: : Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales

Fecha elab: 06/2015 no cumple retrospectividad	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas: 19
Elaborado por: Tirsa González Enfermera Supervisora Unidad Paciente Crítico Adulto		Aprobado por: Viviana Porcile Subdirectora de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, se tiene a la vista documento" Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales". En la página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento. En la página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento. En la página 4 se señalan las referencias. Desde la página 5 a la página 10 se describen los equipos y materiales necesarios para realizar el procedimiento y el desarrollo del procedimiento el cual considera los siguientes puntos:

a) Instalación del catéter venoso central
b) Curación catéter central
c) Mantención del sistema de perfusión
d) Fijación catéter venoso central
e) Cambio catéter venoso central
f) Preparación de soluciones y medicamentos que se administran por catéter venoso central
g) Manejo catéteres umbilicales
h) Mantención catéter umbilical
i) Manejo vía venosa central con Nutrición parenteral
j) Acciones a realizar ante sospecha de sepsis por catéter y Nutrición parenteral

Además se señalan los documentos asociados y los anexos contenidos en el documento.
En página 16 consta Anexo N°1: "Pauta de Supervisión Mantención de Catéter Venoso Central".
En páginas 17 y 18 Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Curación Catéter Venoso Central".
En página 19 Anexo N°3: "Indicador Mantención Vía Venosa Periférica".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

UPC Ped/ Administración de medicamentos EV (6)

Nombre del documento: Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos

Fecha elab: 12/2012	Fecha vigencia: 12/2015	Versión: 02	N° páginas:13
Elaborado por: Roxana Maldonado Matrona Unidad de Neonatología		Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Enfermera Matrona Tecnóloga Supervisora

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, se tiene a la vista documento" Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance, personas responsables y sus responsabilidades, así como las definiciones utilizadas en el documento.
En páginas 3 y 4 se señalan las referencias, los equipos y materiales necesarios para la administración de medicamentos endovenosos, (administración por fleboclísis, bolo, y por bomba de infusión)
En páginas 4 y 5 consta la descripción del proceso, considerando los siguientes puntos:

a) Preparación de medicamentos de acuerdo a Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicamentos
b) Administración de tratamiento endovenoso
c) Administración de tratamiento endovenoso directo

Se indican los registros asociados: terapia del paciente, hoja de enfermería, evolución de enfermería, Hoja de registro de urgencia.
En página 12 consta Anexo N° 2: "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".
En página 13 figura Anexo N° 3: "Indicador Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".

UPC Neo/ Instalación catéter urinario (1)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:11
Elaborado por: Janis Orellana Olivares Enfermera Servicio de Especialidades.		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y funciones de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación del catéter urinario permanente.
En páginas 4 a 6 consta la descripción del procedimiento detallando las actividades a desarrollar para la instalación del catéter urinario permanente, y su posterior retiro; diferenciando el procedimiento en hombres y mujeres.
En página 8 consta Anexo N°1: Indicador "Instalación Catéter Urinario Permanente".
En página 11 consta Anexo N° 3: "Pauta de Supervisión Instalación del Catéter Urinario Permanente".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

UPC Neo/ Manejo de enfermería de pacientes en ventilación mecánica (2)

Nombre del documento: Protocolo Manejo de Enfermería de Pacientes en Ventilación Mecánica

Fecha elab: 06/ 2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 03	N° páginas: 12
Elaborado por: Verónica Contreras Enfermera Unidad Paciente Crítico Pediatría.		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médico, Enfermera, Matrona, Kinesiólogo, Técnico Paramédico

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Neonatología, se tiene a la vista documento "Protocolo Manejo de Enfermería de Pacientes en Ventilación Mecánica". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance y las responsabilidades de cada integrante del equipo de salud involucrada en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones de los términos utilizados en el documento y las referencias.
En páginas 4 a 6 se detallan los equipos y materiales necesarios para realizar el procedimiento y la descripción del proceso, que contempla los siguientes puntos: a) Armado e instalación del ventilador mecánico; b) Desarmado del circuito del ventilador mecánico; y c) Cuidados de Enfermería en pacientes conectados a ventilación mecánica para prevenir infecciones (Neumonía), en relación a permeabilidad del tubo endotraqueal, presencia de secreciones en el tubo, aplicar medidas de prevención de ulceras por tubo endotraqueal, posición del pacientes, mantener el ambiente térmico neutral en pacientes neonatales, entre otros.
Se precisan los documentos asociados y los anexos que forman parte del documento.
En página 12 consta Anexo: "Indicador de Cumplimiento".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Manejo de Enfermería en Paciente en Ventilación Mecánica, Versión 02 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

UPC Neo/ Manejo de traqueotomía y tubo endotraqueal (3)

Nombre del documento: Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal

Fecha elab: 05/2014	Fecha vigencia: 05/2019	Versión:01	N° páginas: 15
Elaborado por: Verónica Contreras Enfermera Unidad Paciente Critico Pediátrico Tirsa González Enfermera Supervisora Unidad Paciente Crítico Adulto		Aprobado por: Dra. Juana Pérez M. Directora Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médico, Enfermera, Matrona, Kinesiólogo, Técnico Paramédico

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Neonatología, se tiene a la vista documento "Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance; personal encargado y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento y las referencias.
En página 4 se detallan los equipos y materiales necesarios para realizar el procedimiento (la fijación, curación y aspiración de la traqueotomía).
De las páginas 5 a 8 se describe el procedimiento, que contempla los siguientes puntos: a) Fijación del tubo endotraqueal; b) Fijación de la Traqueotomía; c) Curación zona de inserción de la traqueotomía (por Enfermera o Matrona); d) Aspiración de secreciones (se hace referencia a la aspiración de secreciones en pacientes pediátricos y neonatales).
Se señalan los documentos asociados y la nómina de los anexos que contiene el documento.
En página 14 figura Anexo N°3: "Pauta de Supervisión de aspiración de Secreciones en pacientes con Vía Aérea artificial".
En página 15 consta Anexo N° 4: "Indicador Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal".

UPC Neo/ Instalación y manejo de vía venosa periférica (4)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:14
Elaborado por: Jessica Álvarez Enfermera Unidad de Pediatría		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Neonatología, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance, los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación de la vía venosa periférica.
En página 4 se describe el procedimiento, detallando actividades a realizar: a) Elección del sitio de punción, b) Preparación de la piel; c) Instalación y fijación del catéter venoso periférico; d) Mantención del sitio de punción; e) Frecuencia de cambio de catéter; f) Mantención del sistema de perfusión; g) Cambios del sistema por infección o flebitis; h) Cambio de las soluciones.
En página 7 se señalan los documentos asociados: Hoja de evolución de enfermería, hoja de registros de atención de enfermería, terapia del paciente.
En página 13 consta Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Mantención Vía Venosa Periférica".
En página 14 figura Anexo N°3: "Indicador de Mantención de Vía Venosa Periférica".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

UPC Neo/ Manejo de vías venosas centrales (5)

Nombre del documento: : Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:19
Elaborado por: Tirsa González Enfermera Supervisora Unidad Paciente Crítico Adulto		Aprobado por: Viviana Porcile Subdirectora de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Neonatología, se tiene a la vista documento "Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales". en la página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento.
En páginas 4 y 5 se señalan las referencias y equipos y materiales.
De las páginas 5 a 10 se describe el desarrollo del procedimiento, el cual considera los siguientes puntos:

a) Instalación del catéter venoso central
b) Curación catéter central
c) Mantención del sistema de perfusión
d) Fijación catéter venoso central
e) Cambio catéter venoso central
f) Preparación de soluciones y medicamentos que se administran por catéter venoso central
g) Manejo catéteres umbilicales
h) Mantención catéter umbilical
i) Manejo vía venosa central con Nutrición parenteral
j) Acciones a realizar ante sospecha de sepsis por catéter y Nutrición parenteral

Se señalan los documentos asociados y los anexos contenidos en el documento.
En página 16 consta Anexo N°1: "Pauta de Supervisión Mantención de Catéter Venoso Central".
En páginas 17 y 18 Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Curación Catéter Venoso Central".
En página 19 Anexo N°3: "Indicador Mantención Vía Venosa Periférica".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales, Versión 01 Fecha de Emisión 08/06/2012, con vigencia de 3 años.

UPC Neo/ Administración de medicamentos EV (6)

Nombre del documento: Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos

Fecha elab: 12/2012	Fecha vigencia: 12/2015	Versión: 02	N° páginas:13
Elaborado por: Roxana Maldonado Matrona Unidad de Neonatología		Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Enfermera Matrona Tecnóloga Supervisora

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Neonatología, se tiene a la vista documento "Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance, personas responsables y sus responsabilidades, así como las definiciones utilizadas en el documento.
En páginas 3 y 4 se señalan las referencias, los equipos y materiales necesarios para la administración de medicamentos endovenosos, (administración por fleboclisis, bolo, y por bomba de infusión)
En páginas 4 y 5 consta la descripción del proceso, considerando los siguientes puntos:

a) Preparación de medicamentos de acuerdo a Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicamentos
b) Administración de tratamiento endovenoso
c) Administración de tratamiento endovenoso directo

Se indican los registros asociados: terapia del paciente, hoja de enfermería, evolución de enfermería, Hoja de registro de urgencia.
En página 12 consta Anexo N° 2: "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".
En página 13 figura Anexo N° 3: "Indicador Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".

UPC Neo/ Inmunizaciones y cadena de frío (7)

Nombre del documento	Procedimiento Inmunización y Manejo de la Cadena de Frio		
Fecha elab: 09/2014	Fecha vigencia: 09/2019	Versión: 02	N° páginas: 40
Elaborado por: Gloria Reyes Matrona Recién Nacidos		Aprobado por: Dra. Juana Pérez Directora Del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación	Enfermera, Matrona

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Neonatología, se tiene a la vista documento" Procedimiento Inmunización y Manejo de la Cadena de Frio". En páginas 2 y 3 del documento constan el objetivo del procedimiento, su alcance y los responsables.
En páginas 4 a 6 figuran las definiciones utilizadas en el documento.
En páginas 8 y 9 se señala equipos y materiales necesarios para mantener la cadena de frio e inmunización.
De las páginas 10 a la 17 consta la descripción del proceso de Cadena de Frío, precisándose que involucra tanto el proceso de mantención de vacunas (o cadena fija), como el de la cadena de frio móvil, representada por las cajas de transporte portátil o termos y las unidades refrigerantes.
Cadena de frio fija:

- Características del refrigerador: Se indica características de cámara de congelación y cámara de conservación. Su sistema de descongelación y programa de mantenimiento;
- Ubicación del refrigerador: debe estar ubicado en un lugar de acceso restringido, contar con enchufe exclusivo conectado a tierra, con sistema de respaldo eléctrico.
- Conservación y/o almacenamiento: En la puerta del refrigerador se debe adosar hoja de Control y Registro de Temperatura
- Ubicación de las vacunas en el refrigerador: consta adosado a la puerta del refrigerador, diagrama de ubicación de las vacunas en éste.
- Cadena de frio móvil: indica las características de los termos de transporte.

De las páginas 17 a la 20 consta la descripción del proceso de Inmunización, considerando las actividades vinculadas a la aplicación de vacuna BCG: la que considera la preparación de termo de traslado, reconstitución de la vacuna, y administración de ésta, previa verificación del paciente mediante la revisión del brazalete de identificación. Consta, asimismo, el procedimiento utilizado para eliminar las vacunas en caso de vencimiento o quiebre de la cadena de frio, involucrando el levantamiento de un "Acta de Notificación de quiebre Cadena de Frio" enviada vía correo electrónico a la SEREMI.
Finalmente, se hace referencia a las vacunas que se administran en la Unidad de Salud del Personal (conforme indicaciones del Ministerio de Salud)
En página 39 Anexo N°5 "Pauta de Supervisión de Mantención Cadena de Frio"
En la página 40" Indicador Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Manejo Cadena de Frio".

Med: Servicio Medicina, UAPPP y Pensionado Médico-Quirúrgico/Instalación catéter urinario (1)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión:02	N° páginas:11
Elaborado por: Janis Orellana Olivares Enfermera Servicio de Especialidades.		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Medicina, Unidad de Atención de Progresiva del Paciente y Servicio de Pensionado, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y funciones de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación del catéter urinario permanente.
En páginas 4 a 6 consta la descripción del procedimiento detallando las actividades a desarrollar para la instalación del catéter urinario permanente, y su posterior retiro; diferenciando el procedimiento en hombres y mujeres.
En página 8 consta Anexo N°1: Indicador "Instalación Catéter Urinario Permanente".
En página 11 consta Anexo N° 3: "Pauta de Supervisión Instalación del Catéter Urinario Permanente".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

Med: Servicio Medicina, UAPPP y Pensionado Médico-Quirúrgico /Manejo de traqueotomía y tubo endotraqueal (3)

Nombre del documento: Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal

Fecha elab: 05/2014	Fecha vigencia: 05/2020	Versión:01	N° páginas:15
Elaborado por: Verónica Contreras Enfermera Unidad Paciente Critico Pediátrico Tirsa González Enfermera Supervisora Unidad Paciente Crítico Adulto		Aprobado por: Dra. Juana Pérez M. Directora del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación:

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Medicina, Unidad de Atención de Progresiva del Paciente y Servicio de Pensionado, se tiene a la vista documento "Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance; personal encargado y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento y las referencias.
En página 4 se detallan los equipos y materiales necesarios para realizar el procedimiento (la fijación, curación y aspiración de la traqueotomía).
De las páginas 5 a 8 se describe el procedimiento, que contempla los siguientes puntos: a) Fijación del tubo endotraqueal; b) Fijación de la Traqueotomía; c) Curación zona de inserción de la traqueotomía (por Enfermera o Matrona); d) Aspiración de secreciones (se hace referencia a la aspiración de secreciones en pacientes pediátricos y neonatales).
Se señalan los documentos asociados y la nómina de los anexos que contiene el documento.
En página 14 figura Anexo N°3: "Pauta de Supervisión de aspiración de Secreciones en pacientes con Vía Aérea artificial".
En página 15 consta Anexo N° 4: "Indicador Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal".

Med: Servicio Medicina, UAPPP y Pensionado Médico-Quirúrgico /Instalación y manejo de vía venosa periférica (4)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:14
Elaborado por: Jessica Álvarez Enfermera Unidad de Pediatría		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	
Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos			
Breve descripción del contenido del documento: En los Servicios de Medicina, Unidad de Atención de Progresiva del Paciente y Servicio de Pensionado, se tiene a la vista documento" Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance, los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento. En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación de la vía venosa periférica. En página 4 se describe el procedimiento, detallando actividades a realizar: a) Elección del sitio de punción, b) Preparación de la piel; c) Instalación y fijación del catéter venoso periférico; d) Mantención del sitio de punción; e) Frecuencia de cambio de catéter; f) Mantención del sistema de perfusión; g) Cambios del sistema por infección o flebitis; h) Cambio de las soluciones. En página 7 se señalan los documentos asociados: Hoja de evolución de enfermería, hoja de registros de atención de enfermería, terapia del paciente. En página 13 consta Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Mantención Vía Venosa Periférica". En página 14 figura Anexo N°3: "Indicador de Mantención de Vía Venosa Periférica". El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.			
Med: Servicio Medicina, UAPPP y Pensionado Médico-Quirúrgico /Manejo de vías venosas centrales (5)			
Nombre del documento: : Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales			
Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:19
Elaborado por: Tirsa González Enfermera Supervisora Unidad Paciente Crítico Adulto		Aprobado por: Viviana Porcile Subdirectora de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	
Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos			
Breve descripción del contenido del documento: En los Servicios de Medicina, Unidad de Atención de Progresiva del Paciente y Servicio de Pensionado, se tiene a la vista documento "Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales". En la página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento. En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento. En páginas 4 y 5 se señalan las referencias y equipos y materiales. De las páginas 5 a 10 se describe el desarrollo del procedimiento, el cual considera los siguientes puntos: a) Instalación del catéter venoso central b) Curación catéter central c) Mantención del sistema de perfusión d) Fijación catéter venoso central e) Cambio catéter venoso central f) Preparación de soluciones y medicamentos que se administran por catéter venoso central g) Manejo catéteres umbilicales h) Mantención catéter umbilical i) Manejo vía venosa central con Nutrición parenteral j) Acciones a realizar ante sospecha de sepsis por catéter y Nutrición parenteral Se señalan los documentos asociados y los anexos contenidos en el documento. En página 16 consta Anexo N°1: "Pauta de Supervisión Mantención de Catéter Venoso Central". En páginas 17 y 18 Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Curación Catéter Venoso Central". En página 19 Anexo N°3: "Indicador Mantención Vía Venosa Periférica". El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales, Versión 01 Fecha de Emisión 08/06/2012, con vigencia de 3 años.			
Med: Servicio Medicina, UAPPP y Pensionado Médico-Quirúrgico /Administración de medicamentos EV (6)			
Nombre del documento: Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos			
Fecha elab: 12/2012	Fecha vigencia: 12/2015	Versión: 02	N° páginas: 13
Elaborado por: Roxana Maldonado Matrona Unidad de Neonatología		Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta	
Responsable aplicación: Enfermera Matrona Tecnóloga Supervisora			
Breve descripción del contenido del documento: En los Servicios de Medicina, Unidad de Atención de Progresiva del Paciente y Servicio de Pensionado, se tiene a la vista documento "Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance, personas responsables y sus responsabilidades, así como las definiciones utilizadas en el documento. En páginas 3 y 4 se señalan las referencias, los equipos y materiales necesarios para la administración de medicamentos endovenosos, (administración por fleboclisis, bolo, y por bomba de infusión) En páginas 4 y 5 consta la descripción del proceso, considerando los siguientes puntos: a) Preparación de medicamentos de acuerdo a Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicamentos b) Administración de tratamiento endovenoso c) Administración de tratamiento endovenoso directo Se indican los registros asociados: terapia del paciente, hoja de enfermería, evolución de enfermería, Hoja de registro de urgencia. En página 12 consta Anexo N° 2: "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".			

En página 13 figura Anexo N° 3: "Indicador Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".			
Ped/ Instalación catéter urinario (1)			
Nombre del documento: Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente			
Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:11
Elaborado por: Janis Orellana Olivares Enfermera Servicio de Especialidades..		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	
Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos			
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Pediatría, se tiene a la vista documento" Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y funciones de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento. En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación del catéter urinario permanente. En páginas 4 a 6 consta la descripción del procedimiento detallando las actividades a desarrollar para la instalación del catéter urinario permanente, y su posterior retiro; diferenciando el procedimiento en hombres y mujeres. En página 8 consta Anexo N°1: Indicador "Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 11 consta Anexo N° 3: "Pauta de Supervisión Instalación del Catéter Urinario Permanente". El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.			
Ped/ Manejo de traqueotomía y tubo endotraqueal (3)			
Nombre del documento: Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal			
Fecha elab: 05/2014	Fecha vigencia: 05/2020	Versión:01	N° páginas:15
Elaborado por: : Verónica Contreras Enfermera Unidad Paciente Critico Pediátrico Tirsa González Enfermera Supervisora Unidad Paciente Crítico Adulto		Aprobado por: Dra. Juana Pérez M. Directora del hospital Regional de Antofagasta	
Responsable aplicación:			
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Pediatría, se tiene a la vista documento" Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance; personal encargado y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento. En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento y las referencias. En página 4 se detallan los equipos y materiales necesarios para realizar el procedimiento (la fijación, curación y aspiración de la traqueotomía). De página 5 a 8 se describe el procedimiento, que contempla los siguientes puntos: a) Fijación del tubo endotraqueal; b) Fijación de la Traqueotomía; c) Curación zona de inserción de la traqueotomía (por Enfermera o Matrona); d) Aspiración de secreciones (se hace referencia a la aspiración de secreciones en pacientes pediátricos y neonatales). Se señalan los documentos asociados y la nómina de los anexos que contiene el documento. En página 14 figura Anexo N°3: "Pauta de Supervisión de aspiración de Secreciones en pacientes con Vía Aérea artificial". En página 15 consta Anexo N° 4: "Indicador Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal". El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.			
Ped/ Instalación y manejo de vía venosa periférica (4)			
Nombre del documento: Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas			
Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:14
Elaborado por: Jessica Álvarez Enfermera Unidad de Pediatría		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	
Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos			
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Pediatría, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance, los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento. En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación de la vía venosa periférica. En página 4 se describe el procedimiento, detallando actividades a realizar: a) Elección del sitio de punción, b) Preparación de la piel; c) Instalación y fijación del catéter venoso periférico; d) Mantención del sitio de punción; e) Frecuencia de cambio de catéter; f) Mantención del sistema de perfusión; g) Cambios del sistema por infección o flebitis; h) Cambio de las soluciones. En página 7 se señalan los documentos asociados: Hoja de evolución de enfermería, hoja de registros de atención de enfermería, terapia del paciente. En página 13 consta Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Mantención Vía Venosa Periférica". En página 14 figura Anexo N°3: "Indicador de Mantención de Vía Venosa Periférica". El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años			
Ped/ Manejo de vías venosas centrales (5)			
Nombre del documento: : Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales			
Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:19
Elaborado por: Enfermera Tirsa González Enfermera Supervisora Unidad Paciente Crítico Adulto		Aprobado por: Viviana Porcile Subdirectora de Enfermería del Hospital regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En el Servicio de Pediatría, se tiene a la vista documento "Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales". En la página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento.
En páginas 4 y 5 se señalan las referencias y equipos y materiales.
De las páginas 5 a 10 se describe el desarrollo del procedimiento, el cual considera los siguientes puntos:

a) Instalación del catéter venoso central
b) Curación catéter central
c) Mantención del sistema de perfusión
d) Fijación catéter venoso central
e) Cambio catéter venoso central
f) Preparación de soluciones y medicamentos que se administran por catéter venoso central
g) Manejo catéteres umbilicales
h) Mantención catéter umbilical
i) Manejo vía venosa central con Nutrición parenteral
j) Acciones a realizar ante sospecha de sepsis por catéter y Nutrición parenteral

En página 16 consta Anexo N°1: "Pauta de Supervisión Mantención de Catéter Venoso Central".
En páginas 17 y 18 Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Curación Catéter Venoso Central".
En página 19 Anexo N°3: "Indicador Mantención Vía Venosa Periférica"
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales, Versión 01 Fecha de Emisión 08/06/2012, con vigencia de 3 años.

Ped/ Administración de medicamentos EV (6)

Nombre del documento: Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos

Fecha elab: 12/2012	Fecha vigencia: 12/2015	Versión: 02	N° páginas:13
Elaborado por: Roxana Maldonado Matrona Unidad de Neonatología		Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Enfermera Matrona Tecnóloga Supervisora

Breve descripción del contenido del documento:
En el Servicio de Pediatría, se tiene a la vista documento "Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance, personas responsables y sus responsabilidades, así como las definiciones utilizadas en el documento.
En páginas 3 y 4 se señalan las referencias, los equipos y materiales necesarios para la administración de medicamentos endovenosos, (administración por fleboclisis, bolo, y por bomba de infusión)
En páginas 4 y 5 consta la descripción del proceso, considerando los siguientes puntos:

a) Preparación de medicamentos de acuerdo a Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicamentos
b) Administración de tratamiento endovenoso
c) Administración de tratamiento endovenoso directo

Se indican los registros asociados: terapia del paciente, hoja de enfermería, evolución de enfermería, Hoja de registro de urgencia.
En página 12 consta Anexo N° 2: "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".
En página 13 figura Anexo N° 3: "Indicador Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".

Neo/ Instalación y manejo de vía venosa periférica (4)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:14
Elaborado por: Jessica Álvarez Enfermera Unidad de Pediatría		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Neonatología, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance, los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación de la vía venosa periférica.
En página 4 se describe el procedimiento, detallando actividades a realizar: a) Elección del sitio de punción, b) Preparación de la piel; c) Instalación y fijación del catéter venoso periférico; d) Mantención del sitio de punción; e) Frecuencia de cambio de catéter; f) Mantención del sistema de perfusión; g) Cambios del sistema por infección o flebitis; h) Cambio de las soluciones.
En página 7 se señalan los documentos asociados: Hoja de evolución de enfermería, hoja de registros de atención de enfermería, terapia del paciente.
En página 13 consta Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Mantención Vía Venosa Periférica".
En página 14 figura Anexo N°3: "Indicador de Mantención de Vía Venosa Periférica".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

Neo/ Manejo de vías venosas centrales (5)

Nombre del documento: : Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas: 19
Elaborado por: Tirsa González Enfermera Supervisora Unidad Paciente Crítico Adulto		Aprobado por: Viviana Porcile Subdirectora de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Neonatología, se tiene a la vista documento "Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales". En la página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento.
En páginas 4 y 5 se señalan las referencias y equipos y materiales.
De las páginas 5 a 10 se describe el desarrollo del procedimiento, el cual considera los siguientes puntos:

a) Instalación del catéter venoso central
b) Curación catéter central
c) Mantención del sistema de perfusión
d) Fijación catéter venoso central
e) Cambio catéter venoso central
f) Preparación de soluciones y medicamentos que se administran por catéter venoso central
g) Manejo catéteres umbilicales
h) Mantención catéter umbilical
i) Manejo vía venosa central con Nutrición parenteral
j) Acciones a realizar ante sospecha de sepsis por catéter y Nutrición parenteral

En página 16 consta Anexo N°1: "Pauta de Supervisión Mantención de Catéter Venoso Central".
En páginas 17 y 18 Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Curación Catéter Venoso Central".
En página 19 Anexo N°3: "Indicador Mantención Vía Venosa Periférica".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales, Versión 01 Fecha de Emisión 08/06/2012, con vigencia de 3 años.

Neo/ Administración de medicamentos EV (6)

Nombre del documento: Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos

Fecha elab: 12/2012	Fecha vigencia: 12/2015	Versión: 02	N° páginas:13

Elaborado por: Roxana Maldonado Matrona Unidad de Neonatología	Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta

Responsable aplicación: Enfermera Matrona Tecnóloga Supervisora

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Neonatología, se tiene a la vista documento "Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance, personas responsables y sus responsabilidades, así como las definiciones utilizadas en el documento.
En páginas 3 y 4 se señalan las referencias, los equipos y materiales necesarios para la administración de medicamentos endovenosos, (administración por fleboclisis, bolo, y por bomba de infusión)
En páginas 4 y 5 consta la descripción del proceso, considerando los siguientes puntos:

a) Preparación de medicamentos de acuerdo a Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicamentos
b) Administración de tratamiento endovenoso
c) Administración de tratamiento endovenoso directo

Se indican los registros asociados: terapia del paciente, hoja de enfermería, evolución de enfermería, Hoja de registro de urgencia.
En página 12 consta Anexo N° 2: "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".
En página 13 figura Anexo N° 3: "Indicador Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".

Neo/ Inmunizaciones y cadena de frío (7)

Nombre del documento: Procedimiento inmunización y manejo Cadena de Frio

Fecha elab:09/2014	Fecha vigencia: 09/2019	Versión:02	N° páginas: 40

Elaborado por: Gloria Reyes Matrona Recién Nacido	Aprobado por: Dra. Juana Pérez Directora del Hospital Regional de Antofagasta

Responsable aplicación: enfermeras y Matronas

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Neonatología, se tiene a la vista documento "Procedimiento inmunización y manejo Cadena de Frio". En páginas 2 y 3 del documento constan el objetivo del procedimiento, su alcance y los responsables.
En páginas 4 a 6 figuran las definiciones utilizadas en el documento.
En páginas 8 y 9 se señala equipos y materiales necesarios para mantener la cadena de frio e inmunización.
De las páginas 10 a la 17 consta la descripción del proceso de Cadena de Frío, precisándose que involucra tanto el proceso de mantención de vacunas (o cadena fija), como el de la cadena de frio móvil, representada por las cajas de transporte portátil o termos y las unidades refrigerantes.
Cadena de frio fija:

- Características del refrigerador: Se indica características de cámara de congelación y cámara de conservación. Su sistema de descongelación y programa de mantenimiento;
- Ubicación del refrigerador: debe estar ubicado en un lugar de acceso restringido, contar con enchufe exclusivo conectado a tierra, con sistema de respaldo eléctrico.
- Conservación y/o almacenamiento: En la puerta del refrigerador se debe adosar hoja de Control y Registro de Temperatura
- Ubicación de las vacunas en el refrigerador: consta adosado a la puerta del refrigerador, diagrama de ubicación de las vacunas en éste.
- Cadena de frio móvil: indica las Características de los termos de transporte.

De las páginas 17 a 20 consta la descripción del proceso de Inmunización, considerando las actividades vinculadas a la aplicación de vacuna BCG: la que considera la preparación de termo de traslado, reconstitución de la vacuna, y administración de ésta, previa verificación del paciente mediante la revisión del brazalete de identificación. Consta asimismo el procedimiento utilizado para eliminar las vacunas en caso de vencimiento o quiebre de la cadena de frio, involucrando el levantamiento de un "Acta de

Notificación de quiebre Cadena de Frio" enviada vía correo electrónico a la SEREMI.
Finalmente se hace referencia a las vacunas que se administran en la Unidad de Salud del Personal (conforme indicaciones del Ministerio de Salud).
En página 39 Anexo N°5 "Pauta de Supervisión de Mantención Cadena de Frio"
En la página 40" Indicador Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Manejo Cadena de Frio".

Obst-Gine/ Instalación catéter urinario (1)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas: 11
Elaborado por: Janis Orellana Olivares Enfermera Servicio de Especialidades.		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En el Servicio e Gíneco Obstetricia, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y funciones de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación del catéter urinario permanente.
En páginas 4 a 6 consta la descripción del procedimiento detallando las actividades a desarrollar para la instalación del catéter urinario permanente, y su posterior retiro; diferenciando el procedimiento en hombres y mujeres.
En página 8 consta Anexo N°1: Indicador "Instalación Catéter Urinario Permanente".
En página 11 consta Anexo N° 3: "Pauta de Supervisión Instalación del Catéter Urinario Permanente".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

Obst-Gine/ Instalación y manejo de vía venosa periférica (4)

Nombre del documento:

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión:02	N° páginas:14
Elaborado por: Jessica Álvarez Enfermera Unidad de Pediatría		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En el Servicio e Gíneco Obstetricia, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance, los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación de la vía venosa periférica.
En página 4 se describe el procedimiento, detallando actividades a realizar: a) Elección del sitio de punción, b) Preparación de la piel; c) Instalación y fijación del catéter venoso periférico; d) Mantención del sitio de punción; e) Frecuencia de cambio de catéter; f) Mantención del sistema de perfusión; g) Cambios del sistema por infección o flebitis; h) Cambio de las soluciones.
En página 7 se señalan los documentos asociados: Hoja de evolución de enfermería, hoja de registros de atención de enfermería, terapia del paciente.
En página 13 consta Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Mantención Vía Venosa Periférica".
En página 14 figura Anexo N°3: "Indicador de Mantención de Vía Venosa Periférica".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

Obst-Gine/ Administración de medicamentos EV (6)

Nombre del documento: Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos

Fecha elab: 12/2012	Fecha vigencia: 12/2015	Versión: 02	N° páginas:13
Elaborado por: Roxana Maldonado Matrona Unidad de Neonatología		Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Enfermera Matrona Tecnóloga Supervisora

Breve descripción del contenido del documento:
En el Servicio de Gíneco Obstetricia, se tiene a la vista documento "Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance, personas responsables y sus responsabilidades, así como las definiciones utilizadas en el documento.
En páginas 3 y 4 se señalan las referencias, los equipos y materiales necesarios para la administración de medicamentos endovenosos, (administración por fleboclísis, bolo, y por bomba de infusión)
En páginas 4 y 5 consta la descripción del proceso, considerando los siguientes puntos:

a) Preparación de medicamentos de acuerdo a Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicamentos
b) Administración de tratamiento endovenoso
c) Administración de tratamiento endovenoso directo

Se indican los registros asociados: terapia del paciente, hoja de enfermería, evolución de enfermería, Hoja de registro de urgencia.
En página 12 consta Anexo N° 2: "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".
En página 13 figura Anexo N° 3: "Indicador Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".

URG: Emergencia Adulto, Pediátrica y Gíneco-Obstétrica/Instalación catéter urinario (1)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas: 11
Elaborado por: Janis Orellana Olivares Enfermera Servicio de Especialidades.		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Urgencia Adulto, Pediátrico y de Gíneco Obstetricia, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y funciones de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación del catéter urinario permanente.
En páginas 4 a 6 consta la descripción del procedimiento detallando las actividades a desarrollar para la instalación del catéter urinario permanente, y su posterior retiro; diferenciando el procedimiento en hombres y mujeres.
En página 8 consta Anexo N°1: Indicador "Instalación Catéter Urinario Permanente".
En página 11 consta Anexo N° 3: "Pauta de Supervisión Instalación del Catéter Urinario Permanente".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

URG: Emergencia Adulto, Pediátrica y Gíneco-Obstétrica / Instalación y manejo de vía venosa periférica (4)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:14

Elaborado por: Jessica Álvarez Enfermera Unidad de Pediatría	Aprobado por: : Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Urgencia Adulto, Pediátrico y de Gíneco Obstetricia, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación y Manejo de Vía Venosa Periférica. En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance, los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación de la vía venosa periférica.
En página 4 se describe el procedimiento, detallando actividades a realizar: a) Elección del sitio de punción, b) Preparación de la piel; c) Instalación y fijación del catéter venoso periférico; d) Mantención del sitio de punción; e) Frecuencia de cambio de catéter; f) Mantención del sistema de perfusión; g) Cambios del sistema por infección o flebitis; h) Cambio de las soluciones.
En página 7 se señalan los documentos asociados: Hoja de evolución de enfermería, hoja de registros de atención de enfermería, terapia del paciente
En página 13 consta Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Mantención Vía Venosa Periférica".
En página 14 figura Anexo N°3: "Indicador de Mantención de Vía Venosa Periférica".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas, Versión 01 Fecha de Emisión /06/2012, con vigencia de 3 años.

URG: Emergencia Adulto, Pediátrica y Gíneco-Obstétrica /Administración de medicamentos EV (6)

Nombre del documento: Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos

Fecha elab: 12/2012	Fecha vigencia: 12/2015	Versión: 02	N° páginas:13

Elaborado por: Roxana Maldonado Matrona Unidad de Neonatología	Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta

Responsable aplicación: Enfermera Matrona Tecnóloga Supervisora

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Urgencia Adulto, Pediátrico y de Gíneco Obstetricia, se tiene a la vista documento "Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos" En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance, personas responsables y sus responsabilidades, así como las definiciones utilizadas en el documento.
En páginas 3 y 4 se señalan las referencias, los equipos y materiales necesarios para la administración de medicamentos endovenosos, (administración por fleboclísis, bolo, y por bomba de infusión)
En páginas 4 y 5 consta la descripción del proceso, considerando los siguientes puntos:

a) Preparación de medicamentos de acuerdo a Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicamentos
b) Administración de tratamiento endovenoso
c) Administración de tratamiento endovenoso directo

Se indican los registros asociados: terapia del paciente, hoja de enfermería, evolución de enfermería, Hoja de registro de urgencia.
En página 12 consta Anexo N° 2: "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".
En página 13 figura Anexo N° 3: "Indicador Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".

Vacunatorio: Emergencia Adulto, Pediátrica/ Inmunizaciones y cadena de frío (7)

Nombre del documento: Procedimiento Inmunización y Manejo de cadena de Frio

Fecha elab: 09/2014	Fecha vigencia: 09/2019	Versión:02	N° páginas: 40

Elaborado por: Gloria Reyes Matrona Recién Nacidos	Aprobado por: Dra. Juana Pérez Directora del Hospital regional de Antofagasta

Responsable aplicación: Matronas Enfermeras

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Urgencia Adulto, Pediátrico y de Gíneco Obstetricia, se tiene a la vista documento" Procedimiento Inmunización y Manejo de cadena de Frio" En páginas 2 y 3 del documento constan el objetivo del procedimiento, su alcance y los responsables.
En páginas 4 a 6 figuran las definiciones utilizadas en el documento.
En páginas 8 y 9 se señala equipos y materiales necesarios para mantener la cadena de frio e inmunización.
De las páginas 10 a la 17 consta la descripción del proceso de Cadena de Frío, precisándose que involucra, tanto el proceso de mantención de vacunas (o cadena fija), como el de la cadena de frio móvil, representada por las cajas de transporte portátil o termos y las unidades refrigerantes.
Cadena de frio fija:

- Características del refrigerador: Se indica características de cámara de congelación y cámara de conservación. Su

sistema de descongelación y programa de mantenimiento; • Ubicación del refrigerador: Debe estar ubicado en un lugar de acceso restringido, contar con enchufe exclusivo conectado a tierra, con sistema de respaldo eléctrico. • Conservación y/o almacenamiento: En la puerta del refrigerador se debe adosar hoja de Control y Registro de Temperatura • Ubicación de las vacunas en el refrigerador: Consta adosado a la puerta del refrigerador, diagrama de ubicación de las vacunas en éste. • Cadena de frio móvil: Indica las características de los termos de transporte. De las páginas 17 a la 20 consta la descripción del proceso de Inmunización, considerando las actividades vinculadas a la aplicación de vacuna BCG: la que considera la preparación de termo de traslado, reconstitución de la vacuna, y administración de ésta, previa verificación del paciente mediante la revisión del brazalete de identificación. Consta, asimismo, el procedimiento utilizado para eliminar las vacunas en caso de vencimiento o quiebre de la cadena de frio, involucrando el levantamiento de un "Acta de Notificación de quiebre Cadena de Frio" enviada vía correo electrónico a la SEREMI. Finalmente, se hace referencia a las vacunas que se administran en la Unidad de Salud del Personal (conforme indicaciones del Ministerio de Salud) En página 39 Anexo N°5 "Pauta de Supervisión de Mantención Cadena de Frio" En la página 40" Indicador Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Manejo Cadena de Frio".
Vacunatorio Salud del Personal/ Inmunizaciones y cadena de frío (7)
Nombre del documento: Procedimiento Inmunización y Manejo de cadena de Frio
Fecha elab: 09/2014 | Fecha vigencia: 09/2019 | Versión:02 | N° páginas: 40
Elaborado por: Gloria Reyes Matrona Recién Nacidos Aprobado por: Dra. Juana Pérez Directora del Hospital Regional de Antofagasta
Responsable aplicación: Matronas Enfermeras
Breve descripción del contenido del documento: En la Unidad Salud del Personal, se tiene a la vista documento" Procedimiento Inmunización y Manejo de cadena de Frio". En páginas 2 y 3 del documento constan el objetivo del procedimiento, su alcance y los responsables. En páginas 4 a 6 figuran las definiciones utilizadas en el documento. En páginas 8 y 9 se señala equipos y materiales necesarios para mantener la cadena de frio e inmunización. De las páginas 10 a la 17 consta la descripción del proceso de Cadena de Frío, precisándose que involucra tanto el proceso de mantención de vacunas (o cadena fija), como el de la cadena de frio móvil, representada por las cajas de transporte portátil o termos y las unidades refrigerantes. Cadena de frio fija: • Características del refrigerador: Se indica características de cámara de congelación y cámara de conservación. Su sistema de descongelación y programa de mantenimiento; • Ubicación del refrigerador: Debe estar ubicado en un lugar de acceso restringido, contar con enchufe exclusivo conectado a tierra, con sistema de respaldo eléctrico. • Conservación y/o almacenamiento: En la puerta del refrigerador se debe adosar hoja de Control y Registro de Temperatura • Ubicación de las vacunas en el refrigerador: Consta adosado a la puerta del refrigerador, diagrama de ubicación de las vacunas en éste. • Cadena de frio móvil: Indica las Características de los termos de transporte. De las páginas 17 a 20 consta la descripción del proceso de Inmunización, considerando las actividades vinculadas a la aplicación de vacuna BCG: la que considera la preparación de termo de traslado, reconstitución de la vacuna, y administración de ésta, previa verificación del paciente mediante la revisión del brazalete de identificación. Consta, asimismo, el procedimiento utilizado para eliminar las vacunas en caso de vencimiento o quiebre de la cadena de frio, involucrando el levantamiento de un "Acta de Notificación de quiebre Cadena de Frio" enviada vía correo electrónico a la SEREMI. Finalmente, se hace referencia a las vacunas que se administran en la Unidad de Salud del Personal (conforme indicaciones del Ministerio de Salud) En página 39 Anexo N°5 "Pauta de Supervisión de Mantención Cadena de Frio" En la página 40" Indicador Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Manejo Cadena de Frio".
Observación: El Prestador no cuenta con una unidad de Vacunatorio. El documento "Inmunizaciones y manejo de cadena de frío" se constata en el Servicio de Urgencia, dado que en esta Unidad se administran vacunas y en la Unidad de salud del personal, en la cual se administran las vacunas al personal del hospital, de acuerdo a los Programas Ministeriales (Programa Antinfluenza u otras que el MINSAL indique)

GCL 1.2 - Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

PQ General / Recuperación: Pabellón Central	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ /Recuperación: Pabellón Maternidad	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ /Recuperación: Pabellón Cardiovascular	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento

Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Adulto: UCI Adulto	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Adulto: UTI MQ	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: : 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Adulto: UCI Coronaria	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Neo	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med: Servicio Medicina	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med: Unidad Atención Progresiva	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med: Pensionado Médico-Quirúrgico	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Ped	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Neo	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Obst-Gine	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
URG: Emergencia Adulto-Pediátrica	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo*100
Umbral de cumplimiento:85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
URG: Emergencia Gíneco-Obstétrica	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Vacunatorio: Emergencia Adulto-Pediátrica	
Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de la norma de manejo de cadena de frio
Fórmula matemática	(Procedimientos de almacenamiento de vacunas que cumple con las condiciones para mantener la temperatura entre 2°y 8°C /N° Total de procedimientos de almacenamiento de vacunas) *100

Umbral de cumplimiento: 95%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral
Observaciones: Se constata que el indicador tenido a la vista presentado por el prestador, no es pertinente, dado que lo planteado no se refleja en un procedimiento a evaluar.	
Vacunatorio: Obst-Neo	
Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de la norma de manejo de cadena de frio
Fórmula matemática	(Procedimientos de almacenamiento de vacunas que cumple con las condiciones para mantener la temperatura entre 2°y 8°C /N° Total de procedimientos de almacenamiento de vacunas) *100
Umbral de cumplimiento: 95%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral
Vacunatorio: Salud del Personal	
Nombre del indicador	Inmunización y manejo cadena de frio
Fórmula matemática	(N° de pautas de supervisión que cumplen con el procedimiento /N° total de pautas aplicadas) *100
Umbral de cumplimiento: 95%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral

GCL 1.2 - Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

PQ General / Recuperación: Pabellón Central	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Domingo (30 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cirugía. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él porcentaje de cumplimiento.
Gíneco-Obst / Recuperación	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Domingo (30 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cirugía. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él porcentaje de cumplimiento.
PQ Cardiovascular/Recuperación	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Domingo (30 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cirugía Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento

	• Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
UPC Ad	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Viernes (20 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cama. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
Unidad Coronaria	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Viernes (20 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cama. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
UTIMQ	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Viernes (20 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cama. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento

	• Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
UPC Ped	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Viernes (20 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cama. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento. .
UPC Neo	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Viernes (20 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cama. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
Med	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Domingo (30 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cama. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post

	tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
Unidad Atención Progresiva	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Viernes (20 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cama. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
Ped	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Viernes (20 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cama. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
Neo	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Viernes (20 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cama. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post

	tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
Obst.gine	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Viernes (20 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cama. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
URG /Adulto y Pediatría	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La evaluación se realiza por conveniencia, la unidad de calidad envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución, se aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
URG/Gíneco-Obst	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión de Mantención Cadena de Frio
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La evaluación se realiza por conveniencia, la unidad de calidad envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución, se aplica una pauta diaria de Lunes a

	Viernes, para lo cual se randomiza el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
Vacunatorio/URG Adulto y Pediátrico	
	El Prestador no realiza evaluación periódica, no presenta documento
Vacuntorio /Obstetricia Neo	
Nombre documento	El Prestador no realiza evaluación periódica, no presenta documento
Vacunatorio /Salud del Personal	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Supervisor Unidad de Salud del Personal
Fuente primaria	Pauta de Supervisión
Fuente secundaria	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición se realiza por conveniencia, la unidad de calidad envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas de supervisión con un criterio de sustitución, se aplica la pauta de supervisión cada 15 días Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • La ubicación del Refrigerador cumple con las recomendaciones técnicas registro • Existe diario de temperatura mañana y tarde • Termómetro de mínima y máxima está ubicado correctamente • El refrigerador es de uso exclusivo de vacunas • Está disponible y al día hoja de vida del refrigerador Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ- Recuperación

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	19	12	14	16	17
	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	95%	60%	70%	80%	85%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ- Recuperación

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado reportado del trimestre es de 85%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras, una no cumple. Se revisan las 30 pautas cumplen 24/30. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio y Julio del 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	24					
	30					
% Cumplimiento	80%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ Gíneco-Obst- Recuperación

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 205	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	17	18	18	18	17	18

N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	85%	90%	90%	90%	85%	90%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ Gíneco-Obst- Recuperación						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de 88.3%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Agosto, Septiembre y Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ Cardiovasc- Recuperación						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20 / 20	20 / 20	20 / 20	20 / 20	20 / 20	20 / 20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ Cardiovasc- Recuperación						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Agosto, Septiembre Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20 / 20	20 / 20	20 / 20	18 / 20	19 / 20	18 / 20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	90%	95%	90%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de 91,6%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Agosto, Septiembre y Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en Unidad Coronaria						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	14	17	18	18	19	18
N° Total Pautas	20	20	20	20	19	20
% Cumplimiento	70%	85%	90%	90%	95%	90%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad Coronaria						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado reportado del trimestre es de 81,6%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras, una no cumple. Se revisan las 30 pautas cumplen 24/30. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Mayo, Junio y Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	24					
N° Total Pautas	30					
% Cumplimiento	80%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UTIMQ						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 205	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	17	16	16
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	85%	80%	80%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UTMQ						
Describir constatación Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015						
Mes /Año	Mayo, Junio y Julio del 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ped						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ped						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Agosto, septiembre y Octubre					

	del 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Neo						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	95%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Neo						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo, junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Mayo, junio y Julio del 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	19	20	20	20	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
	100%	95%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med						
Describir constatación Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de 98,3%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Mayo, Junio y Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Unidad Atención Progresiva del Paciente						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	17	20	18	20	19	18
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	85%%	100%	90%	100%	95%	90%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad Atención Progresiva del Paciente						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado reportado del trimestre es de 95%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras, una no cumple. Se revisan las 30 pautas; cumplen 28/30. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						

Mes /Año	Mayo, Junio, Julio 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	28 / 30					
% Cumplimiento	93,3%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Ped						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20 / 20	20 / 20	20 / 20	20 / 20	20 / 20	20 / 20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Ped						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Agosto, Septiembre y Octubre del 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Neo						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20 / 20	20 / 20	20 / 20	20 / 20	20 / 20	20 / 20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Neo						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Agosto, Septiembre y Octubre del 2015 p					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Gíneco -Obst						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 205	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20 / 20	20 / 20	20 / 20	17 / 17	13 / 13	15 / 15
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Gíneco -Obst						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa" El resultado del trimestre reportado de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de						

acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Mayo, Junio y Julio 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7					
	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Urg/Adulto Pediátrico						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	17	13	13	11	17	15
	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	85%	65%	65%	55%	85%	75%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Urg/Adulto Pediátrico						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de 71,6% Se selecciona una muestra aleatoria de 40 pautas de supervisión constatando el cumplimiento en 28/40. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Mayo, Junio y Julio 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	28					
	40					
% Cumplimiento	70%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Urg/Gíneco-Obst						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	19	20	18	20	20	20
	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	95%	100%	90%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Urg/Gíneco-Obst						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Agosto, Septiembre y Octubre del 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7					
	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Vacunatorio Urg/ Adulto Pediátrico						
Observaciones**:** El Prestador no presenta Documento de Evaluación Periódica del Indicador						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Vacunatorio/ Obst. Neo						
Observaciones: El Prestador no presenta Documento de Evaluación Periódica del Indicador						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Vacunatorio/Salud del Personal						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Vacunatorio/ Salud del Personal						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo, junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Mantención Cadena de Frio". El resultado del trimestre reportado es de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Mayo. Junio y Julio del 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observación 1: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Observación 2: El Prestador no presenta documento de evaluación periódica del Indicador ni de evaluación en el 2° y 3er Elemento Medible, en el procedimiento Manejo Cadena de Frio, en los puntos asimilados al punto de verificación Vacunatorio.						

CARACTERÍSTICA GCL 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	PQ	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med	Ped.	Neo	Obst-gine	URG	Vacunatorio
Primer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Segundo elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Tercer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Umbral de la característica:≥ 75%	Puntaje total: 28/30				Porcentaje obtenido: 93,3%				Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA GCL 1.3 / HALLAZGOS

GCL 1.3 – Primer Elemento medible: Se describe en un documento el procedimiento de evaluación y manejo del dolor agudo y se ha definido los responsables de su aplicación.

PQ/ Recuperación: Pabellón Central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad				
Nombre del documento:" Protocolo Manejo del dolor post operatorio"				
Código: PT-PAB-01	Fecha elab: Diciembre 2011	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 00	N° páginas: 7
Elaborado por: Dr. Gerardo Valdivia. No consigna cargo.		Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall, Director Hospital Regional Antofagasta		
Responsable aplicación: Si				
Contenido: Se constata en todos los puntos de verificación, documento versión 00, no vigente de Diciembre 2011, denominado" Protocolo Manejo del dolor post operatorio". Dándose por no cumplido el elemento medible.				
CIR Ad: Servicio Cirugía, Pensionado Médico-Quirúrgico y Bloque Quirúrgico Especialidades				
Nombre del documento:" Protocolo Manejo del dolor post operatorio"				
Código: PT-PAB-01	Fecha elab: Diciembre 2011	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 00	N° páginas: 7
Elaborado por: Dr. Gerardo Valdivia. No consigna cargo.		Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall, Director Hospital Regional Antofagasta		
Responsable aplicación: Si				
Contenido: Se constata en todos los puntos de verificación, documento versión 00, no vigente de Diciembre 2011, denominado" Protocolo Manejo del dolor post operatorio". Dándose por no cumplido el elemento medible.				
Traumatología: Bloque Quirúrgico Especialidades				
Nombre del documento:" Protocolo Manejo del dolor post operatorio"				
Código: PT-PAB-01	Fecha elab: Diciembre 2011	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 00	N° páginas: 7
Elaborado por: Dr. Gerardo Valdivia. No consigna cargo.		Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall, Director Hospital Regional Antofagasta		
Responsable aplicación: Si				
Contenido: Se constata en todos los puntos de verificación, documento versión 00, no vigente de Diciembre 2011, denominado" Protocolo Manejo del dolor post operatorio". Dándose por no cumplido el elemento medible.				
Obst-gine				
Nombre del documento:" Protocolo Manejo del dolor post operatorio"				
Código: PT-PAB-01	Fecha elab: Diciembre 2011	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 00	N° páginas: 7
Elaborado por: Dr. Gerardo Valdivia. No consigna cargo.		Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall, Director Hospital Regional Antofagasta		
Responsable aplicación: Si				
Contenido: Se constata en todos los puntos de verificación, documento versión 00, no vigente de Diciembre 2011, denominado" Protocolo Manejo del dolor post operatorio".				

Dándose por no cumplido el elemento medible.

GCL 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

Observaciones: El procedimiento se encuentra no vigente. No cumple el elemento medible

GCL 1.3 – Tercer elemento medible: Se verifica constancia de la evaluación periódica

Observaciones: El Prestador declara que realiza evaluación periódica del Indicador, para ninguno de los puntos de verificación que le aplican, porque el procedimiento no se encuentra vigente. No cumple el 3er Elemento Medible de la Característica GCL 1.3..

GCL 1.3 – Cuarto elemento medible: Se constata: evaluación y manejo del dolor agudo en pacientes post-operados de acuerdo al procedimiento local.

Observaciones: No se realiza constatación de la evaluación y manejo del dolor agudo en pacientes post-operados ninguno de los puntos de verificación que le aplican por encontrarse no vigente el procedimiento local. Dándose por no cumplido el elemento medible en el punto de verificación.

CARACTERÍSTICA GCL 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1 - 0 - NA)	1° EM:	2° EM:	3° EM:	4° EM:
PQ General	0	0	0	0
CIR Ad	0	0	0	0
Traumatología	0	0	0	0
PQ Obst-gine	0	0	0	0
Umbral de la característica:≥ 50%	Puntaje total: 0/16		Porcentaje obtenido: 0%	Cumple: No

CARACTERÍSTICA GCL 1.4 / HALLAZGOS

GCL 1.4 – Primer elemento medible: Se describe en documentos el protocolo de reanimación cardiopulmonar avanzada y se han definido los responsables de su aplicación.

PQ: Pabellón Central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad				
Nombre del documento 1: "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto"				
Código: PO-UC-01	Versión: 02	Fecha: Noviembre 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 19
Elaborado por: Dr. Anthony Cataldo, Médico Jefe UCI Coronaria.			Aprobado por: Sr. Juan Urrutia, Director Hospital Regional Antofagasta.	
Responsable de la aplicación: Si				
Breve descripción del contenido del documento: Documento 1, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto", contiene el alcance, describe los estamentos a los que aplica el protocolo. En el punto 3 denominado "Responsables", las responsabilidades de las jefaturas de las unidades, Enfermera Supervisora y Enfermeros Clínicos. En el punto 6.3 denominado "Reanimación Cardiopulmonar Avanzada", describe los aspectos del manejo de la reanimación, de la siguiente forma: - Vía aérea. - Buena respiración. - Circulación. - Diagnóstico de ritmo de PCR. - Fármacos. En el punto 8.1.5.1 contienen la descripción de los roles a cumplir por el "TEAM de PCR", describe las acciones a realizar por cada estamento. Prestador presenta, documento versión anterior 01 de Noviembre 2012, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto".				
Nombre del documento 2: " Protocolo de Reanimación del Paro Cardiorrespiratorio Pediátrico"				
Código: PT- PED-02	Versión: 02	Fecha: Enero 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 14
Elaborado por: Dra. Pamela Schellman J, Pediatra Jefe UPCP.			Aprobado por: Dr. Edgardo Álvarez, Subdirector Médico, Hospital Regional de Antofagasta.	
Responsable de la aplicación: Sí				
Breve descripción del contenido del documento: Documento 2, denominado "Protocolo de Reanimación del Paro Cardiorrespiratorio Pediátrico", contiene el alcance del protocolo. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe la responsabilidad de: Médicos Jefes de Unidades Pediátricas, Enfermeras Supervisores de Unidades Pediátricas y de los integrantes del equipo de salud. En el punto 4.6 denominado "Equipo humano de reanimación", describe las acciones a realizar por cada estamento durante la reanimación cardiopulmonar, clasificado de la siguiente forma: - Médico 1. - Médico 2 o Enfermera 1. - Enfermera 2. - Técnico Paramédico 1. - Técnico paramédico 2.				

- Auxiliar de servicio.

En el punto 6 denominado "Desarrollo de la actividad", contiene la descripción del manejo de la Reanimación cardiopulmonar, separado en los siguientes aspectos:

- Vía aérea permeable.
- Ventilación.
- Circulación, incluye listado de las drogas a utilizar.
- Desfibrilación eléctrica, tipo de paletas y dosis de desfibrilación.

En el anexo 1 incluye Diagrama de "Flujo Reanimación Cardiorrespiratorio sin Pulso, PALS".

Nombre del documento 3: "Procedimiento Reanimación Cardiopulmonar Neonatal"

Código: PO- UPCNEO-00	Versión: 01	Fecha: Junio 2014	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 21

Elaborado por:	Aprobado por:
Roxana Maldonado C, Matrona Supervisora UPC Neonatal Dra. M. Ximena Sandoval P, Médico Jefe UPC Neonatal (S).	Dra. Juana Pérez, Directora (S) Hospital Clínico Regional Antofagasta.

Responsable de la aplicación: Sí

Breve descripción del contenido del documento:

Documento 3, denominado "Procedimiento Reanimación Cardiopulmonar Neonatal", contiene objetivo, alcance y principio. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe las responsabilidades de los siguientes estamentos:

- Médicos residentes.
- Médico tratante.
- Matrona o Enfermera Clínica.
- Técnico Paramédico.

En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", describe las acciones a realizar, en los siguientes ítem:

- Parte A (Vía Aérea).
- Parte B (Respiración).
- Parte C (Circulación).
- Parte D (Drogas).

En el punto 7.5 denominado "Algoritmo de Reanimación" contiene la descripción de la secuencia a realizar en la reanimación. En el anexo 1 denominado "Administración de Drogas en Reanimación Neonatal", describe listado de fármacos con las concentraciones, vía de administración, dosis, preparación y velocidad de administración.

PRO Hemodinamia

Nombre del documento: "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto"

Código: PO-UC-01	Versión: 02	Fecha: Noviembre 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 19

Elaborado por:	Aprobado por:
Dr. Anthony Cataldo, Médico Jefe UCI Coronaria.	Sr. Juan Urrutia, Director Hospital Regional Antofagasta.

Responsable de la aplicación: Si

Breve descripción del contenido del documento:

Documento versión actualizada, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto", contiene el alcance, describe los estamentos a los que aplica el protocolo. En el punto 3 denominado "Responsables", las responsabilidades de las jefaturas de las unidades, Enfermera Supervisora y Enfermeros Clínicos. En el punto 6.3 denominado "Reanimación Cardiopulmonar Avanzada", describe los aspectos del manejo de la reanimación, de la siguiente forma:

- Vía aérea.
- Buena respiración.
- Circulación.
- Diagnóstico de ritmo de PCR.
- Fármacos.

En el punto 8.1.5.1 contienen la descripción de los roles a cumplir por el "TEAM de PCR", describe las acciones a realizar por cada estamento.

Prestador presenta, documento versión anterior 01 de Noviembre 2012, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto".

UPC Ad: UCI Adulto, UTI MQ y UCI Coronaria

Nombre del documento 1 : "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto"

Código: PO-UC-01	Versión: 02	Fecha: Noviembre 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 19

Elaborado por:	Aprobado por:
Dr. Anthony Cataldo, Médico Jefe UCI Coronaria.	Sr. Juan Urrutia, Director Hospital Regional Antofagasta.

Responsable de la aplicación: Si

Breve descripción del contenido del documento:

Documento versión actualizada, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto", contiene el alcance, describe los estamentos a los que aplica el protocolo. En el punto 3 denominado "Responsables", las responsabilidades de las jefaturas de las unidades, Enfermera Supervisora y Enfermeros Clínicos. En el punto 6.3 denominado "Reanimación Cardiopulmonar Avanzada", describe los aspectos del manejo de la reanimación, de la siguiente forma:

- Vía aérea.
- Buena respiración.
- Circulación.
- Diagnóstico de ritmo de PCR.
- Fármacos.

En el punto 8.1.5.1 contienen la descripción de los roles a cumplir por el "TEAM de PCR", describe las acciones a realizar por cada estamento.

Prestador presenta, documento versión anterior 01 de Noviembre 2012, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto".

UPC Ped

Nombre del documento : " Protocolo de Reanimación del Paro Cardiorrespiratorio Pediátrico"

Código: PT- PED-02	Versión: 02	Fecha: Enero 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 14
Elaborado por: Dra. Pamela Schellman J, Pediatra Jefe UPCP.			Aprobado por: Dr. Edgardo Álvarez, Subdirector Médico, Hospital Regional de Antofagasta.	

Responsable de la aplicación: Si

Breve descripción del contenido del documento: "Protocolo de Reanimación del Paro Cardiorrespiratorio Pediátrico", contiene el alcance del protocolo. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe la responsabilidad de: Médicos Jefes de Unidades Pediátricas, Enfermeras Supervisores de Unidades Pediátricas y de los integrantes del equipo de salud. En el punto 4.6 denominado "Equipo humano de reanimación", describe las acciones a realizar por cada estamento durante la reanimación cardiopulmonar, ordenado de la siguiente forma:

- Médico 1.
- Médico 2 o Enfermera 1.
- Enfermera 2.
- Técnico Paramédico 1.
- Técnico paramédico 2.
- Auxiliar de servicio.

En el punto 6 denominado "Desarrollo de la actividad", contiene la descripción del manejo de la Reanimación cardiopulmonar, separado en los siguientes aspectos:

- Vía aérea permeable.
- Ventilación.
- Circulación, incluye listado de las drogas a utilizar.
- Desfibrilación eléctrica, tipo de paletas y dosis de desfibrilación.

En el anexo 1, incluye Diagrama de "Flujo Reanimación Cardiorrespiratorio sin Pulso, PALS".

UPC Neo

Nombre del documento: "Procedimiento Reanimación Cardiopulmonar Neonatal"

Código: PO- UPCNEO-00	Versión: 01	Fecha: Junio 2014	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 21
Elaborado por: Roxana Maldonado C, Matrona Supervisora UPC Neonatal Dra. M. Ximena Sandoval P, Médico Jefe UPC. Neonatal (S)			Aprobado por: Dra. Juana Pérez, Directora (S) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	

Responsable de la aplicación: Si

Breve descripción del contenido del documento:
"Procedimiento Reanimación Cardiopulmonar Neonatal", contiene objetivo, alcance y principio. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe las responsabilidades de los siguientes estamentos:

- Médicos residentes.
- Médico tratante.
- Matrona o Enfermera Clínica.
- Técnico Paramédico.

En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", describe las acciones a realizar, ordenado en los siguientes ítem:

- Parte A (Vía Aérea).
- Parte B (Respiración).
- Parte C (Circulación).
- Parte D (Drogas).

En el punto 7.5 denominado "Algoritmo de Reanimación", contiene la descripción de la secuencia a realizar en la reanimación. En el anexo 1 denominado "Administración de Drogas en Reanimación Neonatal", describe listado de fármacos con las concentraciones, vía de administración, dosis, preparación y velocidad de administración, a utilizar.

Med: Servicio Medicina, Pensionado Médico-Quirúrgico y UAAP

Nombre del documento 1 : "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto"

Código: PO-UC-01	Versión: 02	Fecha: Noviembre 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 19
Elaborado por: Dr. Anthony Cataldo, Médico Jefe UCI Coronaria.			Aprobado por: Sr. Juan Urrutia, Director Hospital Regional Antofagasta.	

Responsable de la aplicación: Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento versión actualizada, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto", contiene el alcance, describe los estamentos a los que aplica el protocolo. En el punto 3 denominado "Responsables", las responsabilidades de las jefaturas de las unidades, Enfermera Supervisora y Enfermeros Clínicos. En el punto 6.3 denominado "Reanimación Cardiopulmonar Avanzada", describe los aspectos del manejo de la reanimación, de la siguiente forma:

- Vía aérea.
- Buena respiración.
- Circulación.
- Diagnóstico de ritmo de PCR.
- Fármacos.

En el punto 8.1.5.1 contienen la descripción de los roles a cumplir por el "TEAM de PCR", describe las acciones a realizar por cada estamento.
Prestador presenta, documento versión anterior 01 de Noviembre 2012, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto".

Ped

Nombre del documento : " Protocolo de Reanimación del Paro Cardiorrespiratorio Pediátrico"

Código: PT- PED-02	Versión: 02	Fecha: Enero 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 14
Elaborado por: Dra. Pamela Schellman J, Pediatra Jefe UPCP.			Aprobado por: Dr. Edgardo Álvarez, Subdirector Médico,	

	Hospital Regional de Antofagasta.
Responsable de la aplicación: Si	
Breve descripción del contenido del documento: "Protocolo de Reanimación del Paro Cardiorrespiratorio Pediátrico", contiene el alcance del protocolo. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe la responsabilidad de: Médicos Jefes de Unidades Pediátricas, Enfermeras Supervisores de Unidades Pediátricas y de los integrantes del equipo de salud. En el punto 4.6 denominado "Equipo humano de reanimación", describe las acciones a realizar por cada estamento durante la reanimación cardiopulmonar, ordenado de la siguiente forma: - Médico 1. - Médico 2 o Enfermera 1. - Enfermera 2. - Técnico Paramédico 1. - Técnico paramédico 2. - Auxiliar de servicio. En el punto 6 denominado "Desarrollo de la actividad", contiene la descripción del manejo de la Reanimación cardiopulmonar, separado en los siguientes aspectos: - Vía aérea permeable. - Ventilación. - Circulación, incluye listado de las drogas a utilizar. - Desfibrilación eléctrica, tipo de paletas y dosis de desfibrilación. En el anexo 1, incluye Diagrama de "Flujo Reanimación Cardiorrespiratorio sin Pulso, PALS".	
URG: Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica	
Nombre del documento 1: "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto"	
Código: PO-UC-01 | Versión: 02 | Fecha: Noviembre 2015 | Fecha vigencia: 5 años | N° páginas: 19	
Elaborado por: Dr. Anthony Cataldo, Médico Jefe UCI Coronaria.	Aprobado por: Sr. Juan Urrutia, Director Hospital Regional Antofagasta.
Responsable de la aplicación: Si	
Breve descripción del contenido del documento: Documento 1, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto", contiene el alcance, describe los estamentos a los que aplica el protocolo. En el punto 3 denominado "Responsables", las responsabilidades de las jefaturas de las unidades, Enfermera Supervisora y Enfermeros Clínicos. En el punto 6.3 denominado "Reanimación Cardiopulmonar Avanzada", describe los aspectos del manejo de la reanimación, de la siguiente forma: - Vía aérea. - Buena respiración. - Circulación. - Diagnóstico de ritmo de PCR. - Fármacos. En el punto 8.1.5.1 contienen la descripción de los roles a cumplir por el "TEAM de PCR", describe las acciones a realizar por cada estamento. Prestador presenta, documento versión anterior 01 de Noviembre 2012, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto".	
Nombre del documento 2: " Protocolo de Reanimación del Paro Cardiorrespiratorio Pediátrico"	
Código: PT- PED-02 | Versión: 02 | Fecha: Enero 2015 | Fecha vigencia: 5 años | N° páginas: 14	
Elaborado por: Dra. Pamela Schellman J, Pediatra Jefe UPCP.	Aprobado por: Dr. Edgardo Álvarez, Subdirector Médico, Hospital Regional de Antofagasta.
Responsable de la aplicación: Sí	
Breve descripción del contenido del documento: Documento 2, denominado "Protocolo de Reanimación del Paro Cardiorrespiratorio Pediátrico", contiene el alcance del protocolo. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe la responsabilidad de: Médicos Jefes de Unidades Pediátricas, Enfermeras Supervisores de Unidades Pediátricas y de los integrantes del equipo de salud. En el punto 4.6 denominado "Equipo humano de reanimación", describe las acciones a realizar por cada estamento durante la reanimación cardiopulmonar, clasificado de la siguiente forma: - Médico 1. - Médico 2 o Enfermera 1. - Enfermera 2. - Técnico Paramédico 1. - Técnico paramédico 2. - Auxiliar de servicio. En el punto 6 denominado "Desarrollo de la actividad", contiene la descripción del manejo de la Reanimación cardiopulmonar, separado en los siguientes aspectos: - Vía aérea permeable. - Ventilación. - Circulación, incluye listado de las drogas a utilizar. - Desfibrilación eléctrica, tipo de paletas y dosis de desfibrilación. En el anexo 1 incluye Diagrama de "Flujo Reanimación Cardiorrespiratorio sin Pulso, PALS".	
Nombre del documento 3: "Procedimiento Reanimación Cardiopulmonar Neonatal"	
Código: PO- UPCNEO-00 | Versión: 01 | Fecha: Junio 2014 | Fecha vigencia: 5 años | N° páginas: 21	
Elaborado por: Roxana Maldonado C, Matrona Supervisora UPC Neonatal – Dra. M. Ximena Sandoval P, Médico Jefe UPC Neonatal (S).	Aprobado por: Dra. Juana Pérez, Directora (S) Hospital Clínico Regional Antofagasta.
Responsable de la aplicación: Sí	
Breve descripción del contenido del documento:	

Documento 3, denominado "Procedimiento Reanimación Cardiopulmonar Neonatal", contiene objetivo, alcance y principio. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe las responsabilidades de los siguientes estamentos:

- Médicos residentes.
- Médico tratante.
- Matrona o Enfermera Clínica.
- Técnico Paramédico.

En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", describe las acciones a realizar, en los siguientes ítem:

- Parte A (Vía Aérea).
- Parte B (Respiración).
- Parte C (Circulación).
- Parte D (Drogas).

En el punto 7.5 denominado "Algoritmo de Reanimación" contiene la descripción de la secuencia a realizar en la reanimación. En el anexo 1 denominado "Administración de Drogas en Reanimación Neonatal", describe listado de fármacos con las concentraciones, vía de administración, dosis, preparación y velocidad de administración.

APD				
Nombre del documento 1 : "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto"				
Código: PO-UC-01	Versión: 02	Fecha: Noviembre 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 19
Elaborado por: Dr. Anthony Cataldo, Médico Jefe UCI Coronaria.			Aprobado por: Sr. Juan Urrutia, Director Hospital Regional Antofagasta.	
Responsable de la aplicación: Si				

Breve descripción del contenido del documento:
Documento versión actualizada, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto", contiene el alcance, describe los estamentos a los que aplica el protocolo. En el punto 3 denominado "Responsables", las responsabilidades de las jefaturas de las unidades, Enfermera Supervisora y Enfermeros Clínicos. En el punto 6.3 denominado "Reanimación Cardiopulmonar Avanzada", describe los aspectos del manejo de la reanimación, de la siguiente forma:

- Vía aérea.
- Buena respiración.
- Circulación.
- Diagnóstico de ritmo de PCR.
- Fármacos.

En el punto 8.1.5.1 contienen la descripción de los roles a cumplir por el "TEAM de PCR", describe las acciones a realizar por cada estamento.
Prestador presenta, documento versión anterior 01 de Noviembre 2012, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto".

CARACTERÍSTICA GCL 1.4 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	PQ	PRO Hemodinamia	UPC Ad	UPC Ped.	UPC Neo.	Med.	Ped.	URG.	APD
1° elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%		Puntaje total: 9/9		Porcentaje obtenido: 100%				Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA GCL 1.5 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

GCL 1.5– Primer elemento medible: Se describen en un documento de carácter institucional los criterios clínicos de ingreso y egreso a **cada Unidad de Paciente Crítico** y se ha definido los responsables de su aplicación.

Dirección Médica y/o Gerencia del Prestador					
Nombre del documento I: Procedimiento "Ingreso y Egreso de Pacientes a la Unidad de Paciente Crítico Adulto"					
N° Resolución: .6092 del 14/06/2013	Versión:01		Fecha: Mayo 2013		
Elaborado por: Dr Franklin Cobeña Pisco, Médico Unidad de Pacientes Críticos		Aprobado por: Doctor Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años		N° páginas:17		
Incluye (Si/No)	1. Criterios de ingreso a UPC	Si	2. Criterios de egreso de UPC	Si	
Responsable de la aplicación: Si					

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Ingreso y Egreso de Paciente Crítico Adulto", código PC UPCA-01, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidad, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a los profesionales médicos que se desempeñan en el Hospital. Los responsables de su cumplimiento y aplicación son: Encargado del Centro de Responsabilidad, Jefatura de la Unidad, Médico Tratante, Médicos de continuidad y Médico de turno.
En el punto 4. "Definiciones", describe 4 tipos de prioridades de clasificación de pacientes. En el punto 7."Descripción del Proceso", establece los criterios de ingreso y egreso a UPC.

1. Criterios de Ingreso:
   - Ingreso según prioridad, el ingreso se realiza según la clasificación de prioridad 1, 2, 3 y 4, la cual estratifica al paciente conforme a gravedad, patologías y discapacidad previa, pronóstico y calidad de sobrevida.
   - Ingreso según capacidad de soporte terapéutico de la Unidad:
     - UCI: ingreso de pacientes que requieran soporte de ventilación mecánica invasiva y/o monitoreo de alta complejidad.

o UTI MQ: ingresan pacientes que requieran soporte de ventilación mecánica no compleja y/o monitoreo hemodinámico de mediana complejidad. 2. Criterios de Egreso, entre otros: - Pacientes estables clínicamente, que no requieran ventilación mecánica, ni monitoreo con drogas vasoactivas. - Pacientes en terapia intensiva con evolución desfavorable. - Indicación de limitación del esfuerzo terapéutico En el punto 8. "Anexos", incluye: Proceso de Ingreso del paciente a la unidad de paciente crítico; Apache II clasificación según gravedad y mortalidad; Índice de Barthel y Proceso de egreso del paciente de Unidad Paciente crítico.

Nombre del documento II: "Protocolo Criterios de Ingreso y Egreso de Pacientes Adultos a UCI Coronaria"					
N° Resolución: 4484 del 20/03/2014	Versión:00			Fecha: Febrero 2014	
Elaborado por: Dra. Ivonne Fernández, Médico UCI Coronaria, HRA		Aprobado por: Dr. Juan Mattatal L., Director Hospital Regional Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años			N° páginas:13	
Incluye (Si/No)	1. Criterios de ingreso a UPC	Si	2. Criterios de egreso de UPC		Si
Responsable de la aplicación: Si					
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Protocolo Criterios de Ingreso y Egreso de Pacientes Adultos a UCI Coronaria, código PC UC-05, que incluye, entre otros aspectos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes que se atiendan en el Hospital. Los responsables de su cumplimiento y aplicación son: Médico Jefe UCI Coronaria, Médico Tratante y Médico residente de turno. En el punto 6. "Desarrollo de la actividad", establece los criterios de ingreso y egreso a UCI Coronaria. 1. Criterios de Ingreso: - Ingreso según prioridad, el ingreso se realiza según la clasificación de prioridad 1, 2, 3 y 4, la cual estratifica al paciente conforme a gravedad, patologías y discapacidad previa, pronóstico y calidad de sobrevida. - Ingreso por diagnóstico, detalla condiciones o enfermedades específicas, entre ellas: o Síndrome coronario agudo o Edema pulmonar agudo cardiogénico o Shock cardiogénico o Arritmias 2. Criterios de Egreso: - Pacientes estables que no requieren monitorización ni cuidados intensivos - Pacientes sin respuesta a tratamiento y nuevas intervenciones no mejorarán su condición - Fallecimiento					

Nombre del documento III: Instructivo Criterios de Ingreso y Egreso Unidad de Paciente Crítico Pediátrico					
N° Resolución: 0142 del 09/01/2014	Versión:01			Fecha: Diciembre 2013	
Elaborado por: Dra. Pamela Schellman, Jefe UCI Pediátrica		Aprobado por: Dr. Juan Matattall Lankin, Director Hospital Regional Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años			N° páginas: 8	
Incluye (Si/No)	1. Criterios de ingreso a UPC	Si	2. Criterios de egreso de UPC		Si
Responsable de la aplicación: Si					
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Instructivo Criterios de Ingreso y Egreso Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, código IT-UPCP-01, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes que requieran monitorización continua o manejo con apoyo intensivo y a los médicos y personal de enfermería de la Unidad. Los responsables de su cumplimiento y aplicación son: Médico tratante Unidad de origen, Médico de continuidad UPC, Médico residente UPC y Enfermeras clínicas de Unidad de origen y UPC. En Anexo N° 1 se detallan los criterios de ingreso a UPC Pediátrica: 1. Criterios de Ingreso a Cuidado Intensivo: - Pacientes agudos inestables, que requieran ventilación mecánica, monitorización hemodinámica, drogas vasoactivas - Pacientes en riesgo de inestabilidad hemodinámica - Pacientes con enfermedad crónica con complicación aguda reversible. 2. Criterios de Ingreso a Cuidado Intermedio, entre ellos: - Pacientes con enfermedades agudas o crónicas reagudizadas que requieran monitorización continua y cuidados de mediana complejidad - Pacientes post operados de mediana complejidad - Pacientes que han superado el periodo crítico - Pacientes con apoyo de ventilación mecánica mínima o no invasiva En Anexo N° 2 se detallan los criterios de egreso de UPC Pediátrica: 1. Criterios de Egreso desde una cama de Cuidado Intensivo: - Pacientes con estabilidad clínica sin apoyo intensivo idealmente al menos 24 horas - Pacientes cuya evolución no tenga beneficio o recuperación con terapia intensiva. 2. Criterios de Egreso desde una cama de Cuidado Intermedio, entre ellos: - Paciente con condición aguda que motivó ingreso resuelta - Pacientes con necesidad crónica de ventilación mecánica que pueda ser manejada en domicilio. - Niños con traqueostomía estable.					

Nombre del documento IV: Instructivo Criterios de Ingreso y Egreso Unidad de Paciente Critico Neonatal			
N° Resolución: 14463 del 03/12/2013	Versión:01		Fecha: Marzo 2013
Elaborado por:		Aprobado por:	

Roxana Maldonado C., Matrona Supervisora Dra. Olga Cerda Médico Jefe Unidad Paciente Crítico Neonatológico			Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta.		
Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 3 años		N° páginas: 17	
Incluye (Si/No)	1. Criterios de ingreso a UPC	Si	2. Criterios de egreso de UPC	Si	
Responsable de la aplicación: Si					

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Instructivo Criterios de Ingreso y Egreso Unidad de Paciente Critico Neonatal, código IT-NEO-01, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todo recién nacido que se admita en la Unidad. Los responsables de su cumplimiento y aplicación son: Médico residente, Médico Jefe UPC Neonatal, Médico Jefe Neonatología, Médico tratante, Matrona o Enfermeras clínica, Técnico paramédico.
En Anexo N° 1 se detallan los criterios de ingreso y egreso a UCI Neonatal

1. Criterios de Ingreso, entre otros:
   - Recién nacido que requiere oxigenoterapia con FIO 2 mayor de 0.40 o inestable en ascenso
   - Recién nacido que requiere ventilación mecánica o CPAP
   - Recién nacido con inestabilidad cardo – circulatoria
   - Recién nacido con peso inferior a 1000 gramos
   - Recien Nacido con crisis convulsiva en etapa aguda
   - Recién nacido con Sepsias o meningitis bacteriana
2. Criterios de Egreso, entre otros:
   - Recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica sin convulsiones
   - Recién nacido con infección controlada, hemodinamia estable, sin drogas vasoactivas.
   - Recién nacido sin apneas por más de 48 horas.

En Anexo N° 2 se detallan los criterios de ingreso y egreso a "TIM" (Intermedio) Neonatal

3. Criterios de Ingreso, entre otros:
   - Requerimiento de oxigenoterapia con FIO 2 menor de 0.40
   - Requerimiento de incubadora o cuna calefaccionada
   - Necesidad de monitoreo cardíaco y/o respiratorio y/o saturación
4. Criterios de Egreso, entre otros:
   - Paciente estabilizado sin dificultad respiratoria y sin oxígeno adicional
   - Paciente que ha completado peso y puede retirarse de incubadora
   - Recién nacido prematuro "en engorda", estabilizado, con alimentación enteral completa.

Se constata documento descrito en los siguientes puntos de verificación:

Dirección	PQ	UPC Ad	UPC Ped.	UPC Neo.	Med.	Ped.	URG.
Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si

Observaciones:
Los documentos descritos en cuadros precedentes se constatan en las Unidades Clínicas que conforman los puntos de verificación a los que aplica el elemento medible, con la siguiente distribución:

1. Documento "Procedimiento Ingreso y Egreso de Pacientes a la Unidad de Paciente Crítico Adulto", constatado en:
   - PQ: Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular
   - UPC Ad: UCI Adulto, UTI MQ y UCI Coronaria.
   - Med: Servicio de Medicina, Pensionado Médico-Quirúrgico y UAPP (Unidad Atención Paciente Progresivo).
   - URG: Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco–Obstétrica.
2. Documento "Protocolo Criterios de Ingreso y Egreso de Pacientes Adultos a UCI Coronaria", constatado en:
   - PQ: Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular
   - UPC Ad: UCI Coronaria.
   - Med: Servicio de Medicina, Pensionado Médico-Quirúrgico y UAPP (Unidad Atención Paciente Progresivo).
   - URG: Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco–Obstétrica.
3. Documento "Instructivo Criterios de Ingreso y Egreso Unidad de Paciente Crítico Pediátrico", constatado en:
   - PQ: Pabellón Central
   - UPC Ped: UCI y TIM Pediátrico.
   - Ped.: Servicio de Pediatría.
   - URG: Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica
4. Documento "Instructivo Criterios de Ingreso y Egreso Unidad de Paciente Critico Neonatal", constatado en:
   - PQ: Pabellón Central y Pabellón Maternidad
   - UPC Neo: UCI-UTI Neonatología.
   - URG: Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco–Obstétrica.

CARACTERÍSTICA GCL 1.5 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección	PQ	UPC Ad	UPC Ped.	UPC Neo.	Med.	Ped.	URG.
1° elemento medible	1	1	0	1	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 7/8			Porcentaje obtenido:88%			Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA GCL 1.6 /HALLAZGOS

GCL 1.6 – Primer elemento medible: Se describen en un documento de carácter institucional los criterios de indicación de cesárea y se han definido los responsables de su aplicación.

Obstetricia-Ginecología					
Nombre del documento	Procedimiento " Criterios de Indicación Médica de Cesárea"				
N° Resolución: 4292 Código: PO- GYO-03	Versión: 02	Fecha Resolución:23 Mayo 2015 Fecha documento: Mayo 2015			
Elaborado por: Isabel Alfaro Bacovich, Matrona Supervisora (S)- Dayanna Hernández G, Matrona Supervisora		Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N, Director (S) Hospital Regional Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años		N° páginas: 9		
Define (Si/No)	1. Criterios de indicación de cesárea	Si	2. Responsable de la aplicación	Si	
Observaciones: Documento "Criterios de Indicación Médica de Cesárea", contiene objetivo y alcance. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe el estamento médico y la responsabilidad que le corresponde: Médico Jefe de Unidad Asistencial es quien supervisa y evalúa el cumplimiento de los criterios establecidos en el procedimiento y el Médico tratante es quien cumple con lo establecido en el procedimiento. En el punto 7 denominado "Descripción del Procedimiento", incluye en el punto 7.1 "Indicación de la operación cesárea", la clasificación y descripción, por las siguientes causas: - Causas Fetal. - Causa Ovular. - Causas Maternas. En el punto 7.2 denominado "Indicaciones de Cesárea", establece que éstas deben realizarse de acuerdo a la situación clínica obstétrica-perinatal de cada caso clínico, detalla listado de situaciones. En el punto 7.3 denominado "Indicaciones Estandarizadas de Cesárea", incluye en el punto 7.3.1 denominado "Cesáreas de urgencias", describe por grupo del 1 al 5 las condiciones asociadas a dicha indicación. En el punto 7.3.2 denominado "Cesáreas Programadas", incluye listado de condiciones asociadas a dicha indicación.				

GCL 1.6 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

Obstetricia-Ginecología	
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes operadas de cesáreas, en el Servicio de Obstetricia y Ginecología que cumplen el criterio de Indicación de cesárea según protocolo definido
Fórmula matemática	N° de pacientes operadas de cesárea que cumplen criterios de indicación, según protocolo x 100 N° total de pacientes operadas de cesárea.
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 1.6 – Tercer elemento medible: Se verifica constancia de evaluación periódica

Obstetricia-Ginecología						
Nombre documento	Informe de Evaluación Periódica del Indicador					
Responsable medición	Matrona de puerperio quirúrgico aplica las pautas Matrona Supervisora tabula las pautas					
Información primaria	Ficha clínica del paciente					
Información secundaria	Pautas de supervisión					
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015					
Metodología de medición	Prestador declara que el Dpto. de Calidad determinó realizar 20 pautas de supervisión mensual para el Indicador. Randomiza los días y las camas, aplica las pautas a dichas fichas clínicas y completa hasta las 20 solicitadas por el Dpto. de Calidad.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Obst-gine						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Obst-gine						
Describir constatación**:** Se selecciona el periodo 3er Trimestre 2015 (Julio – Agosto - Septiembre), del periodo de retrospectividad evaluado, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. Se selecciona por muestreo sistematizado (60/30= 2) desde la pauta número 2 del mes de Julio hasta completar 30. Dado que las 7 primeras cumplen con los criterios establecidos en el indicador (7/7=100%), se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.						
Mes /Año	3er Trimestre 2015 (Julio – Agosto – Septiembre)					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA GCL 1-6 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Obstetricia Ginecología	1° EM: 1	2° EM:1	3° EM:1

Umbral de la característica:≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA GCL 1.7 / HALLAZGOS

GCL 1.7 Primer elemento medible: Se describen en un documento de carácter institucional los criterios de indicación médica de transfusión, considerando tipo de hemocomponentes y número de unidades.

Dirección Médica y/o Gerencia del Prestador						
Nombre del documento: "Procedimiento Indicación de Transfusión"						
N° Resolución: 3891 Código: PO- UMT-01	Versión: 01		Fecha RESOLUCIÓN : 7 Mayo 2013 Fecha documento: Mayo 2013			
Elaborado por: Dra. Natalia Valenzuela S - TM. Ana María Cuellar A. No consigna cargo.		Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L, Director Hospital Dr. Leonardo Guzmán – Antofagasta.				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 4 años		N° páginas: 29			
Considera (Si/No)	1. Criterios de indicación médica	Si	2. Tipo de hemocomponentes	Si	3. N° de unidades	Si
Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación:						
Dirección	PQ	UPC Ad	APD	URG	APQ	
Si	Si	Si	Si	Si	Si	

Observaciones:
Documento "Procedimiento Indicación de Transfusión", contiene un único Objetivo, alcance y definiciones. En el punto 4. "Responsabilidades", describe las responsabilidades de las siguientes áreas y estamentos:

- Comité de Medicina Transfusional.
- UMT.
- Médico tratante.
- Enfermera o Matrona de las Unidades Clínicas y de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.
- Tecnólogo médico de la "UMT".

En el punto 7. "Descripción del Proceso", punto 7.1. "Solicitud de Hemocomponentes", describe explícitamente que debe ser realizada por el Médico Tratante, Quien evalúa, decide la indicación de transfusión, informa al paciente, obtiene el consentimiento informado, registra en formulario de solicitud de dosis, tipo de hemocomponentes y oportunidad de la transfusión. En el punto 7.1.6. "Solicitud de hemocomponentes en situaciones de emergencia", describe la forma de realizar la solicitud con carácter de "EMERGENCIA". En el punto 7.1.7. "Solicitud de hemocomponentes desde pabellón" describe el requerimiento de muestras para dicha solicitud y los registros a realizar. En el punto 7.1.7.2. Pacientes no programados en tabla quirúrgica", indica que la solicitud es telefónica, en conjunto con el envío de la solicitud y muestra del paciente.
En el punto 8. "Anexos" incluye Anexo 1: Indicación de Hemocomponentes y Anexo 2: Indicador Pertinencia de la Solicitud de Transfusión según tipo de Hemocomponentes y Número de Unidades.
En el Anexo 1. Indicación de Transfusión de Hemocomponentes, detalla por tipo de hemocomponente los criterios de indicación y rendimiento:

a. Indicación de Transfusión de Glóbulos Rojos", contiene los siguientes puntos, entre otros:
   1. Rendimiento por unidades de concentrado de glóbulos rojos transfundido y nivel de hematocrito y hemoglobina, describe de forma explícita que una unidad de Glóbulos Rojos eleva la Hemoglobina en 1 g/dl y el Hematocrito en 3 a 4 puntos porcentuales.
   2. Cuadro con la siguiente información: volumen por unidad, conservación, dosis para adulto que corresponderá una unidad de hematíes que eleva la hemoglobina en 1 g/dl y para niños, en 10 – 20 ml/Kg, duración de la transfusión y velocidad de transfusión.
   3. Indicación: contiene listado con las condiciones médicas para transfusión:
      - Anemia en adulto.
      - Pacientes con indicación quirúrgica y anemia.
      - Anemia en la embarazada.
      - Anemia crónica.
      - Pacientes oncológicos.
      - Pacientes pediátricos, Neonatos y lactantes menores de 4 meses vida.
      - Pacientes pediátricos. Niños mayores de 4 meses vida.
      - Pérdida aguda de sangre.

b. Indicaciones de Transfusión de Plaquetas, contiene los siguientes puntos, entre otros:
   1. Rendimiento según Unidades plaquetarias.
   2. Dosis para adulto, calculado por 1 concentrado por cada 10 kilos (5 a 6 unidades) y pacientes pediátricos y neonatos, calculado por peso de 15ml/kg o 1 unidad por cada 5 -10 kg. Con la recomendación de no transfundir más de 6 unidades por día, duración y velocidad de transfusión.
   3. Indicación: Incluye listado de condiciones de:
      - Neonatos menores de 1 mes o prematuros menores de 4 meses de edad gestacional corregida.
      - Pacientes lactantes y adulto; con trombocitopenia o disfunción plaquetaria.

c. Indicaciones de Plasma Fresco Congelado, contiene los siguientes puntos:
   1. Rendimiento según dosis.
   2. Dosis para adulto y pacientes pediátricos, calculadas por peso, 10-20 ml/kg peso, en caso de neutralizar el efecto de anticoagulantes orales la recomendación es ajustar la dosis a 5-8 ml/kg peso, duración y velocidad de transfusión.
   3. Indicación: Describe las condiciones específicas de indicación y las situaciones asociadas con hemorragia grave y alteraciones de las pruebas de coagulación.

d. Indicación de Crioprecipitados, contiene los siguientes puntos:
   1. Rendimiento según dosis.
   2. Dosis para adulto y pacientes pediátricos, calculada por peso, 1 unidad por cada 10 kg inicialmente y seguir según evolución, duración y velocidad de transfusión.

3. Indicación: Describe las situaciones puntuales de indicación.

El documento se constata en los siguientes servicios clínicos que conforman los puntos de verificación a los que aplica el elemento medible, con la siguiente distribución:

- PQ: Pabellón Central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad.
- UPC Ad: UCI adulto, UTI MQ y UCI Coronaria.
- APD
- Urgencia: Emergencia Adulto, Pediátrica y Emergencia Gíneco - Obstétrica.
- APQ: Quimioterapia Adulto y Quimioterapia Infantil.

GCL 1.7 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

PQ: Pabellón Central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad		
Nombre del indicador	Pertinencia de la Solicitud de Transfusión según tipo de Hemocomponentes y Número de Unidades	
Fórmula matemática	(N° de Solicitudes de transfusión pertinentes / N° de solicitudes de transfusión en un trimestre) x 100	
Umbral de cumplimiento: 80%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad: UCI adulto, UTI MQ y UCI Coronaria		
Nombre del indicador	Pertinencia de la Solicitud de Transfusión según tipo de Hemocomponentes y Número de Unidades	
Fórmula matemática	(N° de Solicitudes de transfusión pertinentes / N° de solicitudes de transfusión en un trimestre) x 100	
Umbral de cumplimiento: 80%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
APD		
Nombre del indicador	Pertinencia de la Solicitud de Transfusión según tipo de Hemocomponentes y Número de Unidades	
Fórmula matemática	(N° de Solicitudes de transfusión pertinentes / N° de solicitudes de transfusión en un trimestre) x 100	
Umbral de cumplimiento: 80%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
URG: Emergencia Adulto, Pediátrica y Emergencia Gíneco – Obstétrica		
Nombre del indicador	Pertinencia de la Solicitud de Transfusión según tipo de Hemocomponentes y Número de Unidades	
Fórmula matemática	(N° de Solicitudes de transfusión pertinentes / N° de solicitudes de transfusión en un trimestre) x 100	
Umbral de cumplimiento: 80%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
APQ: Quimioterapia Adulto y Quimioterapia Infantil		
Nombre del indicador	Pertinencia de la Solicitud de Transfusión según tipo de Hemocomponentes y Número de Unidades	
Fórmula matemática	(N° de Solicitudes de transfusión pertinentes / N° de solicitudes de transfusión en un trimestre) x 100	
Umbral de cumplimiento: 80%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 1.7 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

PQ: Pabellón Central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad	
Nombre documento	Memorando de Indicador Característica GCL 1.7. Resultado de Medición del Indicador pertinencia de transfusión emitido por Banco de Sangre.
Responsable medición	Jefe Banco de Sangre
Fuente primaria	Solicitud de Transfusión
Fuente secundaria	Planilla de reporte con causa de no pertinencia por pacientes
Periodo evaluado	2° y 3er Trimestre 2015
Metodología de medición	La Médico Jefe de Banco de sangre revisa el universo de las solicitudes de Transfusión de Glóbulos Rojos, Plaquetas y Plasma Fresco congelado enviadas desde las Unidades Clínicas de Pabellón Central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad, chequeando se cumplan los criterios de pertinencia de la indicación de transfusión de acuerdo a lo establecido en el procedimiento institucional. Consigna "Ok" en la solicitud si cumple los criterios y en aquellas que no cumplen escribe en la solicitud la causa de la no pertinencia. La secretaria de Banco de Sangre es la encargada de tabular las solicitudes antes descritas y transcribir las causas de no pertinencia descritas en la solicitud. El informe es enviado a los Jefes de las Unidades Clínicas trimestralmente, aprobado por la Jefa de Banco Sangre y considera: el resultado cuantitativo del indicador por hemocomponente y Unidad, el análisis global de los incumplimientos por Unidad junto a las recomendaciones clínicas que permiten evitar su recurrencia y una nómina con el detalle de las solicitudes no pertinentes que incluye la Unidad, el médico y la fecha de la solicitud, el nombre del paciente, el tipo de hemocomponente solicitado, la causa de la indicación y la causa de la no pertinencia de la solicitud.
UPC Ad: UCI adulto, UTI MQ y UCI Coronaria	
Nombre documento	Memorando de Indicador Característica GCL 1.7. Resultado de Medición del Indicador pertinencia de transfusión emitido por Banco de Sangre.
Responsable medición	Jefe Banco de Sangre
Fuente primaria	Solicitud de Transfusión
Fuente secundaria	Planilla de reporte con causa de no pertinencia por pacientes
Periodo evaluado	2° y 3er Trimestre 2015
Metodología de medición	La Médico Jefe de Banco de sangre revisa el universo de las solicitudes de Transfusión de Glóbulos Rojos, Plaquetas y Plasma Fresco congelado enviadas desde las Unidades Clínicas de UCI adulto, UTI MQ y UCI Coronaria, chequeando se cumplan los criterios de pertinencia de la indicación de

	transfusión de acuerdo a lo establecido en el procedimiento institucional. Consigna "Ok" en la solicitud si cumple los criterios y en aquellas que no cumplen escribe en la solicitud la causa de la no pertinencia. La secretaria de Banco de Sangre es la encargada de tabular las solicitudes antes descritas y transcribir las causas de no pertinencia descritas en la solicitud. El informe es enviado a los Jefes de las Unidades Clínicas trimestralmente, aprobado por la Jefa de Banco Sangre y considera: el resultado cuantitativo del indicador por hemocomponente y Unidad, el análisis global de los incumplimientos por Unidad junto a las recomendaciones clínicas que permiten evitar su recurrencia y una nómina con el detalle de las solicitudes no pertinentes que incluye la Unidad, el médico y la fecha de la solicitud, el nombre del paciente, el tipo de hemocomponente solicitado, la causa de la indicación y la causa de la no pertinencia de la solicitud.
APD	
Nombre documento	Memorando de Indicador Característica GCL 1.7. Resultado de Medición del Indicador pertinencia de transfusión emitido por Banco de Sangre.
Responsable medición	Jefe Banco de Sangre
Fuente primaria	Solicitud de Transfusión
Fuente secundaria	Planilla de reporte con causa de no pertinencia por pacientes
Periodo evaluado	2° y 3er Trimestre 2015
Metodología de medición	La Médico Jefe de Banco de sangre revisa el universo de las solicitudes de Transfusión de Glóbulos Rojos, Plaquetas y Plasma Fresco congelado enviadas desde la Unidad, chequeando se cumplan los criterios de pertinencia de la indicación de transfusión de acuerdo a lo establecido en el procedimiento institucional. Consigna "Ok" en la solicitud si cumple los criterios y en aquellas que no cumplen escribe en la solicitud la causa de la no pertinencia. La secretaria de Banco de Sangre es la encargada de tabular las solicitudes antes descritas y transcribir las causas de no pertinencia descritas en la solicitud. El informe es enviado a los Jefes de las Unidades Clínicas trimestralmente, aprobado por la Jefa de Banco Sangre y considera: el resultado cuantitativo del indicador por hemocomponente y Unidad, el análisis global de los incumplimientos por Unidad junto a las recomendaciones clínicas que permiten evitar su recurrencia y una nómina con el detalle de las solicitudes no pertinentes que incluye la Unidad, el médico y la fecha de la solicitud, el nombre del paciente, el tipo de hemocomponente solicitado, la causa de la indicación y la causa de la no pertinencia de la solicitud.
URG: Emergencia Adulto, Pediátrica y Emergencia Gíneco – Obstétrica	
Nombre documento	Memorando de Indicador Característica GCL 1.7. Resultado de Medición del Indicador pertinencia de transfusión emitido por Banco de Sangre.
Responsable medición	Jefe Banco de Sangre
Fuente primaria	Solicitud de Transfusión
Fuente secundaria	Planilla de reporte con causa de no pertinencia por pacientes
Periodo evaluado	2° y 3er Trimestre 2015
Metodología de medición	La Médico Jefe de Banco de sangre revisa el universo de las solicitudes de Transfusión de Glóbulos Rojos, Plaquetas y Plasma Fresco congelado enviadas desde las Unidades Clínicas de Emergencia Adulto, Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica, chequeando se cumplan los criterios de pertinencia de la indicación de transfusión de acuerdo a lo establecido en el procedimiento institucional. Consigna "Ok" en la solicitud si cumple los criterios y en aquellas que no cumplen escribe en la solicitud la causa de la no pertinencia. La secretaria de Banco de Sangre es la encargada de tabular las solicitudes antes descritas y transcribir las causas de no pertinencia descritas en la solicitud. El informe es enviado a los Jefes de las Unidades Clínicas trimestralmente, aprobado por la Jefa de Banco Sangre y considera: el resultado cuantitativo del indicador por hemocomponente y Unidad, el análisis global de los incumplimientos por Unidad junto a las recomendaciones clínicas que permiten evitar su recurrencia y una nómina con el detalle de las solicitudes no pertinentes que incluye la Unidad, el médico y la fecha de la solicitud, el nombre del paciente, el tipo de hemocomponente solicitado, la causa de la indicación y la causa de la no pertinencia de la solicitud.
APQ: Quimioterapia Adulto y Quimioterapia Infantil	
Nombre documento	Memorando de Indicador Característica GCL 1.7. Resultado de Medición del Indicador pertinencia de transfusión emitido por Banco de Sangre.
Responsable medición	Jefe Banco de Sangre
Fuente primaria	Solicitud de Transfusión
Fuente secundaria	Planilla de reporte con causa de no pertinencia por pacientes
Periodo evaluado	2° y 3er Trimestre 2015
Metodología de medición	La Médico Jefe de Banco de sangre revisa el universo de las solicitudes de Transfusión de Glóbulos Rojos, Plaquetas y Plasma Fresco congelado enviadas desde las Unidades Clínicas de Quimioterapia Adulto y Quimioterapia Infantil, chequeando se cumplan los criterios de pertinencia de la indicación de transfusión de acuerdo a lo establecido en el procedimiento institucional. Consigna "Ok" en la solicitud si cumple los criterios y en aquellas que no cumplen escribe en la solicitud la causa de la no pertinencia. La secretaria de Banco de Sangre es la encargada de tabular las solicitudes antes descritas y transcribir las causas de no pertinencia descritas en la solicitud. El informe es enviado a los Jefes de las Unidades Clínicas trimestralmente, aprobado por la Jefa de Banco Sangre y considera: el resultado cuantitativo del indicador por hemocomponente y Unidad, el análisis global de los incumplimientos por Unidad junto a las recomendaciones clínicas que permiten evitar su recurrencia y una nómina con el detalle de las solicitudes no pertinentes que incluye la Unidad, el médico y la fecha de la solicitud, el nombre del paciente, el tipo de hemocomponente solicitado, la causa de la indicación y la causa de la no pertinencia de la solicitud.
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Central (Glóbulos Rojos)	

Mes /Año	2° Trimestre 2015 Abril- Mayo – Junio	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas /	26	102				
N° Total Pautas	40	109				
% Cumplimiento	65%	93,6%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Central (Glóbulos Rojos)

Describir constatación**:**

Debido a que el indicador es centralizado, la constatación se realiza en Banco de Sangre. Se deja constancia que al momento de la visita la evaluadora identifica que se comete un error al transcribir los datos del numerador y denominador del indicador, ya que se transcribe el número de unidades contenidas en la solicitud no pertinente y no el número de solicitudes como indica la fórmula del indicador.

Dado que la evaluadora tiene la convicción de que el prestador realiza la evaluación periódica de acuerdo al procedimiento institucional e informa los incumplimientos a las Unidades Clínicas, previa consulta a la Intendencia de Prestadores (Consulta registro N° 2045-2015) se procede a la constatación del cumplimiento de lo reportado por el Prestador utilizando el informe de no pertinencia por paciente y Unidad, enviado a los servicios junto con los resultados cuantitativos.

Se selecciona el 3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto-Septiembre) por contener 3 meses del periodo de retrospectividad evaluado. Siendo el total de solicitudes no pertinentes informadas 6, se procede a la constatación. Por muestreo sistematizado aplicado a las 61 solicitudes encontradas se toma una muestra de 30 solicitudes de transfusión de Glóbulos Rojos, considerando los números pares se selecciona 1 de cada 2 solicitudes (61/30=2). Se revisan las siete primeras solicitudes y dado que la séptima no cumple, se procede a revisar el total de la muestra.

Se constata que 24 solicitudes de transfusión se encuentran clasificadas como pertinentes y 6 como no pertinentes (24/30=80%), existiendo consistencia entre el informe por paciente y unidad reportado por el prestador y lo constatado por la evaluadora.

Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.

Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas /	24					
N° Total Pautas	30					
% Cumplimiento	80%					

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Maternidad (Glóbulos Rojos)

Mes /Año	2° Trimestre 2015 Abril- Mayo – Junio	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas /	7	41				
N° Total Pautas	9	48				
% Cumplimiento	77,8%	85,4%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Maternidad (Glóbulos Rojos)

Describir constatación**:**

Debido a que el indicador es centralizado la constatación se realiza en Banco de Sangre, se deja constancia que al momento de la visita la evaluadora identifica que se comete un error al transcribir los datos del numerador y denominador del indicador, ya que se transcribe el número de unidades contenidas en la solicitud no pertinente y no el número de solicitudes como indica la fórmula del indicador.

Dado que la evaluadora tiene la convicción de que el prestador realiza la evaluación periódica de acuerdo al procedimiento institucional e informa los incumplimientos a las Unidades Clínicas, previa consulta a la Intendencia de Prestadores (Consulta registro N° 2045-2015) se procede a la constatación del cumplimiento de lo reportado por el Prestador utilizando el informe de no pertinencia por paciente y Unidad, enviado a los servicios junto con los resultados cuantitativos.

Se selecciona el 3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto-Septiembre) por contener 3 meses del periodo de retrospectividad evaluado. Siendo el total de solicitudes no pertinentes informadas 4, se procede a la constatación. Se realiza revisión de 19 solicitudes de Transfusión de Glóbulos Rojos, correspondiente a la totalidad de las solicitudes del periodo encontradas.

Se constata que 14 solicitudes de transfusión se encuentran clasificadas como pertinentes y 5 como no pertinentes (14/19=74%), existiendo inconsistencia entre el informe por paciente y unidad reportado por el prestador y lo constatado por la evaluadora.

Se da por no cumplido el elemento medible

Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas /	14					
N° Total Pautas	19					
% Cumplimiento	74%					

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Cardiovascular (Glóbulos Rojos)

Mes /Año	2° Trimestre 2015	3er Trimestre 2015				

	Abril- Mayo – Junio	Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas /	8	21				
N° Total Pautas	17	61				
% Cumplimiento	47,1%	34,4%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Cardiovascular (Glóbulos Rojos)

Describir constatación**:**
Debido a que el indicador es centralizado la constatación se realiza en Banco de Sangre, se deja constancia que al momento de la visita la evaluadora identifica que se comete un error al transcribir los datos del numerador y denominador del indicador, ya que se transcribe el número de unidades contenidas en la solicitud no pertinente y no el número de solicitudes como indica la fórmula del indicador.
Dado que la evaluadora tiene la convicción de que el prestador realiza la evaluación periódica de acuerdo al procedimiento institucional e informa los incumplimientos a las Unidades Clínicas, previa consulta a la Intendencia de Prestadores (Consulta registro N° 2045-2015) se procede a la constatación del cumplimiento de lo reportado por el Prestador utilizando el informe de no pertinencia por paciente y Unidad, enviado a los servicios junto con los resultados cuantitativos.
Se selecciona el 3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto-Septiembre) por contener 3 meses del periodo de retrospectividad evaluado. Siendo el total de solicitudes no pertinentes informadas 21, se procede a la constatación. Se realiza revisión de 28 solicitudes de Transfusión de Glóbulos Rojos, correspondiente a la totalidad de las solicitudes del periodo encontradas.
Se constata que 4 solicitudes de transfusión se encuentran clasificadas como pertinentes y 24 como no pertinentes (4/28=14%), existiendo inconsistencia entre el informe por paciente y unidad reportado por el prestador y lo constatado por la evaluadora.
Se da por no cumplido el elemento medible.

Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas /	4					
N° Total Pautas	28					
% Cumplimiento	14%					

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UCI adulto (Glóbulos Rojos)

Mes /Año	2° Trimestre 2015 Abril- Mayo – Junio	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas /	44	102				
N° Total Pautas	47	107				
% Cumplimiento	93,6%	95,3%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UCI adulto (Glóbulos Rojos)

Describir constatación**:**
Debido a que el indicador es centralizado la constatación se realiza en Banco de Sangre, se deja constancia que al momento de la visita la evaluadora identifica que se comete un error al transcribir los datos del numerador y denominador del indicador, ya que se transcribe el número de unidades contenidas en la solicitud no pertinente y no el número de solicitudes como indica la fórmula del indicador.
Dado que la evaluadora tiene la convicción de que el prestador realiza la evaluación periódica de acuerdo al procedimiento institucional e informa los incumplimientos a las Unidades Clínicas, previa consulta a la Intendencia de Prestadores (Consulta registro N° 2045-2015) se procede a la constatación del cumplimiento de lo reportado por el Prestador utilizando el informe de no pertinencia por paciente y Unidad, enviado a los servicios junto con los resultados cuantitativos.
Se selecciona el 3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto-Septiembre) por contener 3 meses del periodo de retrospectividad evaluado. Siendo el total de solicitudes no pertinentes informadas 4, se procede a la constatación. Por muestreo sistematizado aplicado a las 60 solicitudes encontradas se toma una muestra de 30 solicitudes de transfusión de Glóbulos Rojos, considerando los números impares se selecciona 1 de cada 2 solicitudes (60/30=2).
Se revisan las siete primeras solicitudes existiendo cumplimiento de todas ellas (7/7=100%). Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.

Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UTI MQ (Glóbulos Rojos)

Mes /Año	2° Trimestre 2015 Abril- Mayo – Junio	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas /	82	207				

N° Total Pautas	86	210				
% Cumplimiento	95,3%	98,6%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UTI MQ (Glóbulos Rojos)

Describir constatación**:**
Debido a que el indicador es centralizado la constatación se realiza en Banco de Sangre, se deja constancia que al momento de la visita la evaluadora identifica que se comete un error al transcribir los datos del numerador y denominador del indicador, ya que se transcribe el número de unidades contenidas en la solicitud no pertinente y no el número de solicitudes como indica la fórmula del indicador.
Dado que la evaluadora tiene la convicción de que el prestador realiza la evaluación periódica de acuerdo al procedimiento institucional e informa los incumplimientos a las Unidades Clínicas, previa consulta a la Intendencia de Prestadores (Consulta registro N° 2045-2015) se procede a la constatación del cumplimiento de lo reportado por el Prestador utilizando el informe de no pertinencia por paciente y Unidad, enviado a los servicios junto con los resultados cuantitativos.
Se selecciona el 3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto-Septiembre) por contener 3 meses del periodo de retrospectividad evaluado. Siendo el total de solicitudes no pertinentes informadas 8, se procede a la constatación. Por muestreo sistematizado aplicado a las 122 solicitudes encontradas se toma una muestra de 30 solicitudes de transfusión de Glóbulos Rojos, considerando los números pares se selecciona 1 de cada 4 solicitudes (122/30=4).
Se revisan las siete primeras solicitudes existiendo cumplimiento de todas ellas (7/7=100%). Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.

Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UCI Coronaria (Glóbulos Rojos)

Mes /Año	2° Trimestre 2015 Abril- Mayo – Junio	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	24 / 26	59 / 67				
% Cumplimiento	92,3%	88,1%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UCI Coronaria (Glóbulos Rojos)

Describir constatación**:**
Debido a que el indicador es centralizado la constatación se realiza en Banco de Sangre, se deja constancia que al momento de la visita la evaluadora identifica que se comete un error al transcribir los datos del numerador y denominador del indicador, ya que se transcribe el número de unidades contenidas en la solicitud no pertinente y no el número de solicitudes como indica la fórmula del indicador.
Dado que la evaluadora tiene la convicción de que el prestador realiza la evaluación periódica de acuerdo al procedimiento institucional e informa los incumplimientos a las Unidades Clínicas, previa consulta a la Intendencia de Prestadores (Consulta registro N° 2045-2015) se procede a la constatación del cumplimiento de lo reportado por el Prestador utilizando el informe de no pertinencia por paciente y Unidad, enviado a los servicios junto con los resultados cuantitativos.
Se selecciona el 3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto-Septiembre) por contener 3 meses del periodo de retrospectividad evaluado. Siendo el total de solicitudes no pertinentes informadas 3, se procede a la constatación. Por muestreo sistematizado aplicado a las 32 solicitudes encontradas, se toma una muestra de 30 solicitudes de transfusión de Glóbulos Rojos, en forma correlativa desde la 1 (32/30=1). Se revisan las siete primeras solicitudes y dado que la séptima no cumple, se procede a revisar el total de la muestra.
Se constata que 27 solicitudes de transfusión se encuentran clasificadas como pertinentes y 3 como no pertinentes (27/30=90%), existiendo consistencia entre el informe por paciente y unidad reportado por el prestador y lo constatado por la evaluadora.
Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.

Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	27 / 30					
% Cumplimiento	90%					

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en APD (Glóbulos Rojos)

Mes /Año	2° Trimestre 2015 Abril- Mayo – Junio	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas /	14	136				

N° Total Pautas	14	136				
% Cumplimiento	100%	100%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APD (Glóbulos Rojos)

Describir constatación**:**
Debido a que el indicador es centralizado la constatación se realiza en Banco de Sangre, se deja constancia que al momento de la visita la evaluadora identifica que se comete un error al transcribir los datos del numerador y denominador del indicador, ya que se transcribe el número de unidades contenidas en la solicitud no pertinente y no el número de solicitudes como indica la fórmula del indicador.
Dado que la evaluadora tiene la convicción de que el prestador realiza la evaluación periódica de acuerdo al procedimiento institucional e informa los incumplimientos a las Unidades Clínicas, previa consulta a la Intendencia de Prestadores (Consulta registro N° 2045-2015) se procede a la constatación del cumplimiento de lo reportado por el Prestador utilizando el informe de no pertinencia por paciente y Unidad, enviado a los servicios junto con los resultados cuantitativos.
Se selecciona el 3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto-Septiembre) por contener 3 meses del periodo de retrospectividad evaluado. Siendo el total de solicitudes no pertinentes informadas 1, se procede a la constatación. Se realiza revisión de 2 solicitudes de Transfusión de Glóbulos Rojos, correspondiente a la totalidad de las solicitudes del periodo encontradas.
Se constata que las 2 solicitudes de transfusión se encuentran clasificadas como pertinentes (2/2=100%), existiendo inconsistencia entre el informe por paciente y unidad reportado por el prestador y lo constatado por la evaluadora.
Se da por no cumplido el elemento medible.

Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas /	2					
N° Total Pautas	2					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG: Emergencia Adulto-Pediátrica (Glóbulos Rojos)

Mes /Año	2° Trimestre 2015 Abril- Mayo – Junio	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas /	126	242				
N° Total Pautas	142	260				
% Cumplimiento	88,7%	93,1%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG: Emergencia Adulto-Pediátrica (Glóbulos Rojos)

Describir constatación**:**
Debido a que el indicador es centralizado la constatación se realiza en Banco de Sangre, se deja constancia que al momento de la visita la evaluadora identifica que se comete un error al transcribir los datos del numerador y denominador del indicador, ya que se transcribe el número de unidades contenidas en la solicitud no pertinente y no el número de solicitudes como indica la fórmula del indicador.
Dado que la evaluadora tiene la convicción de que el prestador realiza la evaluación periódica de acuerdo al procedimiento institucional e informa los incumplimientos a las Unidades Clínicas, previa consulta a la Intendencia de Prestadores (Consulta registro N° 2045-2015) se procede a la constatación del cumplimiento de lo reportado por el Prestador utilizando el informe de no pertinencia por paciente y Unidad, enviado a los servicios junto con los resultados cuantitativos.
Se selecciona el 3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto-Septiembre) por contener 3 meses del periodo de retrospectividad evaluado. Siendo el total de solicitudes no pertinentes informadas 5, se procede a la constatación. Por muestreo sistematizado aplicado a las 126 solicitudes encontradas se toma una muestra de 30 solicitudes de transfusión de Glóbulos Rojos, considerando los números pares se selecciona 1 de cada 4 solicitudes (126/30=4).
Se revisan las siete primeras solicitudes existiendo cumplimiento de todas ellas (7/7=100%). Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.

Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG: Emergencia Gíneco-Obstétrica (Glóbulos Rojos)

Mes /Año	2° Trimestre 2015 Abril- Mayo – Junio	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas /	Sin solicitudes	Sin solicitudes				
N° Total Pautas						
% Cumplimiento	NA	NA				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG: Emergencia Gíneco-Obstétrica (Glóbulos Rojos)						
Describir constatación**:** El Prestador declara no realizar Transfusiones de Glóbulos Rojos en la Unidad. Se constata ausencia de solicitudes de transfusión de glóbulos rojos en la Unidad de Banco de Sangre para la Unidad evaluada. No aplica el elemento medible.						
Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas /	0					
N° Total Pautas	0					
% Cumplimiento	NA					
Observaciones: No aplica el elemento medible por no realizar transfusiones de glóbulos rojos en la Unidad, en el periodo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en APQ: Quimioterapia Adulto (Glóbulos Rojos)						
Mes /Año	2° Trimestre 2015 Abril- Mayo – Junio	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas /	14	54				
N° Total Pautas	16	55				
% Cumplimiento	87,2%	98,2%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APQ: Quimioterapia Adulto (Glóbulos Rojos)						
Describir constatación**:** Debido a que el indicador es centralizado la constatación se realiza en Banco de Sangre, se deja constancia que al momento de la visita la evaluadora identifica que se comete un error al transcribir los datos del numerador y denominador del indicador, ya que se transcribe el número de unidades contenidas en la solicitud no pertinente y no el número de solicitudes como indica la fórmula del indicador. Dado que la evaluadora tiene la convicción de que el prestador realiza la evaluación periódica de acuerdo al procedimiento institucional e informa los incumplimientos a las Unidades Clínicas, previa consulta a la Intendencia de Prestadores (Consulta registro N° 2045-2015) se procede a la constatación del cumplimiento de lo reportado por el Prestador utilizando el informe de no pertinencia por paciente y Unidad, enviado a los servicios junto con los resultados cuantitativos. Se selecciona el 3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto-Septiembre) por contener 3 meses del periodo de retrospectividad evaluado. Siendo el total de solicitudes no pertinentes informadas 0, se procede a la constatación. Se realiza revisión de 25 solicitudes de Transfusión de Glóbulos Rojos, correspondiente a la totalidad de las solicitudes del periodo encontradas. Se constata que las 25 solicitudes de transfusión se encuentran clasificadas como pertinentes (25/25=100%), existiendo consistencia entre el informe por paciente y unidad reportado por el prestador y lo constatado por la evaluadora. Se da por cumplido el elemento medible.						
Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas /	25					
N° Total Pautas	25					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: Punto de verificación APQ Infantil declara no tener transfusiones de Glóbulos rojos en la unidad, se constata ausencia de solicitudes en la Unidad de Banco de Sangre.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en APQ: Quimioterapia Infantil (Glóbulos Rojos)						
Mes /Año	2° Trimestre 2015 Abril- Mayo – Junio	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas /	Sin solicitudes	Sin solicitudes				
N° Total Pautas						
% Cumplimiento	NA	NA				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APQ: Quimioterapia Infantil (Glóbulos Rojos)						
Describir constatación**:** El Prestador declara no realizar Transfusiones de Glóbulos Rojos en la Unidad. Se constata ausencia de solicitudes de transfusión de glóbulos rojos en la Unidad de Banco de Sangre para la Unidad evaluada. No aplica el elemento medible.						
Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas /	0					
N° Total Pautas	0					

% Cumplimiento	NA					
Observaciones: No aplica el elemento medible por no realizar transfusiones de glóbulos rojos en la Unidad, en el periodo.						

CARACTERÍSTICA GCL 1. 7 OBLIGATORIA/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje Asignado (1-0-NA)	Dirección	PQ	UPC Ad.	APD	URG	APQ
1° EM	1	1	1	1	1	1
2° EM		1	1	1	1	1
3° EM		0	1	0	1	1
Umbral de la característica:≥ 75%		Puntaje total: 14/16		Porcentaje obtenido: 87%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA GCL 1.8 /HALLAZGOS

GCL 1.8 – Primer elemento medible: Se constata identificación formal del Comité Oncológico Médico del que dispone, o al que puede acceder, el prestador.

Dirección o Gerencia del Prestador
Nombre del documento :Resolución Exenta N°9006 del 10/11/2015
Acción que formaliza el Comité Oncológico Médico: En Resolución tenida a la vista, la Dirección del establecimiento actualiza los integrantes de los distintos grupos de especialistas que conforman los Comités Oncológicos por especialidad. Se constata Resolución Exenta N° 2130 del 25/04/2012, dejada sin efecto por la actual, en la cual se encuentran la nómina de los integrantes previos de cada comité.
Breve descripción de la estructura organizacional del Comité Oncológico Médico: El Comité Oncológico Médico del Hospital Regional Antofagasta, funciona bajo las directrices del "Centro Oncológico Antofagasta" (COA), centro que no forma parte del actual proceso de acreditación. Está estructurado en 7 comités por especialidad, cada uno integrado por médicos de la especialidad, radioterapeuta, oncólogo y psicólogo, según se detalla: 1. Comité de Cabeza y cuello, piel y partes blandas 2. Comité Digestivos (Alto y bajo) 3. Comité Ginecológico 4. Comité de Mamas 5. Comité Neurológico 6. Comité Tórax 7. Comité Urología. Los registros y conclusiones de las reuniones de cada Comité los maneja el COA y mensualmente el médico Director del Centro le envía al Director del Hospital un informe con el número de pacientes evaluados en cada comité.

GCL 1.8 – Segundo elemento medible: Se constata registro de pacientes sometidos a dicho comité.

Dirección o Gerencia del Prestador
Constata registros: Se tienen a la vista los informes mensuales con el número de pacientes evaluados en cada comité de especialidad, enviados por el Director del Centro Oncológico Antofagasta, se detalla total pacientes período mayo-octubre por comité: - Comité de Cabeza y cuello, piel y partes blandas, 95 pacientes evaluados. - Comité Digestivos (Alto y bajo), 159 pacientes evaluados. - Comité Ginecológico, 65 pacientes evaluados. - Comité de Mamas, 134 pacientes evaluados. - Comité Neurológico, 0 pacientes evaluados. - Comité Tórax, 86 pacientes evaluados. - Comité Urológico, 127 pacientes evaluados. Se constata archivo Excel con el detalle de los pacientes evaluados por comité, que considera fecha de evaluación, nombre y 2 apellidos, edad, Rut y n° de ficha. El registro se lleva desde el año 2012.

CARACTERÍSTICA GCL 1.8 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1
Umbral de la característica:100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA GCL 1.9 /HALLAZGOS

GCL 1.9 – Primer elemento medible: Se describe en un documento el procedimiento de contención física de pacientes en agitación psicomotora que contiene la descripción explicita de las medidas de prevención para evitar los eventos adversos asociados a dicha contención y se han definido los responsables de su aplicación.

UPC Ad: UCI Adultos, UTI MQ y UCI Coronaria				
Nombre del documento: Procedimiento: "Prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora"				
Código: PO-UCSP-00	Versión:03	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 11

Elaborado por: Equipo Calidad y Seguridad del Paciente, No consigna nombres, ni cargos.			Aprobado por: Dr. Juan Pablo Matattall, Director (S) Hospital Regional Antofagasta.	
Considera (Si/No)	1. Descripción explicita de medidas de prevención para evitar los EA asociados a dicha contención			Si
Responsable de la aplicación: Si				
Breve descripción del contenido del documento: Documento Procedimiento: "Prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora", contiene objetivo y alcance. En el punto 3. "Responsabilidades", describe de forma explícita por estamentos, las acciones a realizar según responsabilidad, de la siguiente forma: - Médico: Indica la instalación y retiro de la contención. - Enfermera Supervisora: Supervisa el cumplimiento de las medidas de contención, aplica pautas de supervisión, confeccionar informe y toma medidas correctivas. - Enfermera clínica: Dirige y supervisa el procedimiento. - Técnico paramédico: Ejecuta el procedimiento. Especifica que, en caso de ausencia del Médico y/o Enfermera aplica el procedimiento. En el punto 4. "Definiciones", describe los siguientes términos: Agitación psicomotora, Contención física, Eventos adversos asociados a contención física y Paracaídas. En el punto 7. "Descripción del Proceso", describe las etapas del procedimiento, donde menciona de forma explícita en los puntos 7.8 y 7.9. Como se colocan las contenciones, como se realizan las amarras y el espacio a dejar, colocando un dedo del operador que instala la contención para evitar desplazamiento, obstrucción y compresión nerviosa, edema, hematomas, heridas abrasivas, laceraciones. En el punto 7.10 describe el lugar para amarrar las contenciones. En el punto 7.11 describe la posición de las extremidades, frecuencia de vigilancia y evaluación de pulso, temperatura, color y sensibilidad.				
Med: Servicio Medicina, UAPP y Pensionado Médico-Quirúrgico				
Nombre del documento: Procedimiento: "Prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora"				
Código: PO-UCSP-00	Versión:03	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 11
Elaborado por: Equipo Calidad y Seguridad del Paciente, No consigna nombres, ni cargos.			Aprobado por: Dr. Juan Pablo Matattall, Director (S) Hospital Regional Antofagasta.	
Considera (Si/No)	1. Descripción explicita de medidas de prevención para evitar los EA asociados a dicha contención			Si
Responsable de la aplicación: Si				
Breve descripción del contenido del documento: Documento Procedimiento: "Prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora", contiene objetivo y alcance. En el punto 3. "Responsabilidades", describe de forma explícita por estamentos, las acciones a realizar según responsabilidad, de la siguiente forma: - Médico: Indica la instalación y retiro de la contención. - Enfermera Supervisora: Supervisa el cumplimiento de las medidas de contención, aplica pautas de supervisión, confeccionar informe y toma medidas correctivas. - Enfermera clínica: Dirige y supervisa el procedimiento. - Técnico paramédico: Ejecuta el procedimiento. Especifica que, en caso de ausencia del Médico y/o Enfermera aplica el procedimiento. En el punto 4. "Definiciones", describe los siguientes términos: Agitación psicomotora, Contención física, Eventos adversos asociados a contención física y Paracaídas. En el punto 7. "Descripción del Proceso", describe las etapas del procedimiento, donde menciona de forma explícita en los puntos 7.8 y 7.9. Como se colocan las contenciones, como se realizan las amarras y el espacio a dejar, colocando un dedo del operador que instala la contención para evitar desplazamiento, obstrucción y compresión nerviosa, edema, hematomas, heridas abrasivas, laceraciones. En el punto 7.10 describe el lugar para amarrar las contenciones. En el punto 7.11 describe la posición de las extremidades, frecuencia de vigilancia y evaluación de pulso, temperatura, color y sensibilidad.				
URG: Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica				
Nombre del documento: Procedimiento: "Prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora"				
Código: PO-UCSP-00	Versión:03	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 11
Elaborado por: Equipo Calidad y Seguridad del Paciente, No consigna nombres, ni cargos.			Aprobado por: Dr. Juan Pablo Matattall, Director (S) Hospital Regional Antofagasta.	
Considera (Si/No)	1. Descripción explicita de medidas de prevención para evitar los EA asociados a dicha contención			Si
Responsable de la aplicación: Si				
Breve descripción del contenido del documento: Documento Procedimiento: "Prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora", contiene objetivo y alcance. En el punto 3. "Responsabilidades", describe de forma explícita por estamentos, las acciones a realizar según responsabilidad, de la siguiente forma: - Médico: Indica la instalación y retiro de la contención. - Enfermera Supervisora: Supervisa el cumplimiento de las medidas de contención, aplica pautas de supervisión, confeccionar informe y toma medidas correctivas. - Enfermera clínica: Dirige y supervisa el procedimiento. - Técnico paramédico: Ejecuta el procedimiento. Especifica que, en caso de ausencia del Médico y/o Enfermera aplica el procedimiento. En el punto 4. "Definiciones", describe los siguientes términos: Agitación psicomotora, Contención física, Eventos adversos asociados a contención física y Paracaídas. En el punto 7. "Descripción del Proceso", describe las etapas del procedimiento, donde menciona de forma explícita en los puntos 7.8 y 7.9. Como se colocan las contenciones, como se realizan las amarras y el espacio a dejar, colocando un dedo del operador				

que instala la contención para evitar desplazamiento, obstrucción y compresión nerviosa, edema, hematomas, heridas abrasivas, laceraciones. En el punto 7.10 describe el lugar para amarrar las contenciones. En el punto 7.11 describe la posición de las extremidades, frecuencia de vigilancia y evaluación de pulso, temperatura, color y sensibilidad.

Psiquiatría				
Nombre del documento: Procedimiento: "Prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora"				
Código: PO-UCSP-00	Versión:03	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 11
Elaborado por: Equipo Calidad y Seguridad del Paciente, No consigna nombres, ni cargos.		Aprobado por: Dr. Juan Pablo Matattall, Director (S) Hospital Regional Antofagasta.		
Considera (Si/No)	1. Descripción explicita de medidas de prevención para evitar los EA asociados a dicha contención			Si
Responsable de la aplicación: Si				
Breve descripción del contenido del documento: Documento Procedimiento: "Prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora", contiene objetivo y alcance. En el punto 3. "Responsabilidades", describe de forma explícita por estamentos, las acciones a realizar según responsabilidad, de la siguiente forma: - Médico: Indica la instalación y retiro de la contención. - Enfermera Supervisora: Supervisa el cumplimiento de las medidas de contención, aplica pautas de supervisión, confeccionar informe y toma medidas correctivas. - Enfermera clínica: Dirige y supervisa el procedimiento. - Técnico paramédico: Ejecuta el procedimiento. Especifica que, en caso de ausencia del Médico y/o Enfermera aplica el procedimiento. En el punto 4. "Definiciones", describe los siguientes términos: Agitación psicomotora, Contención física, Eventos adversos asociados a contención física y Paracaídas. En el punto 7. "Descripción del Proceso", describe las etapas del procedimiento, donde menciona de forma explícita en los puntos 7.8 y 7.9. Como se colocan las contenciones, como se realizan las amarras y el espacio a dejar, colocando un dedo del operador que instala la contención para evitar desplazamiento, obstrucción y compresión nerviosa, edema, hematomas, heridas abrasivas, laceraciones. En el punto 7.10 describe el lugar para amarrar las contenciones. En el punto 7.11 describe la posición de las extremidades, frecuencia de vigilancia y evaluación de pulso, temperatura, color y sensibilidad.				

GCL 1.9 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

UPC Ad: UCI Adulto, UTI MQ y UCI Coronaria		
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes con agitación psicomotora contenidos según procedimiento en la unidad	
Fórmula matemática	N° de pacientes con agitación psicomotora hospitalizados en la Unidad contenidos según procedimiento en el periodo x 100 N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos, hospitalizados en la unidad en igual periodo	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Psiquiatría		
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes con agitación psicomotora contenidos según procedimiento en la unidad	
Fórmula matemática	N° de pacientes con agitación psicomotora hospitalizados en la Unidad contenidos según procedimiento en el periodo x 100 N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos, hospitalizados en la unidad en igual periodo	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med: Servicio Medicina, UAPP y Pensionado Médico-Quirúrgico		
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes con agitación psicomotora contenidos según procedimiento en la unidad	
Fórmula matemática	N° de pacientes con agitación psicomotora hospitalizados en la Unidad contenidos según procedimiento en el periodo x 100 N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos, hospitalizados en la unidad en igual periodo	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
URG: Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica		
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes con agitación psicomotora contenidos según procedimiento en la unidad	
Fórmula matemática	N° de pacientes con agitación psicomotora hospitalizados en la Unidad contenidos según procedimiento en el periodo x 100 N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos, hospitalizados en la unidad en igual periodo	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 1.9 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado evaluación periódica

UPC Ad: UCI Adulto	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica de Indicador
Responsable medición	Enfermera Supervisora de la Unidad
Fuente primaria	Evaluación directa del paciente - Registro Hoja de Enfermería
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Realiza Randomización de días, de lunes a viernes y de las camas de la Unidad. Aplica 20 pautas de supervisión mensual de acuerdo a lo establecido por el Dpto. de Calidad. En caso de no contar con paciente en la cama seleccionada por la Randomización, aplica la pauta a otro paciente que se encuentre contenido, hasta completar las 20 pautas de supervisión mensual.
UPC Ad: UTI MQ	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica de Indicador

Responsable medición	Enfermera Supervisora de la Unidad
Fuente primaria	Evaluación directa del paciente - Registro Hoja de Enfermería
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Realiza Randomización de los días y las camas. Aplica hasta 20 pautas de supervisión según lo establecido por el Dpto. de Calidad.
UPC Ad: UCI Coronaria	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica de Indicador
Responsable medición	Enfermera Supervisora y Encargada de Calidad de la Unidad.
Fuente primaria	Evaluación directa del paciente - Registro Hoja de Enfermería
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Realiza supervisión cada vez que cuente con un paciente con agitación psicomotora y contenido. Realiza Randomización de días y de cama. Declara tener muy pocos pacientes contenidos.
Psiquiatría	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica de Indicador
Responsable medición	Enfermera tratante aplica las pautas de supervisión de contención y enfermera Supervisora confecciona informe.
Fuente primaria	Evaluación directa del paciente - Registro Hoja de Enfermería
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Realiza supervisión de forma mensual y confecciona el informe trimestral. Realiza supervisión al universo de pacientes con indicación y uso de contención en la unidad.
Med	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica de Indicador
Responsable medición	Enfermera Supervisora y Enfermeras clínicas.
Fuente primaria	Evaluación directa del paciente - Registro Hoja de Enfermería
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica pauta de supervisión al universo de pacientes contenidos en la Unidad. No tiene un límite de pautas de supervisión a aplicar. No realiza Randomización, evalúa todos los días a la totalidad de pacientes contenidos. Utiliza registro de reporte de paciente de la unidad, al cambio de turno, contiene la información de los pacientes contenidos, aplica pauta de supervisión, traspasa información a una planilla mensual, ingresa la información a la planilla Excel para la confección del Informe trimestral.
Med: Pensionado Médico-Quirúrgico	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica de Indicador
Responsable medición	Enfermera encargada de Calidad de la Unidad y/o Enfermera Supervisora de la Unidad.
Fuente primaria	Evaluación directa del paciente - Registro Hoja de Enfermería
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica pauta de supervisión al universo de pacientes contenidos en la Unidad. No realiza Randomización de días. Completa hasta 20 pautas de supervisión, que es el número de pautas definidos por el Dpto. de Calidad.
Med: UAPP	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica de Indicador
Responsable medición	Enfermera encargada de Calidad de la Unidad y/o Enfermera supervisora de la Unidad.
Fuente primaria	Evaluación directa del paciente - Registro Hoja de Enfermería
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica pauta de supervisión al universo de pacientes contenidos en la Unidad, no realiza Randomización. Aplica hasta completar las 20 pautas de supervisión establecidos por el Dpto. de Calidad.
URG: Emergencia Adulto-Pediátrica	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica de Indicador
Responsable medición	Enfermera encargada de Calidad de la Unidad
Fuente primaria	Evaluación directa del paciente - Hoja de Enfermería
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica pauta de supervisión al universo de pacientes contenidos en la Unidad. Completa hasta 20 pautas de supervisión mensual según lo establecido por el Dpto. de Calidad.
URG: Emergencia Gíneco-Obstétrica	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica de Indicador
Responsable medición	Matrona encargada de Calidad de la Unidad
Fuente primaria	Evaluación directa del paciente - Registro Hoja de Enfermería
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica pauta de supervisión al universo de pacientes contenidos en la Unidad. Completa hasta 20 pautas de supervisión mensual según lo establecido por el Dpto. de Calidad. Realiza la supervisión de

	lunes a viernes en horario hábil. En los turnos de noche o inhábil la supervisión la realiza la matrona de turno e informa a Matrona encargada de Calidad.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UCI Adulto

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	0	1	0	0	0	0
N° Total Pautas	0	1	0	0	0	0
% Cumplimiento	-	100%	-	-	-	-

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UCI Adulto y UTI MQ

Describir constatación**:** Se revisa la totalidad de las pautas de supervisión constatando una pauta de supervisión aplicada que cumple con los criterios, resto de los meses sin pautas aplicadas por no contar con pacientes contenidos, Prestador presenta documento "Informe de Contención por agitación psicomotora" de los meses incluidos en el segundo y tercer trimestre, donde declara no haber tenido pacientes contenidos firmado por Médico Jefe y Enfermera supervisora de la unidad. Constatando que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador.
Punto de verificación incluye UTI MQ, prestador declara no haber tenido pacientes contenidos en los meses de Mayo a Octubre. Se revisa la totalidad de las pautas de supervisión constatando pautas de supervisión con registro de "Pacientes sin agitación sicomotora" firmado por enfermera supervisora de la unidad, Prestador presenta documento "Informe de Contención por agitación psicomotora" de los meses incluidos en el segundo y tercer trimestre, donde declara no haber tenido pacientes contenidos firmado por Médico Jefe y Enfermera supervisora de la unidad. Constatando que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	0	1	0	0	0	0
N° Total Pautas	0	1	0	0	0	0
% Cumplimiento	-	100%	-	-	-	-

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UCI Coronaria

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	6	4	5	6	0	2
N° Total Pautas	9	5	5	6	1	2
% Cumplimiento	66,6%	80%	100%	100%	0%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UCI Coronaria

Describir constatación**:** Se revisa la totalidad de las pautas de supervisión, constatando que existe consistencia entre los resultados del indicador informados por el Prestador y los registros existentes. Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	6	4	5	6	0	2
N° Total Pautas	9	5	5	6	1	2
% Cumplimiento	66,6%	80%	100%	100%	0%	100%

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Psiquiatría

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	12	18	4	19	17	14
N° Total Pautas	12	18	4	19	17	14
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Psiquiatría

Describir constatación**:** Se revisa la totalidad de las pautas de supervisión, constatando que existe consistencia entre los resultados del indicador informados por el Prestador y los registros existentes. Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	12	18	4	19	17	14
N° Total Pautas	12	18	4	19	17	14
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	9	44	21	26	15	21
N° Total Pautas	9	45	21	27	16	22
% Cumplimiento	100%	97,7%	100%	96,3%	93,7%	95,4%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med

Describir constatación**:** Se selecciona, 3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto-Septiembre) por incluir los meses de retrospectividad evaluados, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. Por muestreo sistematizado aplicado a las 64 pautas (64/30), se selecciona los números pares, 1 de cada 2, desde la solicitud número 2 del mes de Julio, hasta completar 30. Dado que las primeras 7 solicitudes de transfusión cumplen con los criterios establecidos, se da por cumplido (7/7=100%), se constata consistencia en lo declarado por el prestador y los registros de cumplimiento

encontrados. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.

Mes /Año	3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto – Septiembre)					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med: Pensionado Médico-Quirúrgico

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	5 / 5	15 / 15	10 / 10	20 / 20	20 / 20	16 / 16
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: Pensionado Médico-Quirúrgico

Describir constatación**:** Se revisa la totalidad de las pautas de supervisión, constatando que existe consistencia entre los resultados del indicador informados por el Prestador y los registros existentes. Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	5 / 5	15 / 15	10 / 10	20 / 20	20 / 20	16 / 16
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Observaciones:						

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med: UAPP

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	17 / 20	19 / 20	19 / 20	20 / 20	15 / 20	11 / 20
% Cumplimiento	85%	95%	95%	100%	75%	55%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: UAPP

Describir constatación**:** Se revisa la totalidad de las pautas de supervisión, constatando que existe consistencia entre los resultados del indicador informados por el Prestador y los registros existentes. Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	17 / 20	19 / 20	19 / 20	20 / 20	15 / 20	11 / 20
% Cumplimiento	85%	95%	95%	100%	75%	55%
Observaciones:						

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	11 / 11	13 / 13	5 / 5	6 / 7	11 / 11	11 / 11
% Cumplimiento	100%	100%	100%	85,7%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG: Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica

Describir constatación**:** Se selecciona con muestreo por conveniencia el mes de Junio por tener el mayor número de pautas de supervisión aplicadas. Se revisa la totalidad de las pautas de supervisión, constatando que existe consistencia entre los resultados del indicador informados por el Prestador y los registros existentes. Se da por cumplido el elemento medible. El punto de verificación incluye Urgencia Gíneco-Obstétrica, prestador declara no haber tenido pacientes contenidos en los meses de Mayo a Octubre. Se revisa la totalidad de las pautas de supervisión constatando pautas de supervisión con registro de "Pacientes sin agitación sicomotora". No aplica el elemento medible en Emergencia Gíneco-Obstétrica.

Mes /Año	Junio 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	13 / 13					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

GCL 1.9 – Cuarto elemento medible: Se constata adecuado procedimiento de contención física y/o la presencia de los elementos necesarios para realizar el procedimiento.

Constatación en UPC AD:
- UCI Adulto: Enfermera Supervisora de UCI Adulto declara tener al momento de la visita 6 pacientes contenidos, con listado de

pacientes y Pauta de Supervisión del Protocolo de contención actual, se procede a realizar constatación en los 6 pacientes contenidos de la unidad. Se constata cumplimiento del procedimiento de contención física en 3 pacientes e incumplimiento en 3 pacientes del criterio de registro en hoja de enfermería de la vigilancia de las medidas de contención, cumple con el resto de los criterios establecidos en el procedimiento. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 2" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015. - UTI MQ: Enfermera Supervisora de UTI MQ declara tener al momento de la visita 6 pacientes contenidos,, con listado de pacientes y pauta de supervisión del protocolo de contención actual, se procede a realizar constatación en los 6 pacientes contenidos de la unidad. Se constata cumplimiento del procedimiento de contención física en 2 pacientes, incumplimiento de 4 pacientes del criterio de registro en hoja de enfermería de la vigilancia de las medidas de contención que incluye a un paciente que no cumple con la posición anatómica, establecida en el procedimiento. Se da por incumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 2" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015. - UCI Coronaria : Se Enfermera Supervisora de UCI Coronaria declara tener al momento de la visita 2 pacientes contenidos, con listado de pacientes y pauta de supervisión del protocolo de contención actual, se procede a realizar constatación en los 2 pacientes contenidos de la unidad. Se constata incumplimiento de procedimiento de contención física en los 2 pacientes del criterio de registro en hoja de enfermería de la vigilancia de las medidas de contención, cumple con el resto de los criterios establecidos en el procedimiento. Se da por incumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 2" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.
Constatación en Psiquiatría: Enfermera Supervisora de la unidad declara no tener pacientes contenidos al momento de la vista, se revisa la unidad, constatando ausencia de pacientes contenidos. Se constatan los elementos de sujeción de la unidad comprobándose que se encuentran acorde a lo descrito en el procedimiento. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 2" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.
Constatación en Med: - Servicio Medicina: Enfermero Supervisor del Servicio de Medicina declara tener un paciente contenido al momento de la visita, con listado de pacientes y pauta de supervisión del protocolo de contención actual, se procede a realizar constatación del único paciente contenido de la unidad, que cumple con los criterios establecidos en el procedimiento. - Pensionado Médico-Quirúrgico: Enfermera Jefe de la Unidad de Pensionado MQ declara no tener pacientes con contención al momento de la vista, se revisa unidad de pacientes, constatando ausencia de pacientes con contención. Se constatan los elementos de sujeción de la unidad comprobándose que se encuentran acorde a lo descrito en el procedimiento. - UAPP: Enfermera Jefe de UAPP, declara tener un paciente contenido, que cumple con los criterios establecidos en el procedimiento. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 2" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.
Constatación en URG: - Emergencia Adulto-Pediátrica: Enfermera Supervisora declara no tener pacientes con contención al momento de la vista, se revisa la unidad, constatando ausencia de pacientes contenidos. Se constatan los elementos de sujeción de la unidad comprobándose que se encuentran acorde a lo descrito en el procedimiento. - Emergencia Gíneco-Obstétrica: Matrona Supervisora de Urgencia Gíneco-Obstétrica declara no tener pacientes con contención al momento de la vista, se revisa la unidad constatando ausencia de pacientes con contención. Se constatan los elementos de sujeción de la unidad comprobándose que se encuentran acorde a lo descrito en el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 2" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.

CARACTERÍSTICA GCL 1.9/CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	UPC Ad.	Psiquiatría	Med.	URG.
Primer elemento medible	1	1	1	1
Segundo elemento medible	1	1	1	1
Tercer elemento medible	1	1	1	1
Cuarto elemento medible	0	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 15/16		Porcentaje obtenido: 94%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA 1.10 /HALLAZGOS

GCL 1.10 – Primer elemento medible: Se describen en documento de carácter institucional los criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio y se han definido los responsables de su aplicación.

Psiquiatría		
Nombre del documento: Protocolo " Criterios de Ingreso, Egreso y Derivación de los pacientes con intento de suicidio"		
N° Resolución: 1736 Código: PT-SIQ-01	Versión: 01	Fecha RESOLUCIÓN : 13 Mayo 2015 Fecha documento: Febrero 2015
Elaborado por: Dr. Pablo Cruces Figueroa,	Aprobado por: Dr. Edgardo Álvarez N, Director (S) Hospital Regional de Antofagasta	

Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 5 años			N° páginas: 11	
Considera (Si/No)	1. Criterios ingreso	Si	2. Criterios egreso	Si	3. Criterios derivación	No
Responsable de la aplicación	Encargado Centro de Responsabilidad clínico atención cerrada- Médico Tratante – Médico Residente					

Breve descripción del contenido del documento:
Documento denominado "Criterios de ingreso, egreso y derivación de los pacientes con intento de suicidio", contiene introducción y alcance del protocolo, el cual debe ser conocido y utilizado por el equipo de Salud Mental y Psiquiatría, SAPUS, Servicio de Urgencia, UPC Adulto y Unidades Médico – Quirúrgico del Hospital Regional de Antofagasta, quienes son responsables de la atención de urgencia a la población beneficiaria del Sistema de Salud Pública. Contiene en el punto 3. "Responsabilidades", la descripción explícita de las acciones a realizar de los siguientes estamento:

- Encargado Centro de Responsabilidad clínico Atención Cerrada, quien es responsable del cumplimiento del presente protocolo.
- Médico Tratante, realiza el diagnóstico psiquiátrico, evalúa el riesgo suicida, lidera y elabora Plan de Tratamiento.
- Médico Residente, la cual recae en el Médico de Urgencia hasta ser evaluado por Psiquiatra.
- Enfermera responsable de los cuidados de enfermería, coordinar con el resto del equipo, informar al médico conductas de riesgos y situaciones clínicas de paciente.
- Técnico Paramédico, vela por el cumplimiento de indicaciones, administra psicofármacos y ayuda a labores de vigilancia, observación, control y contención de conductas de riesgo o inapropiadas.
- Auxiliar de servicio responsable del medio ambiente y confort ayudar a lobares de vigilancia y contención.

En el punto 6.3. "Criterios de ingreso de hospitalización del paciente con intento de suicidio" contienen el siguiente listado de situaciones para el ingreso del paciente:

- Alto riesgo médico, es necesario tratamiento médico de las lesiones producidas.
- Elevada intención suicida y letalidad. Métodos violentos ejemplo ahorcamiento, herida por arma de fuego.
- Intentos recurrentes. Ideación suicida activa, persistente.
- Presencia de trastorno psiquiátrico mayor como depresión severa, trastorno bipolar, esquizofrenia, psicosis.
- Contexto de paciente (SAD PERSONS 6-10).
- Ausencia de red de apoyo y figuras protectoras.
- En adolescentes presencia de patología psiquiátrica en los padres, maltrato o abuso.
- Hospitalización judicial.

En el punto 6.6. "Criterios de egresos de paciente con intento de suicidio" contiene el siguiente listado de situaciones asociadas que permiten el egreso del paciente:

- Ausencia de riesgo objetivo de reintento.
- Compensación de ideación suicida.
- Evaluación correcta y adecuada de su problema.
- Estabilidad síntomas de base. Presencia de red de apoyo.
- Ambiente familiar contenedor.
- Derivación a otro servicio, modalidad ambulatoria.
- Traslado familiar a otra área.

En el punto 6.7. "Criterios de derivación de paciente con intento de suicidio", describe según sectorización, mediante carnet de alta y epicrisis, e indica centros a los cuales derivar e incluye el siguiente listado:

- Cosam Norte,
- Cosam Central,
- Cosam Sur,
- Psiquiatría Prais,
- Consultorios,
- Derivación a ciudad de origen si corresponde.

En el documento tenido a la vista no se constata la existencia de criterios clínicos de derivación de pacientes con intento de suicidio como lo pide la característica. No se cumple lo solicitado por el elemento medible.

UPC Ad: UCI Adulto, UTI MQ y UCI Coronaria

Nombre del documento: Protocolo " Criterios de Ingreso, Egreso y Derivación de los pacientes con intento de suicidio"		
N° Resolución: 1736 Código: PT-SIQ-01	Versión: 01	Fecha RESOLUCIÓN : 13 Mayo 2015 Fecha documento: Febrero 2015
Elaborado por: Dr. Pablo Cruces Figueroa,		Aprobado por: Dr. Edgardo Álvarez N, Director (S) Hospital Regional de Antofagasta

Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 5 años			N° páginas: 11	
Considera (Si/No)	1. Criterios ingreso	Si	2. Criterios egreso	Si	3. Criterios derivación	No
Responsable de la aplicación	Encargado Centro de Responsabilidad clínico atención cerrada- Médico Tratante – Médico Residente					

Breve descripción del contenido del documento:
Documento denominado "Criterios de ingreso, egreso y derivación de los pacientes con intento de suicidio", contiene introducción y alcance del protocolo, el cual debe ser conocido y utilizado por el equipo de Salud Mental y Psiquiatría, SAPUS, Servicio de Urgencia, UPC Adulto y Unidades Médico – Quirúrgico del Hospital Regional de Antofagasta, quienes son responsables de la atención de urgencia a la población beneficiaria del Sistema de Salud Pública. Contiene en el punto 3. "Responsabilidades", la descripción explícita de las acciones a realizar de los siguientes estamento:

- Encargado Centro de Responsabilidad clínico Atención Cerrada, quien es responsable del cumplimiento del presente protocolo.
- Médico Tratante, realiza el diagnóstico psiquiátrico, evalúa el riesgo suicida, lidera y elabora Plan de Tratamiento.
- Médico Residente, la cual recae en el Médico de Urgencia hasta ser evaluado por Psiquiatra.
- Enfermera responsable de los cuidados de enfermería, coordinar con el resto del equipo, informar al médico conductas de riesgos y situaciones clínicas de paciente.
- Técnico Paramédico, vela por el cumplimiento de indicaciones, administra psicofármacos y ayuda a labores de vigilancia, observación, control y contención de conductas de riesgo o inapropiadas.

- Auxiliar de servicio responsable del medio ambiente y confort ayudar a lobares de vigilancia y contención.

En el punto 6.3. "Criterios de ingreso de hospitalización del paciente con intento de suicidio" contienen el siguiente listado de situaciones para el ingreso del paciente:

- Alto riesgo médico, es necesario tratamiento médico de las lesiones producidas.
- Elevada intención suicida y letalidad. Métodos violentos ejemplo ahorcamiento, herida por arma de fuego.
- Intentos recurrentes. Ideación suicida activa, persistente.
- Presencia de trastorno psiquiátrico mayor como depresión severa, trastorno bipolar, esquizofrenia, psicosis.
- Contexto de paciente (SAD PERSONS 6-10).
- Ausencia de red de apoyo y figuras protectoras.
- En adolescentes presencia de patología psiquiátrica en los padres, maltrato o abuso.
- Hospitalización judicial.

En el punto 6.6. "Criterios de egresos de paciente con intento de suicidio" contiene el siguiente listado de situaciones asociadas que permiten el egreso del paciente:

- Ausencia de riesgo objetivo de reintento.
- Compensación de ideación suicida.
- Evaluación correcta y adecuada de su problema.
- Estabilidad síntomas de base. Presencia de red de apoyo.
- Ambiente familiar contenedor.
- Derivación a otro servicio, modalidad ambulatoria.
- Traslado familiar a otra área.

En el punto 6.7. "Criterios de derivación de paciente con intento de suicidio", describe según sectorización, mediante carnet de alta y epicrisis, e indica centros a los cuales derivar e incluye el siguiente listado:

- Cosam Norte,
- Cosam Central,
- Cosam Sur,
- Psiquiatría Prais,
- Consultorios,
- Derivación a ciudad de origen si corresponde.

En el documento tenido a la vista no se constata la existencia de criterios clínicos de derivación de pacientes con intento de suicidio como lo pide la característica. No se cumple lo solicitado por el elemento medible.

Med: Servicio Medicina, Pensionado Médico-Quirúrgico y UAPP

Nombre del documento: Protocolo " Criterios de Ingreso, Egreso y Derivación de los pacientes con intento de suicidio"						
N° Resolución: 1736 Código: PT-SIQ-01	Versión: 01	Fecha RESOLUCIÓN : 13 Mayo 2015 Fecha documento: Febrero 2015				
Elaborado por: Dr. Pablo Cruces Figueroa,		Aprobado por: Dr. Edgardo Álvarez N, Director (S) Hospital Regional de Antofagasta				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años		N° páginas: 11			
Considera (Si/No)	1. Criterios ingreso	Si	2. Criterios egreso	Si	3. Criterios derivación	No
Responsable de la aplicación	Encargado Centro de Responsabilidad clínico atención cerrada- Médico Tratante – Médico Residente					

Breve descripción del contenido del documento:

Documento denominado "Criterios de ingreso, egreso y derivación de los pacientes con intento de suicidio", contiene introducción y alcance del protocolo, el cual debe ser conocido y utilizado por el equipo de Salud Mental y Psiquiatría, SAPUS, Servicio de Urgencia, UPC Adulto y Unidades Médico – Quirúrgico del Hospital Regional de Antofagasta, quienes son responsables de la atención de urgencia a la población beneficiaria del Sistema de Salud Pública. Contiene en el punto 3. "Responsabilidades", la descripción explícita de las acciones a realizar de los siguientes estamento:

- Encargado Centro de Responsabilidad clínico Atención Cerrada, quien es responsable del cumplimiento del presente protocolo.
- Médico Tratante, realiza el diagnóstico psiquiátrico, evalúa el riesgo suicida, lidera y elabora Plan de Tratamiento.
- Médico Residente, la cual recae en el Médico de Urgencia hasta ser evaluado por Psiquiatra.
- Enfermera responsable de los cuidados de enfermería, coordinar con el resto del equipo, informar al médico conductas de riesgos y situaciones clínicas de paciente.
- Técnico Paramédico, vela por el cumplimiento de indicaciones, administra psicofármacos y ayuda a labores de vigilancia, observación, control y contención de conductas de riesgo o inapropiadas.
- Auxiliar de servicio responsable del medio ambiente y confort ayudar a lobares de vigilancia y contención.

En el punto 6.3. "Criterios de ingreso de hospitalización del paciente con intento de suicidio" contienen el siguiente listado de situaciones para el ingreso del paciente:

- Alto riesgo médico, es necesario tratamiento médico de las lesiones producidas.
- Elevada intención suicida y letalidad. Métodos violentos ejemplo ahorcamiento, herida por arma de fuego.
- Intentos recurrentes. Ideación suicida activa, persistente.
- Presencia de trastorno psiquiátrico mayor como depresión severa, trastorno bipolar, esquizofrenia, psicosis.
- Contexto de paciente (SAD PERSONS 6-10).
- Ausencia de red de apoyo y figuras protectoras.
- En adolescentes presencia de patología psiquiátrica en los padres, maltrato o abuso.
- Hospitalización judicial.

En el punto 6.6. "Criterios de egresos de paciente con intento de suicidio" contiene el siguiente listado de situaciones asociadas que permiten el egreso del paciente:

- Ausencia de riesgo objetivo de reintento.
- Compensación de ideación suicida.
- Evaluación correcta y adecuada de su problema.
- Estabilidad síntomas de base. Presencia de red de apoyo.
- Ambiente familiar contenedor.

- Derivación a otro servicio, modalidad ambulatoria.
- Traslado familiar a otra área.

En el punto 6.7. "Criterios de derivación de paciente con intento de suicidio", describe según sectorización, mediante carnet de alta y epicrisis, , e indica centros a los cuales derivar e incluye el siguiente listado:

- Cosam Norte,
- Cosam Central,
- Cosam Sur,
- Psiquiatría Prais,
- Consultorios,
- Derivación a ciudad de origen si corresponde.

En el documento tenido a la vista no se constata la existencia de criterios clínicos de derivación de pacientes con intento de suicidio como lo pide la característica. No se cumple lo solicitado por el elemento medible.

URG: Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica						
Nombre del documento: Protocolo " Criterios de Ingreso, Egreso y Derivación de los pacientes con intento de suicidio"						
N° Resolución: 1736 Código: PT-SIQ-01	Versión: 01	Fecha RESOLUCIÓN : 13 Mayo 2015 Fecha documento: Febrero 2015				
Elaborado por: Dr. Pablo Cruces Figueroa,		Aprobado por: Dr. Edgardo Álvarez N, Director (S) Hospital Regional de Antofagasta				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años		N° páginas: 11			
Considera (Si/No)	1. Criterios ingreso	Si	2. Criterios egreso	Si	3. Criterios derivación	No
Responsable de la aplicación	Encargado Centro de Responsabilidad clínico atención cerrada- Médico Tratante – Médico Residente					

Breve descripción del contenido del documento:
Documento denominado "Criterios de ingreso, egreso y derivación de los pacientes con intento de suicidio", contiene introducción y alcance del protocolo, el cual debe ser conocido y utilizado por el equipo de Salud Mental y Psiquiatría, SAPUS, Servicio de Urgencia, UPC Adulto y Unidades Médico – Quirúrgico del Hospital Regional de Antofagasta, quienes son responsables de la atención de urgencia a la población beneficiaria del Sistema de Salud Pública. Contiene en el punto 3. "Responsabilidades", la descripción explícita de las acciones a realizar de los siguientes estamento:

- Encargado Centro de Responsabilidad clínico Atención Cerrada, quien es responsable del cumplimiento del presente protocolo.
- Médico Tratante, realiza el diagnóstico psiquiátrico, evalúa el riesgo suicida, lidera y elabora Plan de Tratamiento.
- Médico Residente, la cual recae en el Médico de Urgencia hasta ser evaluado por Psiquiatra.
- Enfermera responsable de los cuidados de enfermería, coordinar con el resto del equipo, informar al médico conductas de riesgos y situaciones clínicas de paciente.
- Técnico Paramédico, vela por el cumplimiento de indicaciones, administra psicofármacos y ayuda a labores de vigilancia, observación, control y contención de conductas de riesgo o inapropiadas.
- Auxiliar de servicio responsable del medio ambiente y confort ayudar a lobares de vigilancia y contención.

En el punto 6.3. "Criterios de ingreso de hospitalización del paciente con intento de suicidio" contienen el siguiente listado de situaciones para el ingreso del paciente:

- Alto riesgo médico, es necesario tratamiento médico de las lesiones producidas.
- Elevada intención suicida y letalidad. Métodos violentos ejemplo ahorcamiento, herida por arma de fuego.
- Intentos recurrentes. Ideación suicida activa, persistente.
- Presencia de trastorno psiquiátrico mayor como depresión severa, trastorno bipolar, esquizofrenia, psicosis.
- Contexto de paciente (SAD PERSONS 6-10).
- Ausencia de red de apoyo y figuras protectoras.
- En adolescentes presencia de patología psiquiátrica en los padres, maltrato o abuso.
- Hospitalización judicial.

En el punto 6.6. "Criterios de egresos de paciente con intento de suicidio" contiene el siguiente listado de situaciones asociadas que permiten el egreso del paciente:

- Ausencia de riesgo objetivo de reintento.
- Compensación de ideación suicida.
- Evaluación correcta y adecuada de su problema.
- Estabilidad síntomas de base. Presencia de red de apoyo.
- Ambiente familiar contenedor.
- Derivación a otro servicio, modalidad ambulatoria.
- Traslado familiar a otra área.

En el punto 6.7. "Criterios de derivación de paciente con intento de suicidio", describe según sectorización, mediante carnet de alta y epicrisis, e indica centros a los cuales derivar e incluye el siguiente listado:

- Cosam Norte,
- Cosam Central,
- Cosam Sur,
- Psiquiatría Prais,
- Consultorios,
- Derivación a ciudad de origen si corresponde.

En el documento tenido a la vista no se constata la existencia de criterios clínicos de derivación de pacientes con intento de suicidio como lo pide la característica. No se cumple lo solicitado por el elemento medible.

CARACTERÍSTICA GCL1.10 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Psiquiatría	UPC Ad	Med.	URG.
Primer elemento medible	0	0	0	0

Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 0/4	Porcentaje obtenido: 0%	Cumple: No

CARACTERÍSTICA GCL 1.11 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

GCL 1.11 – Primer elemento medible: Se describen en un documento de carácter institucional los procedimientos de registro, rotulación traslado y recepción de biopsias. Se han definido los responsables de su aplicación.

APA

Nombre del documento: Procedimiento de Manejo y Trazabilidad de Biopsias y Citologías

N° Resolución: 7184 del 25/08/2015	Versión: 7	Fecha: Agosto 2015
Elaborado por: Roxana parra L., T.M Supervisora Unidad Anatomía Patológica Heriberto Opazo M., T.M Encargado Citopatología Unidad Anatomía Patológica	Aprobado por: Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 25

Considera (Si/No)	1. Registro bp: Si	2. Rotulación bp: Si	3. Traslado bp: Si	4. Recepción bp: Si
Considera (Si/No)	5. Etapa pre analítica: Si	6. Etapa analítica: Si	7. Etapa post analítica: Si	

Responsables de la aplicación: Si

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Unidad de Anatomía Patológica (UAP) se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento de Manejo y Trazabilidad de Biopsias y Citologías, código PO-UAP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a Pabellones quirúrgicos, Unidad de Endoscopía y a todas las unidades, servicios o centros externos que generen biopsias. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán Supervisor de lugar origina la muestra, Médico o Cirujano dentista, Matrona, Enfermera clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio lugar de origen muestra, Técnico Paramédico UAP, Secretaria recepción y Biopsia y Citología UAP, Tecnólogo Médico Supervisor UAP, Médico Jefe UAP, Jefe Unidad de Archivo.
En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 8 a 15) se detallan las actividades a realizar en las etapas pre analítica, analítica y post analítica de la biopsia, entre ellas:

1. Etapa pre analítica
   - Obtención de muestra
   - Rotulación de muestras
   - Traslado a UAP
   - Custodia en caso de toma de muestra en horario inhábil
   - Registros, con el detalle que debe consignarse en el libro de traslado de biopsias y citologías y la nómina de derivación de papanicolaou.
   - Entrega de muestra en UAP, incluye criterios de rechazo y seguimiento de rechazo.
2. Etapa analítica
   - Recepción e Ingreso de datos en registros UAP
   - Procesamiento y análisis de las muestras de biopsia y citología
3. Etapa post analítica
   - Plazos de informe
   - Entrega de resultados
   - Incorporación de informes en ficha de pacientes

El documento contiene 4 anexos:
- Anexo 1: Requisitos detallados de consignación de datos en solicitud, obtención, envasado, rotulación y traslado de biopsias y citologías.
- Anexo 2: Requisitos detallados de consignación de datos en solicitud, obtención, rotulación, empaquetado y traslado de Papanicolau.
- Anexo 3: Flujograma trazabilidad de biopsias
- Anexo 4: Formato registro de custodia de muestras de biopsia y citología

Se tiene a la vista documento denominado "Procedimiento de Manejo y Trazabilidad de Biopsias y Citologías ", código PO-UAP-02, versión 6, timbrado "Obsoleto". Con la existencia de ambos documentos cumple la retrospectividad.

PQ: Central / Maternidad / Cardiovascular

Nombre del documento: Procedimiento de Manejo y Trazabilidad de Biopsias y Citologías

N° Resolución: 7184 del 25/08/2015	Versión: 7	Fecha: Agosto 2015
Elaborado por: Roxana parra L., T.M Supervisora Unidad Anatomía Patológica Heriberto Opazo M., T.M Encargado Citopatología Unidad Anatomía Patológica	Aprobado por: Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 25

Considera (Si/No)	1. Registro bp: Si	2. Rotulación bp: Si	3. Traslado bp: Si	4. Recepción bp: Si
Considera (Si/No)	5. Etapa pre analítica: Si	6. Etapa analítica: Si	7. Etapa post analítica: Si	

Responsables de la aplicación: Si

Breve descripción del contenido del documento:
En las Unidades de Pabellón Central, Pabellón de Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento de Manejo y Trazabilidad de Biopsias y Citologías, código PO-UAP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a Pabellones quirúrgicos, Unidad de Endoscopía y a todas las unidades, servicios o centros externos que generen biopsias. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán Supervisor de lugar origina la muestra, Médico o Cirujano dentista, Matrona, Enfermera clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio

lugar de origen muestra, Técnico Paramédico UAP, Secretaria recepción y Biopsia y Citología UAP, Tecnólogo Médico Supervisor UAP, Médico Jefe UAP, Jefe Unidad de Archivo.
En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 8 a 15) se detallan las actividades a realizar en las etapas pre analítica, analítica y post analítica de la biopsia, entre ellas:

1. Etapa pre analítica
   - Obtención de muestra
   - Rotulación de muestras
   - Traslado a UAP
   - Custodia en caso de toma de muestra en horario inhábil
   - Registros, con el detalle que debe consignarse en el libro de traslado de biopsias y citologías y la nómina de derivación de papanicolaou.
   - Entrega de muestra en UAP, incluye criterios de rechazo y seguimiento de rechazo.
2. Etapa analítica
   - Recepción e Ingreso de datos en registros UAP
   - Procesamiento y análisis de las muestras de biopsia y citología
3. Etapa post analítica
   - Plazos de informe
   - Entrega de resultados
   - Incorporación de informes en ficha de pacientes

El documento contiene 4 anexos:

- Anexo 1: Requisitos detallados de consignación de datos en solicitud, obtención, envasado, rotulación y traslado de biopsias y citologías.
- Anexo 2: Requisitos detallados de consignación de datos en solicitud, obtención, rotulación, empaquetado y traslado de Papanicolau.
- Anexo 3: Flujograma trazabilidad de biopsias
- Anexo 4: Formato registro de custodia de muestras de biopsia y citología

PRO Endoscópicos: Unidad Endoscopía / Pabellón Cistoscopía (Pabellón Central)				
Nombre del documento: Procedimiento de Manejo y Trazabilidad de Biopsias y Citologías				
N° Resolución: 7184 del 25/08/2015	Versión: 7			Fecha: Agosto 2015
Elaborado por: Roxana parra L., T.M Supervisora Unidad Anatomía Patológica Heriberto Opazo M., T.M Encargado Citopatología Unidad Anatomía Patológica		Aprobado por: Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años			N° páginas: 25
Considera (Si/No)	1. Registro bp: Si	2. Rotulación bp: Si	3. Traslado bp: Si	4. Recepción bp: Si
Considera (Si/No)	5. Etapa pre analítica: Si	6. Etapa analítica: Si		7. Etapa post analítica: Si
Responsables de la aplicación: Si				

Breve descripción del contenido del documento:
En las Unidades de Endoscopía y Pabellón Central (de quien depende administrativamente el Pabellón de Cistoscopía) para punto de verificación PRO Endoscópicos, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento de Manejo y Trazabilidad de Biopsias y Citologías, código PO-UAP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a Pabellones quirúrgicos, Unidad de Endoscopía y a todas las unidades, servicios o centros externos que generen biopsias. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán Supervisor de lugar origina la muestra, Médico o Cirujano dentista, Matrona, Enfermera clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio lugar de origen muestra, Técnico Paramédico UAP, Secretaria recepción y Biopsia y Citología UAP, Tecnólogo Médico Supervisor UAP, Médico Jefe UAP, Jefe Unidad de Archivo.
En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 8 a 15) se detallan las actividades a realizar en las etapas pre analítica, analítica y post analítica de la biopsia, entre ellas:

1. Etapa pre analítica
   - Obtención de muestra
   - Rotulación de muestras
   - Traslado a UAP
   - Custodia en caso de toma de muestra en horario inhábil
   - Registros, con el detalle que debe consignarse en el libro de traslado de biopsias y citologías y la nómina de derivación de papanicolaou.
   - Entrega de muestra en UAP, incluye criterios de rechazo y seguimiento de rechazo.
2. Etapa analítica
   - Recepción e Ingreso de datos en registros UAP
   - Procesamiento y análisis de las muestras de biopsia y citología
3. Etapa post analítica
   - Plazos de informe
   - Entrega de resultados
   - Incorporación de informes en ficha de pacientes

El documento contiene 4 anexos:

- Anexo 1: Requisitos detallados de consignación de datos en solicitud, obtención, envasado, rotulación y traslado de biopsias y citologías.
- Anexo 2: Requisitos detallados de consignación de datos en solicitud, obtención, rotulación, empaquetado y traslado de Papanicolau.
- Anexo 3: Flujograma trazabilidad de biopsias
- Anexo 4: Formato registro de custodia de muestras de biopsia y citología

GCL 1.11 – Segundo elemento medible: Se constata la trazabilidad de las biopsias.

PQ: Central

Metodología de Constatación:
Para efectuar la trazabilidad se toma una muestra aleatoria de 3 pacientes de las 2255 biopsias tomadas en el período evaluado (mayo a octubre 2015), con lo cual, se obtiene el número de correlativo a trazar.
Se procede a revisar los registros de la trazabilidad de la biopsia de cada paciente seleccionado en los libros de registro del Servicio de Pabellón Central, de recepción de muestras en UAP, sistema computacional de UAP, entrega de informes a archivo, recepción de informe en archivo y ficha clínica.

Registros revisados (digitales o papel):

Se tienen a la vista los siguientes registros:

1. Registro de envío de biopsias: libro de actas "Biopsias 2014 - 2015", actualmente en uso, ubicado en la sala de acopio de biopsias de Pabellón Central. Se constata que los datos a consignar en cada columna son:
   - Columna 1: N°
   - Columna 2: Fecha
   - Columna 3: Nombre paciente
   - Columna 4: Edad
   - Columna 5: Rut
   - Columna 6: Médico
   - Columna 7: Muestra
   - Columna 8: Arsenalera
   - Columna 9:Pabellonera
   - Columna 10: "E" (entrega)
   - Columna 11: "R" (recibe)
   - Columna 12: Observación/Rechazo
2. Libro de registro de recepción de biopsias denominado "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de la Unidad de Anatomía Patológica. Se constata que los datos a consignar en cada columna son:
   - Columna 1: N° Biopsia
   - Columna 2: Fecha
   - Columna 3: Nombre y apellido paciente
   - Columna 4: Ficha / "CI" (Cédula de identidad)
   - Columna 5: Origen
   - Columna 6: Muestra
   - Columna 7: "B.R" (dato para cobro)
   - Columna 8: "7" (dígito para cobro)
   - Columna 9: Bolsa
   - Columna 10: Frasco
   - Columna 11: Origen
   - Columna 12: Taco
   - Columna 13: Lámina
   - Columna 14: Médico
3. Sistema computacional de UAP para gestión de biopsias, que considera el registro de los siguientes datos en:
   a. Ingreso de Biopsia
      - N° de biopsia
      - Número Formulario
      - Usuario
      - Fecha Recepción
      - Datos Personales: RUN, nombres, A. Paterno, A. Materno, Ficha, sexo, fecha nacimiento, edad, dirección, teléfono, n° cuenta, previsión.
      - Procedencia del Paciente: Ámbito, Servicio, Procedencia, Cama
      - Ingreso de exámenes: examen, cantidad, descripción, Tecnólogo, Técnico
   b. Informe de Biopsia
      - Datos del paciente: Nombre, RUN, edad, n° ficha, previsión, fecha recepción
      - N° Informe
      - Solicitante
      - Fecha de toma de muestra
      - Órgano
      - Dr. Toma Muestra
      - Tipo Biopsia
      - Muestra de
      - Prioritario no cáncer
      - Cáncer
      - Antecedentes
      - Código CIE 10
      - Examen macroscópico

- Examen histológico
- Fecha del informe
- Médico Anátomo Patólogo
- Estado del informe

4. Formulario de registro envío y recepción de informes a la Unidad de Archivo desde UAP, denominado "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo", que considera el registro de los siguientes datos:
   - Secretaria
   - Fecha listado
   - Columna 1: Tipo
   - Columna 2: N° biopsia
   - Columna 3: SICLOPE
   - Columna 4: Nombre
   - Columna 5: N° Ficha
   - Columna 6: Dato
   - Nombre y apellidos funcionario que recibe en Unidad de Archivo
   - Fecha recepción de informes de biopsias
5. Fichas clínicas (de papel) de los pacientes seleccionados.

Atributos de cumplimiento:
Teniendo en consideración las recomendaciones de la lista de chequeo, letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica), detallados en las "Orientaciones Técnicas para la Verificación de la Trazabilidad de Biopsias y Componentes Sanguíneos", de la Circular IP N°5/mayo 2013 e incluida en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015 y el documento elaborado por el prestador, se establecen los siguientes atributos de cumplimiento relacionados al procedimiento de registro:

1. Existencia en el servicio de libro para registro de etapa pre-analítica, cuyos datos mínimos a registrar serán:
   - Fecha de obtención de la muestra
   - Un nombre y dos apellidos del paciente,
   - Ficha, cédula de identidad o DAU
   - Tipo de muestra (órgano, tejido, o zona de muestra
   - N° de contenedores (con muestras del paciente, es decir, frascos, bolsas, placas o tubos). Este ítem no aplica para Pabellón Central, quienes en caso de ser más de un contenedor registraran en una fila independiente las veces necesarias de acuerdo al número de contenedores.
   - Profesional responsable de la toma de la muestra
   - Responsable de cada traspaso (identificación del funcionario que recibe y entrega)
   - Responsable del traslado a UAP
   - Nombre y firma de quien recepciona en UAP
   - Observaciones (donde se consignan rechazos y su causal)
2. Existencia de registro de etapa analítica (en UAP), ingreso y procesamiento de muestra.
3. Existencia de registro de etapa post-analítica, entrega y recepción de informe de UAP a Unidad de Archivo.
4. Presencia de resultado de examen en ficha clínica.

Biopsias revisadas:
Con la colaboración de la enfermera Supervisora y Encargada de Calidad de Pabellón Central, Secretaria de Recepción de UAP y Funcionario de Archivo se procede a la revisión de los registros de las muestras de biopsias de los pacientes seleccionados, completando el formulario de registros primarios preparado para el efecto por la evaluadora, en base a la lista de chequeo para aplicación en terreno letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica); puntos 1, 2, 3 y 4, del Oficio Circular IP N° 5 de 06 de mayo de 2013, sobre actualización de "Orientaciones Técnicas para la constatación de la trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos"; contenido en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015:

Muestra N° 1:

Revisión Libro de biopsias Pabellón Central: paciente con correlativo n° 2464, folio hoja libro no visible, biopsia tomada el 05/08/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 1 apellido, edad, rut, médico, muestra "Quiste óseo simple".

Traspaso n° 1 Pabellonera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Pabellonera a sala de acopio biopsias pabellón, registra en libro y deja muestra. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico en Enfermería UAP quien escribe su nombre, firma y fecha recepción 06/08/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 3776 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 06/08/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° ficha, origen "P. Central", muestra Quiste óseo, frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis) Dr. Cerón.

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la

evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/3776, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, , se constata solicitud con N° "15/3776". Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP Informe de Biopsia, el informe N° 15/3776

En el caso de la muestra la entrega del informe es prioritaria (menor plazo al normal establecido) debido a que el diagnóstico es de carácter maligno. Se envía una copia del informe del examen al CAE (Consultorio Adosado de Especialidades), se constata registro en libro "Registro de Entrega de Biopsias Valores Críticos a Centros Derivadores – RG-UAP-02", ubicado en UAP, de entrega del informe y recepción por Enfermera Supervisora CAE el 20/08/2015 a las 11:13 hrs, en dicha área se procede al aviso al paciente. Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 20/08/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra firma y fecha recepción 20/08/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/3776.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 1.

Muestra N° 2:

Revisión Libro de biopsias Pabellón Central: paciente con correlativo n° 2674, folio hoja libro no visible, biopsia tomada el 30/08/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, edad, rut, médico, muestra "Amputación infracondílea pierna derecha".

Traspaso n° 1 Pabellonera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Pabellonera a sala de acopio biopsias pabellón, registra en libro y deja muestra. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico en Enfermería UAP quien registra timbre y fecha recepción 31/08/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 4283 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 31/08/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de rut, origen "Cirugía", muestra "Amp. P Der", bolsa 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/4283, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/4283. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP Informe de Biopsia, el informe N° 15/4283

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 09/09/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 10/09/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/4283.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 2.

Muestra N° 3:

Revisión Libro de biopsias Pabellón Central: paciente con correlativo n° 2047, folio hoja libro n° 83-84, biopsia tomada el 15/06/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, edad, rut, médico, muestra "Vesícula".

Traspaso n° 1 Pabellonera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Pabellonera a sala de acopio biopsias pabellón, registra en libro y deja muestra. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico en Enfermería UAP quien registra timbre y fecha recepción 16/06/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 2847 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 16/06/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "Cirugía", muestra "VB" (vesícula biliar), bolsa 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la

evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/2847, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/2847. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP Informe de Biopsia, el informe N° 15/2847.

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 03/07/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 03/07/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/2847.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 3.

PQ: Maternidad

Metodología de Constatación:
Para efectuar la trazabilidad se toma una muestra de 3 pacientes de las biopsias tomadas en el período evaluado (mayo a octubre 2015), mediante muestreo sistemático de la primera paciente cada 20 hojas del libro, debido a que el libro de biopsias no posee número de correlativo.
Se procede a revisar los registros de la trazabilidad de la biopsia de cada paciente seleccionado en los libros de registro de la Unidad de Pabellón Maternidad, de recepción de muestras en UAP, sistema computacional de UAP, entrega de informes a archivo, recepción de informe en archivo y ficha clínica.

Registros revisados (digitales o papel):
Se tienen a la vista los siguientes registros:

1. Registro de envío de biopsias: libro de actas "Libro de Biopsia Pabellón Maternidad", actualmente en uso, ubicado en la sala de acopio de biopsias de Pabellón Maternidad. Se constata que los datos a consignar en cada columna son:
   - Columna 1: Fecha
   - Columna 2: Nombre paciente
   - Columna 3: DAU-RUN o F. Clínica
   - Columna 4: Tipo de muestra
   - Columna 5: N° bolsas
   - Columna 6: Nombre Cirujano
   - Columna 7: Traspaso N° 1 Nombre de la Pabellonera
   - Columna 8: Traspaso N° 2 Nombre de quien traslada UAP
   - Columna 9: Traspaso N° 3 Nombre de quien recibe UAP
   - Columna 10: Firma/Fecha
   - Columna 11: Observación/Causa rechazo
2. Libro de registro de recepción de biopsias denominado "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de la Unidad de Anatomía Patológica. Se constata que los datos a consignar en cada columna son:
   - Columna 1: N° Biopsia
   - Columna 2: Fecha
   - Columna 3: Nombre y apellido paciente
   - Columna 4: Ficha / "CI" (Cédula de identidad)
   - Columna 5: Origen
   - Columna 6: Muestra
   - Columna 7: "B.R" (dato para cobro)
   - Columna 8: "7" (dígito para cobro)
   - Columna 9: Bolsa
   - Columna 10: Frasco
   - Columna 11: Origen
   - Columna 12: Taco
   - Columna 13: Lámina
   - Columna 14: Médico
3. Sistema computacional de UAP para gestión de biopsias, que considera el registro de los siguientes datos en:
   a. Ingreso de Biopsia
      - N° de biopsia
      - Número Formulario
      - Usuario
      - Fecha Recepción
      - Datos Personales: RUN, nombres, A. Paterno, A. Materno, Ficha, sexo, fecha nacimiento, edad, dirección, teléfono, n° cuenta, previsión.
      - Procedencia del Paciente: Ámbito, Servicio, Procedencia, Cama
      - Ingreso de exámenes: examen, cantidad, descripción, Tecnólogo, Técnico

b. Informe de Biopsia
   - Datos del paciente: Nombre, RUN, edad, n° ficha, previsión, fecha recepción
   - N° Informe
   - Solicitante
   - Fecha de toma de muestra
   - Órgano
   - Dr. Toma Muestra
   - Tipo Biopsia
   - Muestra de
   - Prioritario no cáncer
   - Cáncer
   - Antecedentes
   - Código CIE 10
   - Examen macroscópico
   - Examen histológico
   - Fecha del informe
   - Médico Anátomo Patólogo
   - Estado del informe

4. Formulario de registro envío y recepción de informes a la Unidad de Archivo desde UAP, denominado "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo", que considera el registro de los siguientes datos:
   - Secretaria
   - Fecha listado
   - Columna 1: Tipo
   - Columna 2: N° biopsia
   - Columna 3: SICLOPE
   - Columna 4: Nombre
   - Columna 5: N° Ficha
   - Columna 6: Dato
   - Nombre y apellidos funcionario que recibe en Unidad de Archivo
   - Fecha recepción de informes de biopsias
5. Fichas clínicas (de papel) de los pacientes seleccionados.

Atributos de cumplimiento:
Teniendo en consideración las recomendaciones de la lista de chequeo, letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica), detallados en las "Orientaciones Técnicas para la Verificación de la Trazabilidad de Biopsias y Componentes Sanguíneos", de la Circular IP N°5/mayo 2013 e incluida en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015 y el documento elaborado por el prestador, se establecen los siguientes atributos de cumplimiento relacionados al procedimiento de registro:

1. Existencia en el servicio de libro para registro de etapa pre-analítica, cuyos datos mínimos a registrar serán:
   - Fecha de obtención de la muestra
   - Un nombre y dos apellidos del paciente,
   - Ficha, cédula de identidad o DAU
   - Tipo de muestra (órgano, tejido, o zona de muestra
   - N° de contenedores (con muestras del paciente, es decir, frascos, bolsas, placas o tubos).
   - Profesional responsable de la toma de la muestra
   - Responsable de cada traspaso (identificación del funcionario que recibe y entrega)
   - Responsable del traslado a UAP
   - Nombre y firma de quien recepciona en UAP
   - Observaciones (donde se consignan rechazos y su causal)
2. Existencia de registro de etapa analítica (en UAP), ingreso y procesamiento de muestra.
3. Existencia de registro de etapa post-analítica, entrega y recepción de informe de UAP a Unidad de Archivo.
4. Presencia de resultado de examen en ficha clínica.

Biopsias revisadas:
Con la colaboración de la Matrona Encargada de Calidad de Pabellón Maternidad, Secretaria de Recepción de UAP y Funcionario de Archivo se procede a la revisión de los registros de las muestras de biopsias de las pacientes seleccionadas, completando el formulario de registros primarios preparado para el efecto por la evaluadora, en base a la lista de chequeo para aplicación en terreno letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica); puntos 1, 2, 3 y 4, del Oficio Circular IP N° 5 de 06 de mayo de 2013, sobre actualización de "Orientaciones Técnicas para la constatación de la trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos"; contenido en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015:

Muestra N° 1:
Revisión libro de biopsias Pabellón Maternidad: paciente sin número correlativo, folio hoja libro N° 260-261, biopsia tomada

el 15/06/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, rut, tipo muestra "Restos de aborto", N° bolsas 1, nombre cirujano

Traspaso n° 1 Pabellonera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Pabellonera a sala de acopio biopsias pabellón, registra en libro y deja muestra. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico en Enfermería UAP quien registra timbre, firma y fecha recepción 16/06/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 2845 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 16/06/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de rut, origen "Gine", muestra "Aborto", bolsa 1, Médico (de UAP responsable del análisis)

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/2845, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/2845. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/2845.

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 03/07/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 03/07/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/2845.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 2.

Muestra N° 2:

Revisión libro de biopsias Pabellón Maternidad: paciente sin número correlativo, folio hoja libro N° 302-303, biopsia tomada el 02/08/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, rut, tipo muestra "Restos de aborto", N° bolsas 1, nombre cirujano.

Traspaso n° 1 Pabellonera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Pabellonera a sala de acopio biopsias pabellón, registra en libro y deja muestra. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico en Enfermería UAP quien escribe nombre, firma y fecha recepción 03/08/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 3707 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 03/08/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "Maternidad", muestra "Útero", frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis)

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/3707, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/3707. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/3707.

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 13/08/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 14/08/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/3707.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 2.

Muestra N° 3:

Revisión libro de biopsias Pabellón Maternidad: paciente sin número correlativo, folio hoja libro N° 344-345, biopsia tomada el 11/09/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, rut, tipo muestra "Recorte inferior hilo indica cara *antetumoral – clich* cara tumoral", N° bolsas 1, nombre cirujano

Traspaso n° 1 Pabellonera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Pabellonera a sala de acopio biopsias pabellón, registra en

libro y deja muestra. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico en Enfermería UAP quien registra timbre, firma y firma y fecha recepción 11/09/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 4566 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 11/09/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "PM" (Patología mamaria), muestra "Mama", bolsa 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/4566, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/4566. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/4566.

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 14/10/2015, entregado por Secretaria y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 15/10/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/4566.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 3.

PQ: Cardiovascular

Metodología de Constatación:

Para efectuar la trazabilidad se toma una muestra aleatoria de 3 pacientes de las 57 biopsias tomadas en el período evaluado (mayo a octubre 2015), con lo cual, se obtiene el número de correlativo a trazar.

Se procede a revisar los registros de la trazabilidad de la biopsia de cada paciente seleccionado en los libros de registro del Servicio de Pabellón Cardiovascular, de recepción de muestras en UAP, sistema computacional de UAP, entrega de informes a archivo, recepción de informe en archivo y ficha clínica.

Registros revisados (digitales o papel):

Se tienen a la vista los siguientes registros:

1. Registro de envío de biopsias: libro de actas "Biopsias Pabellón Cardiovascular", actualmente en uso, ubicado en la Unidad de Pabellón. Se constata que los datos a consignar en cada columna son:
   - Columna 1: Fecha
   - Columna 2: Nombre
   - Columna 3: N° Clínica
   - Columna 4: Tipo de muestra
   - Columna 5: N° Contenedor
   - Columna 6: Nombre Médico
   - Columna 7: Nombre Arsenalera
   - Columna 8: Nombre Receptor
   - Columna 9: Nombre Receptor Patología
   - Columna 10: Observación
2. Libro de registro de recepción de biopsias denominado "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de la Unidad de Anatomía Patológica. Se constata que los datos a consignar en cada columna son:
   - Columna 1: N° Biopsia
   - Columna 2: Fecha
   - Columna 3: Nombre y apellido paciente
   - Columna 4: Ficha / "CI" (Cédula de identidad)
   - Columna 5: Origen
   - Columna 6: Muestra
   - Columna 7: "B.R" (dato para cobro)
   - Columna 8: "7" (dígito para cobro)
   - Columna 9: Bolsa
   - Columna 10: Frasco
   - Columna 11: Origen
   - Columna 12: Taco
   - Columna 13: Lámina
   - Columna 14: Médico
3. Sistema computacional de UAP para gestión de biopsias, que considera el registro de los siguientes datos en:
   a. Ingreso de Biopsia
      - N° de biopsia

- Número Formulario
- Usuario
- Fecha Recepción
- Datos Personales: RUN, nombres, A. Paterno, A. Materno, Ficha, sexo, fecha nacimiento, edad, dirección, teléfono, n° cuenta, previsión.
- Procedencia del Paciente: Ámbito, Servicio, Procedencia, Cama
- Ingreso de exámenes: examen, cantidad, descripción, Tecnólogo, Técnico

b. Informe de Biopsia
- Datos del paciente: Nombre, RUN, edad, n° ficha, previsión, fecha recepción
- N° Informe
- Solicitante
- Fecha de toma de muestra
- Órgano
- Dr. Toma Muestra
- Tipo Biopsia
- Muestra de
- Prioritario no cáncer
- Cáncer
- Antecedentes
- Código CIE 10
- Examen macroscópico
- Examen histológico
- Fecha del informe
- Médico Anátomo Patólogo
- Estado del informe

4. Formulario de registro envío y recepción de informes a la Unidad de Archivo desde UAP, denominado "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo", que considera el registro de los siguientes datos:
- Secretaria
- Fecha listado
- Columna 1: Tipo
- Columna 2: N° biopsia
- Columna 3: SICLOPE
- Columna 4: Nombre
- Columna 5: N° Ficha
- Columna 6: Dato
- Nombre y apellidos funcionario que recibe en Unidad de Archivo
- Fecha recepción de informes de biopsias

5. Fichas clínicas (de papel) de los pacientes seleccionados.

Atributos de cumplimiento:
Teniendo en consideración las recomendaciones de la lista de chequeo, letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica), detallados en las "Orientaciones Técnicas para la Verificación de la Trazabilidad de Biopsias y Componentes Sanguíneos", de la Circular IP N°5/mayo 2013 e incluida en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015 y el documento elaborado por el prestador, se establecen los siguientes atributos de cumplimiento relacionados al procedimiento de registro:

1. Existencia en el servicio de libro para registro de etapa pre-analítica, cuyos datos mínimos a registrar serán:
- Fecha de obtención de la muestra
- Un nombre y dos apellidos del paciente,
- Ficha, cédula de identidad o DAU
- Tipo de muestra (órgano, tejido, o zona de muestra
- N° de contenedores (con muestras del paciente, es decir, frascos, bolsas, placas o tubos).
- Profesional responsable de la toma de la muestra
- Responsable de cada traspaso (identificación del funcionario que recibe y entrega)
- Responsable del traslado a UAP
- Nombre y firma de quien recepciona en UAP
- Observaciones (donde se consignan rechazos y su causal)

2. Existencia de registro de etapa analítica (en UAP), ingreso y procesamiento de muestra.
3. Existencia de registro de etapa post-analítica, entrega y recepción de informe de UAP a Unidad de Archivo.
4. Presencia de resultado de examen en ficha clínica.

Biopsias revisadas:
Con la colaboración del Enfermero Supervisor de Pabellón Cardiovascular, Secretaria de Recepción de UAP y Funcionario de Archivo se procede a la revisión de los registros de las muestras de biopsias de las pacientes seleccionadas, completando el formulario de registros primarios preparado para el efecto por la evaluadora, en base a la lista de chequeo para aplicación en

terreno letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica); puntos 1, 2, 3 y 4, del Oficio Circular IP N° 5 de 06 de mayo de 2013, sobre actualización de "Orientaciones Técnicas para la constatación de la trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos"; contenido en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015:

Muestra N° 1:

Revisión libro de biopsias Pabellón Cardiovascular: paciente sin número correlativo, folio hoja libro N° 38 - 39, biopsia tomada el 26/05/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, n° de ficha, tipo muestra "Vena safena", N° contenedor 1, nombre médico.

Traspaso n° 1 Arsenalera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Arsenalera a Auxiliar de servicio pabellón cardiovascular. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a médico UAP (Dr. Mancilla) quien registra nombre, firma y fecha recepción 26/05/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 2498 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 26/05/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "Cirugía", muestra "Válvula aortica", frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/2498, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/2498. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/2498.

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 05/08/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 06/08/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/2498.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 1.

Muestra N° 2:

Revisión libro de biopsias Pabellón Cardiovascular: paciente sin número correlativo, folio hoja libro N° 40 - 41, biopsia tomada el 07/09/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, n° de ficha, tipo muestra "Válvula aórtica", N° contenedor 1, nombre médico.

Traspaso n° 1 Arsenalera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Arsenalera a Auxiliar de servicio pabellón cardiovascular. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico de Enfermería UAP quien registra timbre, firma y fecha recepción 10/09/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 4524 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 10/09/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "PC", muestra "Vena", frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/4524, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/4524. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/4524.

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 06/10/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 06/10/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/4524.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 2.

Muestra N° 3:

Revisión libro de biopsias Pabellón Cardiovascular: paciente sin número correlativo, folio hoja libro N° 38 - 39, biopsia tomada el 09/07/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, n° de ficha, tipo muestra "Nódulo cervical izquierdo", N° contenedor 1, nombre médico.

Traspaso n° 1 Arsenalera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Arsenalera a Auxiliar de servicio pabellón cardiovascular. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico de Enfermería UAP quien registra timbre, firma y fecha recepción 09/07/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 3256 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 09/07/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "Cardiovascular", muestra "Nódulo", frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/3256, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/3256. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/3256.

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 17/07/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 20/07/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/3256.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 3.

PRO Endoscópicos: Unidad de Endoscopía

Metodología de Constatación:
La Unidad de Endoscopía realiza procedimientos endoscópicos digestivos altos y bajos, y procedimientos de fibrobroncoscopía.
Para efectuar la trazabilidad se toma una muestra aleatoria de 5 pacientes de las 450 biopsias tomadas en el período evaluado (mayo a octubre 2015), con lo cual, se obtiene el número de correlativo a trazar.
Se procede a revisar los registros de la trazabilidad de la biopsia de cada paciente seleccionado en los libros de registro de la Unidad de Endoscopia, de recepción de muestras en UAP, sistema computacional de UAP, entrega de informes a archivo, recepción de informe en archivo y ficha clínica.

Registros revisados (digitales o papel):
Se tienen a la vista los siguientes registros:

1. Registro de envío de biopsias: libro de actas "Biopsia Unidad de Endoscopía", actualmente en uso, ubicado en la Unidad de Endoscopía. Se constata que los datos a consignar en cada columna son:
   - Columna 1: N°
   - Columna 2: Fecha
   - Columna 3: Nombre del paciente
   - Columna 4: Rut
   - Columna 5: Órgano
   - Columna 6: "N° F" (número de frascos)
   - Columna 7: "N° M" (número de muestras)
   - Columna 8: Médico
   - Columna 9: "TENS"
   - Columna 10: "EU"
   - Columna 11: Auxiliar
   - Columna 12: Patología
   - Columna 13: "Obs"
2. Libro de registro de recepción de biopsias denominado "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de la Unidad de Anatomía Patológica. Se constata que los datos a consignar en cada columna son:
   - Columna 1: N° Biopsia
   - Columna 2: Fecha
   - Columna 3: Nombre y apellido paciente
   - Columna 4: Ficha / "CI" (Cédula de identidad)
   - Columna 5: Origen
   - Columna 6: Muestra

- Columna 7: "B.R" (dato para cobro)
- Columna 8: "7" (dígito para cobro)
- Columna 9: Bolsa
- Columna 10: Frasco
    - Columna 11: Origen
- Columna 12: Taco
- Columna 13: Lámina
- Columna 14: Médico

3. Sistema computacional de UAP para gestión de biopsias, que considera el registro de los siguientes datos en:
    a. Ingreso de Biopsia
        - N° de biopsia
        - Número Formulario
        - Usuario
        - Fecha Recepción
        - Datos Personales: RUN, nombres, A. Paterno, A. Materno, Ficha, sexo, fecha nacimiento, edad, dirección, teléfono, n° cuenta, previsión.
        - Procedencia del Paciente: Ámbito, Servicio, Procedencia, Cama
        - Ingreso de exámenes: examen, cantidad, descripción, Tecnólogo, Técnico
    b. Informe de Biopsia
        - Datos del paciente: Nombre, RUN, edad, n° ficha, previsión, fecha recepción
        - N° Informe
        - Solicitante
        - Fecha de toma de muestra
        - Órgano
        - Dr. Toma Muestra
        - Tipo Biopsia
        - Muestra de
        - Prioritario no cáncer
        - Cáncer
        - Antecedentes
        - Código CIE 10
        - Examen macroscópico
        - Examen histológico
        - Fecha del informe
        - Médico Anátomo Patólogo
        - Estado del informe
4. Formulario de registro envío y recepción de informes a la Unidad de Archivo desde UAP, denominado "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo", que considera el registro de los siguientes datos:
    - Secretaria
    - Fecha listado
    - Columna 1: Tipo
    - Columna 2: N° biopsia
    - Columna 3: SICLOPE
    - Columna 4: Nombre
    - Columna 5: N° Ficha
    - Columna 6: Dato
    - Nombre y apellidos funcionario que recibe en Unidad de Archivo
    - Fecha recepción de informes de biopsias
5. Fichas clínicas (de papel) de los pacientes seleccionados.

Atributos de cumplimiento:
Teniendo en consideración las recomendaciones de la lista de chequeo, letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica), detallados en las "Orientaciones Técnicas para la Verificación de la Trazabilidad de Biopsias y Componentes Sanguíneos", de la Circular IP N°5/mayo 2013 e incluida en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015 y el documento elaborado por el prestador, se establecen los siguientes atributos de cumplimiento relacionados al procedimiento de registro:

1. Existencia en la Unidad de libro para registro de etapa pre-analítica, cuyos datos mínimos a registrar serán:
    - Fecha de obtención de la muestra
    - Un nombre y dos apellidos del paciente,
    - Ficha, cédula de identidad o DAU
    - Tipo de muestra (órgano, tejido, o zona de muestra
    - N° de contenedores (con muestras del paciente, es decir, frascos, bolsas, placas o tubos).
    - Profesional responsable de la toma de la muestra

- Responsable de cada traspaso (identificación del funcionario que recibe y entrega)
- Responsable del traslado a UAP
- Nombre y firma de quien recepciona en UAP
- Observaciones (donde se consignan rechazos y su causal)

2. Existencia de registro de etapa analítica (en UAP), ingreso y procesamiento de muestra.
3. Existencia de registro de etapa post-analítica, entrega y recepción de informe de UAP a Unidad de Archivo.
4. Presencia de resultado de examen en ficha clínica.

Biopsias revisadas:

Con la colaboración de la Enfermera Supervisora de la Unidad de Endoscopía, Secretaria de Recepción de UAP y Funcionario de Archivo se procede a la revisión de los registros de las muestras de biopsias de las pacientes seleccionadas, completando el formulario de registros primarios preparado para el efecto por la evaluadora, en base a la lista de chequeo para aplicación en terreno letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica); puntos 1, 2, 3 y 4, del Oficio Circular IP N° 5 de 06 de mayo de 2013, sobre actualización de "Orientaciones Técnicas para la constatación de la trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos"; contenido en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015:

Muestra N° 1:

Revisión libro de biopsias Unidad de Endoscopía: paciente con correlativo n° 35, folio hoja libro N° 59 - 60, biopsia tomada el 15/07/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, n° de Rut, Órgano "Antro", N° F 1, N° M 3, médico.

Traspaso n° 1 Enfermera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Enfermera a Auxiliar de servicio Unidad Endoscopía. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico Enfermería UAP quien registra timbre, firma y fecha recepción 15/07/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 3342 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 15/07/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "Endoscopía", muestra "Estómago", frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/3342, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/3342. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/3342.

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 22/07/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 23/07/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/3342.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 1.

Muestra N° 2:

Revisión libro de biopsias Unidad de Endoscopía: paciente correlativo n° 22, folio hoja libro N° 66 - 67, biopsia tomada el 13/08/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, n° de Rut, **Órgano "Antro", N° F 1, N° M 5 y Órgano "Fondo", N° F 2, N° M 2**, médico.

Traspaso n° 1 Enfermera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Enfermera a Auxiliar de servicio Unidad Endoscopía. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico Enfermería UAP quien registra nombre y fecha recepción 14/08/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, **columna observación, no consigna registro**.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 3936 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 14/08/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "Endoscopía", **muestra "Estómago", frasco 1**, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/3936, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente los exámenes ingresados, con código Fonasa, cantidad 3 y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado,

para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/3936 y dos números encerrados en círculo, uno ilegible y un 2, también se constata que en la **solicitud de examen efectuada en la Unidad de Endoscopía se registra en "N° de frascos o bolsas 2" y en Detalle muestras tomadas "Frasco I (4 m) Antro – Frasco II (2 m) Fondo**"

Una vez informado el examen por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/3936.

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 03/09/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha 07/09/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/3936.

De acuerdo a los atributos de la lista de chequeo para aplicación en terreno letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica); punto 2, del Oficio Circular IP N° 5 de 06 de mayo de 2013, contenido en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015 y lo establecido en el procedimiento institucional, se constata inconsistencia de los siguientes aspectos:

a. En etapa pre analítica:
   - El registro efectuado en el "Libro Biopsia Unidad de Endoscopía" difiere de lo registrado en la "Solicitud de Examen Histopatológico", aspecto que de acuerdo al procedimiento institucional es motivo de rechazo de las muestras en la UAP, punto 7.1.6.1 "Aplicación de criterios de rechazo", letra b) la cual indica como motivo de rechazo "biopsias que no concuerden los datos de la solicitud con el rótulo de la bolsa o frasco y con el libro de registro de la unidad de origen".
   - La UAP en el libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", consigna la recepción de 1 frasco, siendo recibidos efectivamente 3 frascos.

La muestra N° 2 no cumple la trazabilidad.

Muestra N° 3:

Revisión libro de biopsias Unidad de Endoscopía: paciente con correlativo n° 59, folio hoja libro N° 69 - 70, biopsia tomada el 26/08/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, n° de Rut, Órgano "Duodeno", N° F 1, N° M 2, médico.

Traspaso n° 1 Enfermera recibe muestra, **Traspaso n° 2** de Enfermera Unidad Endoscopía a Técnico Enfermería UAP quien registra timbre, firma y fecha recepción 26/08/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 4205 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 26/08/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "Endosc", muestra "Duodeno", frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/4205, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/4205. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/4205.

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 04/09/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 07/09/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/4205.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 3.

Muestra N° 4:

Revisión libro de biopsias Unidad de Endoscopía: paciente con correlativo n° 39, folio hoja libro N° 73 - 74, biopsia tomada el 29/09/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, n° de Rut, Órgano "Lóbulo Superior Derecho", N° F 1, N° M 3, médico Zambrano.

Traspaso n° 1 Enfermera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Enfermera a Auxiliar de servicio Unidad Endoscopía. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico Enfermería UAP quien registra timbre, firma y fecha

recepción 29/09/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 4893 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 29/09/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "Endoscopia", muestra "Pulmón", frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/4893, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/4893. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/4893.

En el caso de la muestra la entrega del informe es prioritaria (menor plazo al normal establecido) debido a que el diagnóstico es de carácter maligno. Se envía una copia del informe del examen a la Unidad de Endoscopía, se constata registro en libro "Registro de Entrega de Biopsias Valores Críticos a Centros Derivadores – RG-UAP-02", ubicado en UAP, de entrega del informe y recepción por Enfermera de la Unidad el 13/10/2015 a las 09:45 hrs, en dicha área se procede al aviso al paciente. Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 13/10/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra firma y fecha recepción 14/10/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/4893.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 4.

Muestra N° 5:

Revisión libro de biopsias Unidad de Endoscopía: paciente con correlativo n° 39, folio hoja libro N° 73 - 74, biopsia tomada el 28/09/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, n° de Rut, Órgano "Lóbulo Inferior Derecho", N° F 1, N° M 3, médico.

Traspaso n° 1 Enfermera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Enfermera a Auxiliar de servicio Unidad Endoscopía **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico Enfermería UAP quien registra timbre, firma y fecha recepción 29/09/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 4879 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 29/09/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "Endoscopia", muestra "Pulmón D", frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/4879, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/4879. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/4879.

En el caso de la muestra la entrega del informe es prioritaria (menor plazo al normal establecido) debido a que el diagnóstico es de carácter maligno. Se envía una copia del informe del examen al CAE (Consultorio Adosado de Especialidades), se constata registro en libro "Registro de Entrega de Biopsias Valores Críticos a Centros Derivadores – RG-UAP-02", ubicado en UAP, de entrega del informe y recepción por Enfermera Supervisora CAE el 07/10/2015 a las 15:30 hrs, en dicha área se procede al aviso al paciente. Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 08/10/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra firma y fecha 13/10/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/4879.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 5.

PRO Endoscópicos: Pabellón Cistoscopía (Pabellón Central)

Metodología de Constatación:

El pabellón de cistoscopía depende administrativamente de Pabellón Central y sus dependencias se encuentran ubicadas fuera del la Unidad de Pabellón. Cuando se toma una muestra de biopsia se sigue el procedimiento de Pabellón Central y se registra en el libro de biopsias de éste, marcándolas con destacador para su identificación.
Para efectuar la trazabilidad se toma una muestra al azar de 3 pacientes de biopsias tomadas en el período evaluado (mayo a octubre 2015).
Se procede a revisar los registros de la trazabilidad de la biopsia de cada paciente seleccionado en los libros de registro del Servicio de Pabellón Central, de recepción de muestras en UAP, sistema computacional de UAP, entrega de informes a archivo, recepción de informe en archivo y ficha clínica.

Registros revisados (digitales o papel):

Se tienen a la vista los siguientes registros:

1. Registro de envío de biopsias: libro de actas "Biopsias 2014 - 2015", actualmente en uso, ubicado en la sala de acopio de biopsias de Pabellón Central. Se constata que los datos a consignar en cada columna son:
   - Columna 1: N°
   - Columna 2: Fecha
   - Columna 3: Nombre paciente
   - Columna 4: Edad
   - Columna 5: Rut
   - Columna 6: Médico
   - Columna 7: Muestra
   - Columna 8: Arsenalera
   - Columna 9:Pabellonera
   - Columna 10: "E" (entrega)
   - Columna 11: "R" (recibe)
   - Columna 12: Observación/Rechazo
2. Libro de registro de recepción de biopsias denominado "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de la Unidad de Anatomía Patológica. Se constata que los datos a consignar en cada columna son:
   - Columna 1: N° Biopsia
   - Columna 2: Fecha
   - Columna 3: Nombre y apellido paciente
   - Columna 4: Ficha / "CI" (Cédula de identidad)
   - Columna 5: Origen
   - Columna 6: Muestra
   - Columna 7: "B.R" (dato para cobro)
   - Columna 8: "7" (dígito para cobro)
   - Columna 9: Bolsa
   - Columna 10: Frasco
   - Columna 11: Origen
   - Columna 12: Taco
   - Columna 13: Lámina
   - Columna 14: Médico
3. Sistema computacional de UAP para gestión de biopsias, que considera el registro de los siguientes datos en:
   a. Ingreso de Biopsia
      - N° de biopsia
      - Número Formulario
      - Usuario
      - Fecha Recepción
      - Datos Personales: RUN, nombres, A. Paterno, A. Materno, Ficha, sexo, fecha nacimiento, edad, dirección, teléfono, n° cuenta, previsión.
      - Procedencia del Paciente: Ámbito, Servicio, Procedencia, Cama
      - Ingreso de exámenes: examen, cantidad, descripción, Tecnólogo, Técnico
   b. Informe de Biopsia
      - Datos del paciente: Nombre, RUN, edad, n° ficha, previsión, fecha recepción
      - N° Informe
      - Solicitante
      - Fecha de toma de muestra
      - Órgano
      - Dr. Toma Muestra
      - Tipo Biopsia
      - Muestra de
      - Prioritario no cáncer
      - Cáncer
      - Antecedentes
      - Código CIE 10
      - Examen macroscópico

- Examen histológico
- Fecha del informe
- Médico Anátomo Patólogo
- Estado del informe

4. Formulario de registro envío y recepción de informes a la Unidad de Archivo desde UAP, denominado "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo", que considera el registro de los siguientes datos:
   - Secretaria
   - Fecha listado
   - Columna 1: Tipo
   - Columna 2: N° biopsia
   - Columna 3: SICLOPE
   - Columna 4: Nombre
   - Columna 5: N° Ficha
   - Columna 6: Dato
   - Nombre y apellidos funcionario que recibe en Unidad de Archivo
   - Fecha recepción de informes de biopsias
5. Fichas clínicas (de papel) de los pacientes seleccionados.

Atributos de cumplimiento:
Teniendo en consideración las recomendaciones de la lista de chequeo, letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica), detallados en las "Orientaciones Técnicas para la Verificación de la Trazabilidad de Biopsias y Componentes Sanguíneos", de la Circular IP N°5/mayo 2013 e incluida en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015 y el documento elaborado por el prestador, se establecen los siguientes atributos de cumplimiento relacionados al procedimiento de registro:

1. Existencia en el servicio de libro para registro de etapa pre-analítica, cuyos datos mínimos a registrar serán:
   - Fecha de obtención de la muestra
   - Un nombre y dos apellidos del paciente,
   - Ficha, cédula de identidad o DAU
   - Tipo de muestra (órgano, tejido, o zona de muestra
   - N° de contenedores (con muestras del paciente, es decir, frascos, bolsas, placas o tubos). Este ítem no aplica para Pabellón Central, quienes en caso de ser más de un contenedor registraran en una fila independiente las veces necesarias de acuerdo al número de contenedores.
   - Profesional responsable de la toma de la muestra
   - Responsable de cada traspaso (identificación del funcionario que recibe y entrega)
   - Responsable del traslado a UAP
   - Nombre y firma de quien recepciona en UAP
   - Observaciones (donde se consignan rechazos y su causal)
2. Existencia de registro de etapa analítica (en UAP), ingreso y procesamiento de muestra.
3. Existencia de registro de etapa post-analítica, entrega y recepción de informe de UAP a Unidad de Archivo.
4. Presencia de resultado de examen en ficha clínica.

Biopsias revisadas:
Con la colaboración de la enfermera Supervisora y Encargada de Calidad de Pabellón Central, Secretaria de Recepción de UAP y Funcionario de Archivo se procede a la revisión de los registros de las muestras de biopsias de los pacientes seleccionados, completando el formulario de registros primarios preparado para el efecto por la evaluadora, en base a la lista de chequeo para aplicación en terreno letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica); puntos 1, 2, 3 y 4, del Oficio Circular IP N° 5 de 06 de mayo de 2013, sobre actualización de "Orientaciones Técnicas para la constatación de la trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos"; contenido en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015:

Muestra N° 1:

Revisión Libro de biopsias Pabellón Central: paciente con correlativo no visible, folio hoja libro n° 94-95, biopsia tomada el 03/07/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, edad, Rut, médico, muestra "Mucosa Vesical". **Traspaso n° 1** Pabellonera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Pabellonera a sala de acopio biopsias pabellón, registra en libro y deja muestra. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado, a Técnico en Enfermería UAP quien registra timbre, firma y fecha recepción 06/07/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 3171 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 06/07/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° ficha, origen "Pab. Central", muestra Mucosa, frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/3171 los datos de

identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, , se constata solicitud con N° "15/3171". Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP Informe de Biopsia, el informe N° 15/3171

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 15/07/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 17/07/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/3171.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 1.

Muestra N° 2:

Revisión Libro de biopsias Pabellón Central: paciente sin correlativo visible, folio hoja libro n° 108-109, biopsia tomada el 27/07/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, edad, Rut, médico, muestra "Bp: Mucosa vesical".

Traspaso n° 1 Pabellonera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Pabellonera a sala de acopio biopsias pabellón, registra en libro y deja muestra. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico en Enfermería UAP quien registra timbre y fecha recepción 29/07/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 3585 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 29/07/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "Pab. Ctral", muestra "Mucosa vesical", frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/3585, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/3585. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP Informe de Biopsia, el informe N° 15/3585

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 13/08/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 14/08/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/3585.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 2.

Muestra N° 3:

Revisión Libro de biopsias Pabellón Central: n° correlativo paciente y folio hojas libro no visible, biopsia tomada el 17/09/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, edad, rut, médico, muestra "Vejiga".

Traspaso n° 1 Pabellonera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Pabellonera a sala de acopio biopsias pabellón, registra en libro y deja muestra. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico en Enfermería UAP quien registra timbre y fecha recepción 21/09/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 4662 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 21/09/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "P. Urología", muestra "Vejiga" , frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/4662, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/4662. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de

UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP Informe de Biopsia, el informe N° 15/4662.

En el caso de la muestra la entrega del informe es prioritaria (menor plazo al normal establecido) debido a que el diagnóstico es de carácter maligno. Se envía una copia del informe del examen al CAE (Consultorio Adosado de Especialidades), se constata registro en libro "Registro de Entrega de Biopsias Valores Críticos a Centros Derivadores – RG-UAP-02", ubicado en UAP, de entrega del informe y recepción por Enfermera Supervisora CAE el 05/10/2015 a las 12:54 hrs, en dicha área se procede al aviso al paciente. Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 06/10/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra firma y fecha recepción 06/10/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/4662.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 3.

CARACTERÍSTICA GCL 1.11 OBLIGATORIA /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	APA	PQ	PRO Endoscópicos
Primer elemento medible	1	1	1
Segundo elemento medible		1	0
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 4/5	Porcentaje obtenido: 80%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA GCL 1.12 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

GCL 1.12 – Primer elemento medible: Se describen en documento de carácter institucional los siguientes elementos relacionados con la identificación de pacientes. Se han definido los responsables de su aplicación

Dirección o Gerencia							
Nombre del documento: Procedimiento Identificación de Pacientes							
N° Resolución: 16355 del 26/09/2014		Versión: 5			Fecha: Agosto 2014		
Elaborado por: Viviana Porcile N., Subdirección de Enfermería Sandra Soto V., Subdirección de Matronería				Aprobado por: Juana Pérez M., Director (S), Hospital Regional Antofagasta			
Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 5 años			N° páginas: 16		
El documento describe la obligatoriedad de identificación al menos en: (Si/No)							
1. Recién Nacidos	Si	2. Pacientes pediátricos	Si	3. Pacientes c/compromiso conciencia	Si	4. Pacientes ingresados a pabellón	Si
El documento describe al menos los siguientes elementos: (Si/No)							
a). Tipo de identificación	Si	b). Datos a incluir en la identificación	Si	c). Responsables de la identificación			Si
Se constata el (los) documento (s) en los siguientes puntos de verificación:							
Dirección (1, 2, 3 y 4)	PQ (1 y 4)	UPC Ad (3 y 4)	UPC Ped (2)	UPC Neo (1)	Med (3)	Ped (2)	Neo (1)
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Breve descripción de los aspectos más relevantes del documento:

En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento identificación de pacientes, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, referencias, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.

En alcance, página 2, determina que el ámbito de aplicación será a todos los pacientes adultos y pediátricos que se hospitalicen, así como a todo recién nacido (RN) y paciente que ingrese a pabellón. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán las enfermeras o matronas, Técnicos paramédicos, Médicos, Profesionales no médicos de las unidades de apoyo, técnico de anestesia, Supervisor clínico de la Unidad, Jefe de Unidad Asistencial y Asistente Social. En ítem n° 4 "Definiciones", se establece la identificación se hará mediante brazalete de vinil u otro material.

En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 a 8) se detalla el elemento mediante el cual se verifica la identidad según tipo de paciente: cédula de identidad del paciente, Dato de Atención de Urgencia (DAU), cédula de identidad de la madre o certificado de nacimiento; en tabla N° 2 "Datos a incluir en el brazalete de identificación" se indican los datos a registrar según paciente: primer nombre, dos apellidos, y RUT en pacientes adultos y pediátricos. En el caso de recién nacido inmediato los datos a registrar serán "Hijo de, nombre y dos apellidos de la madre, RUT de la madre, fecha y hora de nacimiento, sexo del recién nacido, en caso de parto gemelar se consigna el orden de nacimiento agregando gemelo I o gemelo II.

En anexo 1 "Indicador" se describe la ficha técnica del indicador utilizado y en los anexos 2 y 3 las pautas de supervisión de pacientes adultos y pediátricos y del recién nacido inmediato respectivamente, utilizadas para la evaluación.

El mismo documento constatado en Dirección Médica se tiene a la vista en los servicios y unidades de los puntos de verificación detallados a continuación:

1. PQ: Unidades de Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular
2. UPC Ad: UCI, UTI MQ (Intermedio), UCI Coronaria
3. UPC Ped: Unidad de Paciente Crítico Pediátrica
4. UPC Neo: Unidad de Paciente Crítico Neonatal
5. Med: Servicio de Medicina, Unidad de Atención Progresiva al Paciente (UAPP) y Unidad de Pensionado Médico-Quirúrgico
6. Ped: Servicio de Pediatría diferenciado en Lactantes A y B, Segunda Infancia
7. Neo: Unidad de Neonatología

GCL 1.12 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

PQ: Pabellón Central / Pabellón Maternidad / Pabellón Cardiovascular	
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes identificados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo / N° total de pacientes evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 90% en pacientes adultos 100% en recién nacidos y pacientes pediátricos	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad: UCI Adulto / UTI MQ / UCI Coronaria	
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes identificados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo / N° total de pacientes evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 90% en pacientes adultos	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ped	
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes identificados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo / N° total de pacientes evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 100% en recién nacidos y pacientes pediátricos	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Neo	
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes identificados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo / N° total de pacientes evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 100% en recién nacidos y pacientes pediátricos	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med: Servicio Medicina / UAPP / Pensionado	
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes identificados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo / N° total de pacientes evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 90% en pacientes adultos	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Ped	
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes identificados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo / N° total de pacientes evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 100% en recién nacidos y pacientes pediátricos	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Neo	
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes identificados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo / N° total de pacientes evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 100% en recién nacidos y pacientes pediátricos	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 1.12 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

PQ: Pabellón Central	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Jeannette Flores Arancibia, Supervisora Pabellón Central / Enfermeros clínicos de Recuperación
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La Unidad de Pabellón Central realiza una pauta diaria de lunes a domingo en Recuperación, el paciente a evaluar se selecciona al azar. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
PQ: Pabellón Maternidad	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Andrea Rivera Inostroza, Encargada Calidad Pabellón Maternidad
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20

	pautas/mes. La Unidad de Pabellón Maternidad realiza una pauta diaria de lunes a viernes, sólo a pacientes adultas, la paciente a evaluar se selecciona al azar. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
PQ: Pabellón Cardiovascular	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Raúl Contreras Vega, Supervisor Pabellón Cardiovascular
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La Unidad de Pabellón Cardiovascular realiza, en lo posible, una pauta diaria de lunes a viernes, el paciente a evaluar se selecciona al azar. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
UPC Ad.: UCI Adulto	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Tirsa González Antiquera, Supervisora UCI Adulto
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La UCI adultos realiza, una pauta diaria de lunes a viernes, para la selección del paciente se randomiza la semana, el día y la cama a evaluar. El criterio de sustitución utilizado es el paciente siguiente o anterior. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
UPC Ad.: UTI MQ	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Rossana Pacheco Escalera, Supervisora UTI MQ
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La UTI MQ realiza una pauta diaria de lunes a viernes, para la selección del paciente se randomiza la semana, el día y la cama a evaluar (son 24 camas). La aplica la supervisora. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
UPC Ad.: UCI Coronaria	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Magdalena Cerda Saavedra, Supervisora UCI Coronaria
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La UCI Coronaria aplica pautas 2 días a la semana de lunes a viernes. Para la selección del paciente se randomizan 2 días de la semana y la cama a evaluar (son 10 camas y se encuentra

	bloqueada la n° 6). Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
UPC Ped.	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Verónica Contreras Toro, Supervisora UPCP / Katherine Castillo Gutiérrez, Supervisora (S) UPCP
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La UPC Pediátrica realiza, una pauta diaria de lunes a viernes, para la selección del paciente randomizan la cama a evaluar. El criterio de sustitución utilizado es la cama siguiente o la anterior. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
UPC Neo	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Marcela Rojo Vera, Supervisora UPC Neonatal
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos - RG-SDEM-03-03 para recién nacido inmediato
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La UPC Neo, tiene pacientes de cuidados intensivos (UCI) y cuidados intermedios (TIM) y aplica una pauta diaria de lunes a viernes a cada tipo de pacientes, en total 40 pautas/mes. Para la selección del paciente randomizan el cupo a evaluar enumerando en forma correlativa las incubadoras. El criterio de sustitución utilizado es el paciente siguiente. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: I. Para RN inscrito pauta supervisión RG-SDEM-03-02 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad II. Para RN no inscrito pauta de supervisión RG-SDEM-03-03 1. Paciente con brazalete 2. Hijo de … 3. Primer nombre de la madre 4. 2 apellidos de la madre 5. Rut de la madre 6. Sexo del RN 7. Hora de nacimiento 8. Fecha de nacimiento Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Med.: Servicio de Medicina	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Alejandra Millies García, Supervisora Servicio de Medicina / Enfermeras Clínicas
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. El Servicio de Medicina aplica pautas 1 día a la semana de lunes a viernes. Para la selección del paciente se randomizan las semanas del año, el día de la semana y la cama a evaluar (son 64 camas). Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos

	4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Med.: UAPP	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Alejandra Cuevas Maita, Encargada de Calidad UAPP / Rosa Santander Osorio, Supervisora UAPP
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La UAPP aplica 1 diaria de lunes a viernes. Para la selección del paciente se randomizan las camas a evaluar (son 14 camas), anualmente. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Med.: Pensionado Médico-Quirúrgico	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Sandra González Erazo, Encargada de Calidad Pensionado
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La unidad de Pensionado aplica 1 diaria de lunes a viernes. Para la selección del paciente se randomizan las camas a evaluar (son 24 camas), anualmente. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Ped.	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Carolina UrRutia Oswen, Encargada de Calidad Pediatría
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. El Servicio de Pediatría aplica 1 diaria de lunes a viernes. Para la selección del paciente se randomizan el día la sala y la cama a evaluar. El criterio de sustitución es el paciente siguiente. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Neo	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Ximena Alfaro Salinas, Supervisora Neonatología
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos - RG-SDEM-03-03 para recién nacido inmediato
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La Unidad de Neonatología realiza, una pauta diaria de lunes a viernes, para la selección del paciente randomizan el cupo a evaluar. El criterio de sustitución utilizado es el paciente siguiente. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: I. Para RN inscrito, pauta supervisión RG-SDEM-03-02 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT

	5. Legibilidad II. Para RN no inscrito, pauta de supervisión RG-SDEM-03-03 1. Paciente con brazalete 2. Hijo de … 3. Primer nombre de la madre 4. 2 apellidos de la madre 5. Rut de la madre 6. Sexo del RN 7. Hora de nacimiento 8. Fecha de nacimiento Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Central

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	30	30	30	30	30	29	179
N° Total Pautas	30	30	30	30	30	30	180
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	96.7	99

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Central

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes Adultos y Pediátricos" de Pabellón Central, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 30 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la fecha de cada evaluación, el Rut del paciente, los atributos definidos y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro. Las pautas en los meses de mayo, junio, septiembre y octubre no consignan la Unidad de aplicación.

Mes /Año	Total periodo					
N° Pautas cumplidas /	179					
N° Total Pautas	180					
% Cumplimiento	99					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 99% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (179/180= 99%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Maternidad

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	19	119
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	95	99

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Maternidad

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes Adultos y Pediátricos" de Pabellón Maternidad, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la fecha de cada evaluación, el Rut del paciente, los atributos definidos. Las pautas en los meses de mayo, julio y octubre las pautas no consignan la unidad de aplicación y en los meses de mayo, junio y septiembre no consignan evaluador.

Mes /Año	Total periodo					
N° Pautas cumplidas /	119					
N° Total Pautas	120					
% Cumplimiento	99					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 99% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (119/120= 99%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Cardiovascular

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20	120
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Cardiovascular

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes Adultos y Pediátricos" de Pabellón Cardiovascular, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes y la Unidad de aplicación, la fecha de cada evaluación, el Rut del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales del evaluador frente a cada medición.

Mes /Año	Total periodo					

N° Pautas cumplidas /	120						
N° Total Pautas	120						
% Cumplimiento	100						

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (120/120= 100%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad.: UCI Adultos

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	19	19	18	116
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	95	95	90	97

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad.: UCI Adultos

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes Adultos y Pediátricos" de UCI Adultos, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes y la Unidad de aplicación, la fecha de cada evaluación, el Rut del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y la firma abreviada del evaluador frente a cada medición.

Mes /Año	Total periodo						
N° Pautas cumplidas /	116						
N° Total Pautas	120						
% Cumplimiento	97						

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 97% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (116/120= 97%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad.: UTI MQ

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	17	20	18	18	18	17	108
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	85	100	90	90	90	85	90

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad.: UTI MQ

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes adultos y pediátricos" de UTI MQ, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes y la Unidad de aplicación, la fecha de cada evaluación, el Rut del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales del evaluador frente a cada medición. Al pie de página se consiga el total de pautas aplicadas, cumplidas y el porcentaje del mes, en los meses de agosto, septiembre y octubre se consigna sustitución de pacientes, registrando el número de cama por el cual se sustituye.

Mes /Año	Total periodo						
N° Pautas cumplidas /	108						
N° Total Pautas	120						
% Cumplimiento	90						

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 97% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (108/120= 90%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad.: UCI Coronaria

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	18	19	19	19	19	20	114
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	90	95	95	95	95	100	95

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad.: UCI Coronaria

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes adultos y pediátricos" de UCI Coronaria, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes y la Unidad de aplicación, la fecha de cada evaluación, el Rut del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales del evaluador frente a cada medición.

Mes /Año	Total periodo						
N° Pautas cumplidas /	114						
N° Total Pautas	120						
% Cumplimiento	95						

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 97% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores

reportados por el prestador (114/120= 95%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ped.

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20	120
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ped.

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes adultos y pediátricos" de UPCP, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes y la Unidad de aplicación, la fecha de cada evaluación, el Rut del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales del evaluador frente a cada medición.

Mes /Año	Total periodo					
N° Pautas cumplidas /	120					
N° Total Pautas	120					
% Cumplimiento	100					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (120/120= 100%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Neo: UCI

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	17	20	20	20	20	20	117
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	85	100	100	100	100	100	97

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Neo: UCI

Describir constatación
El prestador en UPC Neo considera pacientes de cuidado intensivo (UCI) y cuidado intermedio (TIM) y evalúa en forma separada cada tipo de pacientes, motivo por el cual presenta 20 evaluaciones/mes de UCI y 20 evaluaciones/mes de TIM.
Se constata en UCI el total de evaluaciones del período revisando las "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes adultos y pediátricos y Pauta de Supervisión Identificación de recién nacido (RN) inmediato", según corresponda a RN inscrito o no inscrito.
Se tienen a la vista de los meses del periodo evaluado las pautas según se detalla:
- Mayo, 9 mediciones de RN inmediato y 11 de adulto-pediátrico
- Junio, 1 medición de RN inmediato y 19 de adulto-pediátrico
- Julio, 6 mediciones de RN inmediato y 14 de adulto-pediátrico
- Agosto, 7 mediciones de RN inmediato y 13 de adulto-pediátrico
- Septiembre, 4 mediciones de RN inmediato y 16 de adulto-pediátrico
- Octubre, 10 mediciones de RN inmediato y 10 de adulto-pediátrico

Se constata en todas ellas el registro de la Unidad y el mes evaluado, la fecha de cada medición, el Rut del paciente o de la medre según corresponda, los criterios definidos, el cumplimiento y el nombre de quien evalúa frente a cada medición.

Mes /Año	Total periodo					
N° Pautas cumplidas /	117					
N° Total Pautas	120					
% Cumplimiento	97					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 97% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (117/120= 97%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Neo: TIM

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	19	19	20	20	20	19	117
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	95	95	100	100	100	95	97

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Neo: TIM

Describir constatación
El prestador en UPC Neo considera pacientes de cuidado intensivo (UCI) y cuidado intermedio (TIM) y evalúa en forma separada cada tipo de pacientes, motivo por el cual presenta 20 evaluaciones/mes de UCI y 20 evaluaciones/mes de TIM.
Se constata en TIM el total de evaluaciones del período revisando las "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes adultos y pediátricos y Pauta de Supervisión Identificación de recién nacido (RN) inmediato", según corresponda a RN inscrito o no inscrito.
Se tienen a la vista de los meses del periodo evaluado las pautas según se detalla:
- Mayo, 7 mediciones de RN inmediato y 13 de adulto-pediátrico
- Junio, 1 medición de RN inmediato y 19 de adulto-pediátrico
- Julio, 3 mediciones de RN inmediato y 17 de adulto-pediátrico
- Agosto, 3 mediciones de RN inmediato y 17 de adulto-pediátrico
- Septiembre, 5 mediciones de RN inmediato y 15 de adulto-pediátrico
- Octubre, 10 mediciones de RN inmediato y 10 de adulto-pediátrico

Se constata en todas ellas el registro de la Unidad y el mes evaluado, la fecha de cada medición, el Rut del paciente o de la

medre según corresponda, los criterios definidos, el cumplimiento y el nombre de quien evalúa frente a cada medición.

Mes /Año	Total periodo					
N° Pautas cumplidas /	117					
N° Total Pautas	120					
% Cumplimiento	97					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 97% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (117/120= 97%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med: Servicio de Medicina

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	18	18	18	18	18	18	108
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	90	90	90	90	90	90	90

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: Servicio de Medicina

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes adultos y pediátricos" del Servicio de Medicina, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignada la fecha de cada medición, la sala y la cama, el Rut del paciente, los criterios definidos, el cumplimiento y las iniciales de quien evalúa frente a cada medición. Al pie de página se consiga el total de pautas aplicadas, cumplidas y el porcentaje del mes

Mes /Año	Total periodo					
N° Pautas cumplidas /	108					
N° Total Pautas	120					
% Cumplimiento	90					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 90% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (108/120= 90%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med: UAPP

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	18	19	18	19	20	20	114
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	90	95	90	95	100	100	95

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: UAPP

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes adultos y pediátricos" de UAPP, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes y la unidad de evaluación, la fecha de cada medición, el Rut del paciente, los criterios definidos, el cumplimiento y las iniciales de quien evalúa frente a cada medición. Al pie de página se consiga el total de pautas aplicadas, cumplidas y el porcentaje del mes.
Se constata que en el mes de mayo hubo error en la transcripción al informe, siendo 17 las evaluaciones que cumplen en lugar de las 18 consignadas. Las evaluaciones tienen registrado si el paciente corresponde a paciente de medicina o cirugía.

Mes /Año	Total periodo					
N° Pautas cumplidas /	113					
N° Total Pautas	120					
% Cumplimiento	94					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 95% para el periodo evaluado, los valores constatados se encuentran en el rango de lo reportado por el prestador (113/120= 94%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med: Pensionado

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	20	20	19	20	20	20	119
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	95	100	100	100	99

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: Pensionado

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes adultos y pediátricos" de Pensionado, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes y la unidad de evaluación, la fecha de cada medición, el Rut del paciente, los criterios definidos, el cumplimiento y las iniciales de quien evalúa frente a cada medición. Las evaluaciones tienen registrado si el paciente corresponde a paciente de medicina o cirugía.

Mes /Año	Total					

	periodo					
N° Pautas cumplidas /	119					
N° Total Pautas	120					
% Cumplimiento	99					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 99% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con lo reportado por el prestador (119/120= 99%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Ped

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20	120
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Ped

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes adultos y pediátricos" de Pensionado, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes y la unidad de evaluación, la fecha de cada medición, el Rut del paciente, los criterios definidos, el cumplimiento, las iniciales de quien evalúa frente a cada medición y el sector la sala y la cama del paciente. Al pie de página se consiga el porcentaje de cumplimiento del mes.

Mes /Año	Total periodo						
N° Pautas cumplidas /	120						
N° Total Pautas	120						
% Cumplimiento	100						

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con lo reportado por el prestador (120/120= 100%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Neo

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20	120
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Neo

Describir constatación
Se constata en la unidad de Neonatología el total de evaluaciones del período revisando las "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes adultos y pediátricos y Pauta de Supervisión Identificación de recién nacido (RN) inmediato", según corresponda a RN inscrito o no inscrito.
Se tienen a la vista de los meses del periodo evaluado las pautas según se detalla:
- Mayo, 12 mediciones de RN inmediato y 8 de adulto-pediátrico
- Junio, 4 medición de RN inmediato y 16 de adulto-pediátrico
- Julio, 11 mediciones de RN inmediato y 9 de adulto-pediátrico
- Agosto, 10 mediciones de RN inmediato y 10 de adulto-pediátrico
- Septiembre, 10 mediciones de RN inmediato y 10 de adulto-pediátrico
- Octubre, 6 mediciones de RN inmediato y 14 de adulto-pediátrico

Se constata en todas ellas el registro de la Unidad y el mes evaluado, la fecha de cada medición, el Rut del paciente o de la medre según corresponda, los criterios definidos, el cumplimiento y el nombre de quien evalúa frente a cada medición.

Mes /Año	Total periodo						
N° Pautas cumplidas /	120						
N° Total Pautas	120						
% Cumplimiento	100						

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con lo reportado por el prestador (120/120= 100%), se considera cumplido el elemento medible.

GCL 1.12 – Cuarto elemento medible: Se constata identificación de pacientes

Para todos los puntos de verificación

Atributo (s) de cumplimiento verificado (s):
Los atributos de cumplimiento se verifican de acuerdo a lo establecido como contenidos mínimos en el procedimiento institucional del prestador, además de ubicación y visibilidad de los datos:
Para pacientes adultos, pediátricos y recién nacidos inscritos:
1. Paciente con brazalete
2. Nombre del paciente
3. Dos apellidos
4. RUT

Para neonato no inscrito:
1. Paciente con brazalete
2. Hijo de …

3. Primer nombre de la madre
4. Dos apellidos de la madre
5. Rut de la madre
6. Sexo del RN
7. Hora de nacimiento
8. Fecha de nacimiento
9. El brazalete indica GI o GII cuando corresponda a nacimiento gemelar

PQ Central

Metodología de constatación:
Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación y se procede a revisar en recuperación y pre ingreso a todos los pacientes existentes al momento de la visita. La constatación se realiza preguntando al paciente su nombre y número de Rut, si lo sabe, para quienes no lo saben se constata en la ficha clínica.

N° identificaciones revisadas: 5	N° de identificaciones que cumplen: 5

PQ Maternidad

Metodología de constatación:
Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación y se procede a revisar en recuperación y acceso a pabellón maternidad a todos los pacientes existentes al momento de la visita. La constatación se realiza preguntando al paciente su nombre y número de Rut, si lo sabe, para quienes no lo saben se constata en la ficha clínica.

N° identificaciones revisadas: 3	N° de identificaciones que cumplen: 3

PQ Cardiovascular

Metodología de constatación:
Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación, al momento de la constatación no se encuentran pacientes en la Unidad y de acuerdo a las recomendaciones de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", Situación 2, contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015, se constata consultando al personal presente al momento de la visita, con lo cual la evaluadora se forma la convicción de que se asegura la correcta identificación del paciente con el chequeo del brazalete previo a su ingreso a pabellón.

N° identificaciones revisadas: NA	N° de identificaciones que cumplen: NA

UPC Ad: UCI

Metodología de constatación:
Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación y se procede a revisar a todos los pacientes de la unidad al momento de la visita. La constatación se realiza preguntando al paciente su nombre y número de Rut si lo sabe y está en condiciones de responder, para quienes no se encuentran en condiciones de responder se constata en ficha clínica.

N° identificaciones revisadas: 7	N° de identificaciones que cumplen: 6

UPC Ad: UTI MQ

Metodología de constatación:
Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación y se procede a revisar a todos los pacientes de la unidad al momento de la visita. La constatación se realiza preguntando al paciente su nombre y número de Rut si lo sabe y está en condiciones de responder, para quienes no se encuentran en condiciones de responder se constata en ficha clínica.

N° identificaciones revisadas: 22	N° de identificaciones que cumplen: 20

UPC Ad: UCI Coronaria

Metodología de constatación:
Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación y se procede a revisar a todos los pacientes de la unidad al momento de la visita. La constatación se realiza preguntando al paciente su nombre y número de Rut si lo sabe y está en condiciones de responder, para quienes no se encuentran en condiciones de responder se constata en ficha clínica.

N° identificaciones revisadas: 8	N° de identificaciones que cumplen: 6

UPC Ped

Metodología de constatación:
Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación y se procede a revisar a todos los pacientes de la unidad al momento de la visita. La constatación se realiza verificando los antecedentes en la ficha clínica de cada paciente.

N° identificaciones revisadas: 5	N° de identificaciones que cumplen: 5

UPC Neo

Metodología de constatación:
Se preparan dos planillas de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación en los recién nacidos inscritos y en los recién nacidos no inscritos, se procede a revisar a todos los pacientes de la unidad al momento de la visita. La constatación se realiza verificando los antecedentes en la ficha clínica de cada paciente.

N° identificaciones revisadas:	N° de identificaciones que cumplen:

Med: Servicio de Medicina

Metodología de constatación:
Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación y se procede a revisar a todos los pacientes de la unidad al momento de la visita. La constatación se realiza preguntando al paciente su nombre y número de Rut si lo sabe y está en condiciones de responder, para quienes no se encuentran en condiciones de responder se constata en ficha clínica.

N° identificaciones revisadas: 52	N° de identificaciones que cumplen: 51

Med: UAPP

Metodología de constatación: Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación y se procede a revisar a todos los pacientes de la unidad al momento de la visita. La constatación se realiza preguntando al paciente su nombre y número de Rut si lo sabe y está en condiciones de responder, para quienes no se encuentran en condiciones de responder se constata en ficha clínica.	
N° identificaciones revisadas: 8	N° de identificaciones que cumplen: 6
Med: Pensionado	
Metodología de constatación: Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación y se procede a revisar a todos los pacientes de la unidad al momento de la visita, se exceptúa paciente en aislamiento por infección a *Clostridium*. La constatación se realiza preguntando al paciente su nombre y número de Rut si lo sabe y está en condiciones de responder, para quienes no se encuentran en condiciones de responder se constata en ficha clínica.	
N° identificaciones revisadas: 6	N° de identificaciones que cumplen: 6
Ped	
Metodología de constatación: Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación y se procede a revisar a todos los pacientes de la unidad al momento de la visita. La constatación se realiza verificando los antecedentes en la ficha clínica de cada paciente.	
N° identificaciones revisadas: 16	N° de identificaciones que cumplen: 16
Neo	
Metodología de constatación: Se preparan dos planillas de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación en los recién nacidos inscritos y en los recién nacidos no inscritos, se procede a revisar a todos los recién nacidos que se encuentran en cuidados básicos, puerperio y post operados 1 y 2, al momento de la visita. La constatación se realiza preguntando a la madre y verificando los antecedentes en la ficha clínica de cada paciente.	
N° identificaciones revisadas: 22	N° de identificaciones que cumplen: 22

CARACTERÍSTICA GCL 1.12 OBLIGATORIA /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección	PQ	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med	Ped	Neo
1° elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1
2° elemento medible		1	1	1	1	1	1	1
3° elemento medible		1	1	1	1	1	1	1
4° elemento medible		1	1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 90%	Puntaje total: 29/29		Porcentaje obtenido: 100%				Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA GCL 1.13 /HALLAZGOS

GCL 1.13 – Primer elemento medible: Se describe en un documento el procedimiento de manejo de pacientes con tratamiento con anticoagulantes orales y se han definido los responsables de su aplicación.

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento	Manejo de Usuarios con Tratamiento Anticoagulante Oral		
Fecha elab: Enero 2015	Fecha vigencia: 5 años	Versión: 01	N° páginas: 20
Elaborado por: Juan Cotoras M., Médico Cardiólogo Marcelo Troncoso P., "Coordinador Unidad Enf. Cardiovascular"		Aprobado por: Francisco Bueno Natush, Director (S) Hospital regional Antofagasta	
Responsable aplicación	Si		

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento denominado Manejo de Usuarios con Tratamiento Anticoagulante Oral, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcances, responsabilidades, definiciones, referencias, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el documento aplica a todo usuario ambulatorio y hospitalizado, en control con anticoagulante oral. Las responsabilidades (página 2) son de:

- Cardiólogos Unidad Cardiovascular, ajustar dosis de medicamento y elaborar receta.
- Médico Tratante, ingresar sus usuarios al Programa de usuarios con tratamiento anticoagulante.
- Enfermero/a Coordinador/a Unidad Cardiovascular, supervisar, gestionar y mantener al día los cambios en los pacientes del programa.
- Enfermero/a Encargada del programa, entre otros, ingreso y educación de los usuarios del Programa, programar controles, notificar resultados fuera de rango, medir el indicador mensual del procedimiento.
- Técnico en Enfermería Nivel Superior, preparar documentos para educación, imprimir examen, completar hoja diaria.

En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 4 y 5) se detallan las actividades a realizar por el paciente y los funcionarios, desde la toma del examen de control, el ajuste de la dosis de anticoagulante si corresponde, a la programación y citación al próximo control.
En anexo 1 (páginas 8 a 17) "Antecedentes Generales del manejo de Usuarios con tratamiento anticoagulante oral", se describen, entre otras, las patologías con indicación de tratamiento anticoagulante, las contraindicaciones, la pauta de inicio del tratamiento anticoagulante, el seguimiento y ajuste de dosis según resultado de INR, el ingreso al Programa de Tratamiento Anticoagulante, las complicaciones, el control de la calidad clínica del tratamiento y los temas de capacitación.
En anexo 2 la ficha técnica del indicador, anexos 3 y 4 "Nómina de ingreso usuarios al tratamiento anticoagulante oral" y "Orden de ingreso al programa de anticoagulación" respectivamente.

GCL 1.13 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

Dirección o Gerencia	
Nombre del indicador	Uso de anticoagulantes orales
Fórmula matemática	N° usuarios que reciben educación por enfermera en ingreso en un mes / N° total de ingresos en el mes de estudio x 100
Umbral de cumplimiento: Rango mínimo 80% - Máximo 100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

GCL 1.13 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

Dirección o Gerencia	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento Indicador Manejo de Pacientes con Anticoagulante Hospital Regional de Antofagasta
Responsable medición	Enfermera Supervisora CAE (Consultorio Adosado de Especialidades)
Fuente primaria	Nómina de ingreso usuarios al tratamiento anticoagulante
Fuente secundaria	Documento de Ingreso al Programa de Usuarios con tratamiento anticoagulante / Cartola de anticoagulante
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se evalúa la entrega de educación por enfermera al total de pacientes ingresados al Programa de Tratamiento anticoagulante en un mes. El ingreso al programa se realiza mediante formulario confeccionado por el médico tratante que deriva y se lleva un registro computacional al momento de realizar la educación.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Dirección o Gerencia

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas /	14	14	13	19	17	18	95
N° Total Pautas	14	14	13	19	17	18	95
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Dirección o Gerencia

Describir constatación
Para la constatación se revisa el total de las nóminas de pacientes ingresados al Programa de tratamiento anticoagulante en el período evaluado.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Nómina Paciente TAC" de los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, en los cuales se constata el registro del nombre del paciente, número de ficha clínica, RUN, Fecha de ingreso, recibo de educación Si/No, y observaciones campo en el que se consigna la educación recibida.
Los valores constatados se encuentran en el rango de lo reportado por el Prestador, se considera cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas /	95					
N° Total Pautas	95					
% Cumplimiento	100					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con lo reportado por el prestador (95/95= 100%), se considera cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA GCL 1.13 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	1° EM:	2° EM:	3° EM:
Dirección o Gerencia	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA GCL 2.1 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

GCL 2.1 – Primer elemento medible: Se describen en documento de carácter institucional las medidas de prevención. Se han definido los responsables de su aplicación

Dirección o Gerencia				
Nombre del documento	Procedimiento Medidas de Prevención de Eventos Adversos Asociados a Procesos Quirúrgicos			
N° Resolución: 13982 del 25/11/2013	Versión: 3	Fecha: Noviembre 2013		
Elaborado por: Natalia Valenzuela S., no consigna cargo Alejandra Muñoz M., no consigna cargo	Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional de Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 11		
Considera (Si/No)	Cx.pac. equivocado: Si	Cx. lado equivocado: Si	Error tipo Cx: Si	Cuerpo extraño en sitio qx: Si
Responsable de la aplicación	Si			
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Eventos Adversos Asociados a Procesos Quirúrgicos, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el documento aplica a todos los pacientes que ingresan a los pabellones quirúrgicos de				

Matenidad, Cardiovascular y Central. Se describen, en página 2, las responsabilidades en:
a. Unidad de Hospitalización o Unidad de emergencia de Enfermera, Matrona o Técnico paramédico a cargo del paciente, el día previo a la cirugía y antes del ingreso a pabellón.
b. Unidades de Pabellón, de Enfermera o Matrona, Médico anestesista, Auxiliar de anestesia, Primer cirujano, Pabellonera y Arsenalera

En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 a 9) se indica que las medidas a realizar para la prevención de la cirugía en paciente equivocado, cirugía del lado equivocado, error del tipo de cirugía y cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico están contenidas en la "Lista de verificación de cirugía segura", la cual se aplica en las distintas etapas del procedimiento quirúrgico:
- El día previo a la cirugía, en sala o unidad de emergencia.
- Inmediatamente antes de trasladar el paciente a pabellón
- Al ingreso en pabellón
- En el quirófano:
    - Antes de la inducción anestésica
    - Antes de la incisión cutánea
    - Antes de cerrar la piel
    - Terminada la cirugía, previo a la salida del quirófano

En Anexo n° 1 la ficha técnica del indicador a evaluar.

PQ: Pabellón Central / Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular				
Nombre del documento	Procedimiento Medidas de Prevención de Eventos Adversos Asociados a Procesos Quirúrgicos			
N° Resolución: 13982 del 25/11/2013	Versión: 3		Fecha: Noviembre 2013	
Elaborado por: Natalia Valenzuela S., no consigna cargo Alejandra Muñoz M., no consigna cargo		Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional de Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años		N° páginas: 11	
Considera (Si/No)	Cx.pac. equivocado: Si	Cx. lado equivocado: Si	Error tipo Cx: Si	Cuerpo extraño en sitio qx: Si
Responsable de la aplicación	Si			

Breve descripción del contenido del documento:
En las Unidades de Pabellón central, Pabellón de Maternidad y Pabellón Cardiovascular para el punto de verificación PQ, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Eventos Adversos Asociados a Procesos Quirúrgicos, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el documento aplica a todos los pacientes que ingresan a los pabellones quirúrgicos de Matenidad, Cardiovascular y Central. Se describen, en página 2, las responsabilidades en:
a. Unidad de Hospitalización o Unidad de emergencia de Enfermera, Matrona o Técnico paramédico a cargo del paciente, el día previo a la cirugía y antes del ingreso a pabellón.
b. Unidades de Pabellón, de Enfermera o Matrona, Médico anestesista, Auxiliar de anestesia, Primer cirujano, Pabellonera y Arsenalera

En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 a 9) se indica que las medidas a realizar para la prevención de la cirugía en paciente equivocado, cirugía del lado equivocado, error del tipo de cirugía y cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico están contenidas en la "Lista de verificación de cirugía segura", la cual considera actividades específicas y se aplica en las distintas etapas del procedimiento quirúrgico:
1. El día previo a la cirugía, en sala o unidad de emergencia.
2. Inmediatamente antes de trasladar el paciente a pabellón
3. Al ingreso en pabellón
4. En el quirófano:
    a. Antes de la inducción anestésica
    b. Antes de la incisión cutánea
    c. Antes de cerrar la piel
    d. Terminada la cirugía, previo a la salida del quirófano

En Anexo n° 1 la ficha técnica del indicador a evaluar.

Cir. Adulto: Servicio de Cirugía – Bloque Quirúrgico de Especialidades - Pensionado				
Nombre del documento	Procedimiento Medidas de Prevención de Eventos Adversos Asociados a Procesos Quirúrgicos			
N° Resolución: 13982 del 25/11/2013	Versión: 3		Fecha: Noviembre 2013	
Elaborado por: Natalia Valenzuela S., no consigna cargo Alejandra Muñoz M., no consigna cargo		Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional de Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años		N° páginas: 11	
Considera (Si/No)	Cx.pac. equivocado: Si	Cx. lado equivocado: Si	Error tipo Cx: Si	Cuerpo extraño en sitio qx: Si
Responsable de la aplicación	Si			

Breve descripción del contenido del documento:
En el Servicio de Cirugía Adultos, las Unidades de Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE) y Pensionado, para el punto de verificación Cir. Adulto, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Eventos Adversos Asociados a Procesos Quirúrgicos, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el documento aplica a todos los pacientes que ingresan a los pabellones quirúrgicos de Matenidad, Cardiovascular y Central. Se describen, en página 2, las responsabilidades en:
a. Unidad de Hospitalización o Unidad de emergencia de Enfermera, Matrona o Técnico paramédico a cargo del paciente, el día previo a la cirugía y antes del ingreso a pabellón.
b. Unidades de Pabellón, de Enfermera o Matrona, Médico anestesista, Auxiliar de anestesia, Primer cirujano, Pabellonera y Arsenalera

En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 a 9) se indica que las medidas a realizar para la prevención de la cirugía en

paciente equivocado, cirugía del lado equivocado, error del tipo de cirugía y cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico están contenidas en la "Lista de verificación de cirugía segura", la cual considera actividades específicas y se aplica en las distintas etapas del procedimiento quirúrgico:

1. El día previo a la cirugía, en sala o unidad de emergencia.
2. Inmediatamente antes de trasladar el paciente a pabellón
3. Al ingreso en pabellón
4. En el quirófano:
    a. Antes de la inducción anestésica
    b. Antes de la incisión cutánea
    c. Antes de cerrar la piel
    d. Terminada la cirugía, previo a la salida del quirófano

En Anexo n° 1 la ficha técnica del indicador a evaluar.

Cir. Infantil				
Nombre del documento	Procedimiento Medidas de Prevención de Eventos Adversos Asociados a Procesos Quirúrgicos			
N° Resolución: 13982 del 25/11/2013	Versión: 3	Fecha: Noviembre 2013		
Elaborado por: Natalia Valenzuela S., no consigna cargo Alejandra Muñoz M., no consigna cargo	Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional de Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 11		
Considera (Si/No)	Cx.pac. equivocado: Si	Cx. lado equivocado: Si	Error tipo Cx: Si	Cuerpo extraño en sitio qx: Si
Responsable de la aplicación	Si			

Breve descripción del contenido del documento:

En el Servicio de Pediatría para punto de verificación Cirugía Infantil, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Eventos Adversos Asociados a Procesos Quirúrgicos, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.

En alcance, página 2, determina que el documento aplica a todos los pacientes que ingresan a los pabellones quirúrgicos de Matenidad, Cardiovascular y Central. Se describen, en página 2, las responsabilidades en:

a. Unidad de Hospitalización o Unidad de emergencia de Enfermera, Matrona o Técnico paramédico a cargo del paciente, el día previo a la cirugía y antes del ingreso a pabellón.
b. Unidades de Pabellón, de Enfermera o Matrona, Médico anestesista, Auxiliar de anestesia, Primer cirujano, Pabellonera y Arsenalera

En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 a 9) se indica que las medidas a realizar para la prevención de la cirugía en paciente equivocado, cirugía del lado equivocado, error del tipo de cirugía y cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico están contenidas en la "Lista de verificación de cirugía segura", la cual considera actividades específicas y se aplica en las distintas etapas del procedimiento quirúrgico:

1. El día previo a la cirugía, en sala o unidad de emergencia.
2. Inmediatamente antes de trasladar el paciente a pabellón
3. Al ingreso en pabellón
4. En el quirófano:
    a. Antes de la inducción anestésica
    b. Antes de la incisión cutánea
    c. Antes de cerrar la piel
    d. Terminada la cirugía, previo a la salida del quirófano

En Anexo n° 1 la ficha técnica del indicador a evaluar.

GCL 2.1 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

PQ: Central – Maternidad y Cardiovascular	
Nombre del indicador	Pacientes intervenidos en los pabellones del HRA en los cuales se constata la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.
Fórmula matemática	(N° de pacientes intervenidos con "LV" de cirugía segura aplicada correctamente / Total de pacientes intervenidos quirúrgicamente) x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 2.1 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

PQ: Central	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Jeannette Flores Arancibia, Supervisora Pabellón Central / Enfermeros clínicos de Recuperación
Fuente primaria	RG-PAB-01-01. Lista de Verificación de Cirugía Segura
Fuente secundaria	Pautas de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La Unidad de Pabellón Central realiza una pauta diaria de lunes a domingo en Recuperación (30 pautas/mes), el paciente a evaluar se selecciona al azar. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Registro completo (recepción en pabellón) 2. Registro concordante con lo observado en pabellón (recepción en pabellón) 3. Aplicación antes de la inducción anestésica (aplicación de lista en pabellón) 4. Aplicación antes de la incisión cutánea (aplicación de lista en pabellón) 5. Aplicación antes de salir del quirófano (aplicación de lista en pabellón) 6. Información anexa completa

	Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
PQ: Maternidad	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Matrona de Pabellón / Matron de turno en horario inhábil
Fuente primaria	RG-PAB-01-01. Lista de Verificación de Cirugía Segura
Fuente secundaria	Pautas de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La Unidad de Pabellón Maternidad realiza 30 pautas/mes, realiza lista de verificación de cirugía segura al momento de ingresar el paciente a pabellón, aplica pauta de supervisión al terminar el procedimiento quirúrgico, una diaria de lunes a domingo, y los pacientes a evaluar se seleccionan al azar. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Registro completo (recepción en pabellón) 2. Registro concordante con lo observado en pabellón (recepción en pabellón) 3. Aplicación antes de la inducción anestésica (aplicación de lista en pabellón) 4. Aplicación antes de la incisión cutánea (aplicación de lista en pabellón) 5. Aplicación antes de salir del quirófano (aplicación de lista en pabellón) 6. Información anexa completa Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
PQ: Cardiovascular	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Enfermero Supervisor
Fuente primaria	RG-PAB-01-01. Lista de Verificación de Cirugía Segura
Fuente secundaria	Pautas de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La Unidad de Pabellón Cardiovascular realiza 30 pautas/mes, aplica pauta de supervisión antes que el paciente salga de la Unidad, de lunes a viernes y los pacientes a evaluar se seleccionan al azar. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Registro completo (recepción en pabellón) 2. Registro concordante con lo observado en pabellón (recepción en pabellón) 3. Aplicación antes de la inducción anestésica (aplicación de lista en pabellón) 4. Aplicación antes de la incisión cutánea (aplicación de lista en pabellón) 5. Aplicación antes de salir del quirófano (aplicación de lista en pabellón) 6. Información anexa completa Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Central

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas /	28	30	30	30	30	29	177
N° Total Pautas	30	30	30	30	30	30	180
% Cumplimiento	93.3	100	100	100	100	96.7	98.3

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Central

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-PAB-01-01. Lista de Verificación de Cirugía Segura" de Pabellón Central, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 30 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la fecha de cada evaluación, el nombre del paciente, los atributos definidos y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro, no consignan la Unidad en que fueron aplicadas.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas /	177					
N° Total Pautas	180					
% Cumplimiento	98					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 98% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (177/180= 98%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Maternidad

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas /	30	30	30	30	30	30	180
N° Total Pautas	30	30	30	30	30	30	180
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Maternidad

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-PAB-01-01. Lista de Verificación de Cirugía Segura" de Pabellón Maternidad, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 30 evaluaciones.

Todos ellos tienen consignado el mes y la Unidad de aplicación, la fecha de cada evaluación, el nombre del paciente y los atributos definidos, no consignan la identificación del evaluador, con excepción del mes de octubre.						
Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas /	180					
N° Total Pautas	180					
% Cumplimiento	100					
Observaciones: El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (180/180= 100%), se considera cumplido el elemento medible.						

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Cardiovascular							
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas /	30	30	30	30	30	30	180
N° Total Pautas	30	30	30	30	30	30	180
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Cardiovascular						
Describir constatación Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista. Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-PAB-01-01. Lista de Verificación de Cirugía Segura" de Pabellón Cardiovascular, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 30 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes y la Unidad de aplicación, la fecha de cada evaluación, el nombre del paciente y los atributos definidos, no consignan la identificación del evaluador, con excepción del mes de octubre.						
Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas /	180					
N° Total Pautas	180					
% Cumplimiento	100					
Observaciones: El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (180/180= 100%), se considera cumplido el elemento medible.						

CARACTERÍSTICA GCL 2.1 OBLIGATORIA /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección	PQ	Cir. Adulto	Cir. Infantil
Primer elemento medible	1	1	1	1
Segundo elemento medible		1		
Tercer elemento medible		1		
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 6/6	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA GCL 2.2 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

GCL 2.2 – Primer elemento medible: Se describe en documento(s) de carácter institucional las medidas de prevención. Se han definido los responsables de su aplicación

Dirección o Gerencia: Error de medicación (1)		
Nombre del documento	Medidas de Prevención de Error de Medicación	
N° Resolución: 0335 del 16/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera Tirsa González Antiquera, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 28
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicación, código PO-SDEM-14, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica al personal de enfermería, matronería y técnico del establecimiento que participe en la administración de un fármaco. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los Médicos, Enfermeras y/o Matronas, Técnicos paramédicos y Enfermera o Matrona Supervisora. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 11 a 19) se detallan las medidas de prevención de error de medicación en la administración (5 correctos), los medicamentos a administrar según estamento y servicio, la transcripción, la dispensación de medicamentos, la recepción y almacenamiento de fármacos en las áreas clínicas, la preparación de medicamentos a administrar y acciones ante un error de medicación. En anexo n° 2 y n°3 los documentos "RG-SDEM-14-01 Pauta de Supervisión de Medidas de Prevención de Error de Medicación" y la Ficha técnica del indicador a evaluar respectivamente.		
Dirección o Gerencia: Caídas (2)		

Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de caídas de paciente"	
N° Resolución: 369 del 17/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera	Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 13
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de caídas de paciente, código PO-SDEM-07, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos, con riesgo de sufrir caídas. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
Dirección o Gerencia: Ulceras por presión (3)		
Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de úlceras por presión"	
N° Resolución: 3582 del 08/05/2015	Versión:2	Fecha: Abril 2015
Elaborado por: Tirsa Orellana Antiquera, Supervisora UCI Adultos Alejandra Milles García, Supervisora Medicina Janis Orellana Olivares, Supervisora "BQE" Verónica Contreras Toro, Supervisora UPC Pediátrica	Aprobado por: Francisco Bueno Natush, Director(S) Hospital Clínico Regional Leonardo Guzmán de Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 29
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de úlceras por presión, código PO-SDEM-10, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos y neonatales, con excepción de quienes tienen contraindicación médica de movilización. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Kinesiólogo y/o Terapeuta Ocupacional, Técnico Paramédico, Nutricionista y Médico. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
PRO Endoscópicos: Unidad de Endoscopía / Pabellón de Cistoscopía: Error de medicación (1)		
Nombre del documento	Medidas de Prevención de Error de Medicación	
N° Resolución: 0335 del 16/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera Tirsa González Antiquera, Enfermera	Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 28
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En las Unidades de Endoscopía y Pabellón Central (de quien depende administrativamente el pabellón de Cistoscopía) para punto de verificación PRO Endoscópicos, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicación, código PO-SDEM-14, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica al personal de enfermería, matronería y técnico del establecimiento que participe en la administración de un fármaco. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los Médicos, Enfermeras y/o Matronas, Técnicos paramédicos y Enfermera o Matrona Supervisora. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 11 a 19) se detallan las medidas de prevención de error de medicación en la administración (5 correctos), los medicamentos a administrar según estamento y servicio, la transcripción, la dispensación de medicamentos, la recepción y almacenamiento de fármacos en las áreas clínicas, la preparación de medicamentos a administrar y acciones ante un error de medicación. En anexo n° 2 y n°3 los documentos "RG-SDEM-14-01 Pauta de Supervisión de Medidas de Prevención de Error de Medicación" y la Ficha técnica del indicador a evaluar respectivamente.		
PRO Endoscópicos: Unidad de Endoscopía / Pabellón de Cistoscopía: Caídas (2)		
Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de caídas de paciente"	

N° Resolución: 369 del 17/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera	Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 13
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En las Unidades de Endoscopía y Pabellón Central (de quien depende administrativamente el pabellón de Cistoscopía) para punto de verificación PRO Endoscópicos, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de caídas de paciente, código PO-SDEM-07, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos, con riesgo de sufrir caídas. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se planifican las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
UPC Ad: UCI Adultos / "UTI MQ" / UCI Coronaria: Error de medicación (1)		
Nombre del documento	Medidas de Prevención de Error de Medicación	
N° Resolución: 0335 del 16/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera Tirsa González Antiquera, Enfermera	Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 28
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En las Unidades de UCI Adultos, UTI MQ y UCI Coronaria para punto de verificación UPC Adultos, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicación, código PO-SDEM-14, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica al personal de enfermería, matronería y técnico del establecimiento que participe en la administración de un fármaco. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los Médicos, Enfermeras y/o Matronas, Técnicos paramédicos y Enfermera o Matrona Supervisora. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 11 a 19) se detallan las medidas de prevención de error de medicación en la administración (5 correctos), los medicamentos a administrar según estamento y servicio, la transcripción, la dispensación de medicamentos, la recepción y almacenamiento de fármacos en las áreas clínicas, la preparación de medicamentos a administrar y acciones ante un error de medicación. En anexo n° 2 y n°3 los documentos "RG-SDEM-14-01 Pauta de Supervisión de Medidas de Prevención de Error de Medicación" y la Ficha técnica del indicador a evaluar respectivamente.		
UPC Ad: UCI Adultos / "UTI MQ" / UCI Coronaria: Caídas (2)		
Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de caídas de paciente"	
N° Resolución: 369 del 17/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera	Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 13
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En las Unidades de UCI Adultos, UTI MQ y UCI Coronaria para punto de verificación UPC Adultos, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de caídas de paciente, código PO-SDEM-07, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos, con riesgo de sufrir caídas. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
UPC Ad: UCI Adultos / "UTI MQ" / UCI Coronaria: Ulceras por presión (3)		
Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de úlceras por presión"	

N° Resolución: 3582 del 08/05/2015	Versión:2	Fecha: Abril 2015
Elaborado por: Tirsa Orellana Antiquera, Supervisora UCI Adultos Alejandra Milles García, Supervisora Medicina Janis Orellana Olivares, Supervisora "BQE" Verónica Contreras Toro, Supervisora UPC Pediátrica	Aprobado por: Francisco Bueno Natush, Director(S) Hospital Clínico Regional Leonardo Guzmán de Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 29
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En las Unidades de UCI Adultos, UTI MQ y UCI Coronaria para punto de verificación UPC Adultos, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de úlceras por presión, código PO-SDEM-10, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos y neonatales, con excepción de quienes tienen contraindicación médica de movilización. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Kinesiólogo y/o Terapeuta Ocupacional, Técnico Paramédico, Nutricionista y Médico. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
UPC Ped: Error de medicación (1)		
Nombre del documento	Medidas de Prevención de Error de Medicación	
N° Resolución: 0335 del 16/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera Tirsa González Antiquera, Enfermera	Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 28
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación UPC Pediátrica se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicación, código PO-SDEM-14, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica al personal de enfermería, matronería y técnico del establecimiento que participe en la administración de un fármaco. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los Médicos, Enfermeras y/o Matronas, Técnicos paramédicos y Enfermera o Matrona Supervisora. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 11 a 19) se detallan las medidas de prevención de error de medicación en la administración (5 correctos), los medicamentos a administrar según estamento y servicio, la transcripción, la dispensación de medicamentos, la recepción y almacenamiento de fármacos en las áreas clínicas, la preparación de medicamentos a administrar y acciones ante un error de medicación. En anexo n° 2 y n°3 los documentos "RG-SDEM-14-01 Pauta de Supervisión de Medidas de Prevención de Error de Medicación" y la Ficha técnica del indicador a evaluar respectivamente.		
UPC Ped: Caídas (2)		
Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de caídas de paciente"	
N° Resolución: 369 del 17/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera	Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 13
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación UPC Pediátrica se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de caídas de paciente, código PO-SDEM-07, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos, con riesgo de sufrir caídas. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
UPC Ped: Ulceras por presión (3)		
Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de úlceras por presión"	
N° Resolución: 3582 del 08/05/2015	Versión:2	Fecha: Abril 2015

Elaborado por: Tirsa Orellana Antiquera, Supervisora UCI Adultos Alejandra Milles García, Supervisora Medicina Janis Orellana Olivares, Supervisora "BQE" Verónica Contreras Toro, Supervisora UPC Pediátrica		Aprobado por: Francisco Bueno Natush, Director(S) Hospital Clínico Regional Leonardo Guzmán de Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 29
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación UPC Pediátrica se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de úlceras por presión, código PO-SDEM-10, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos y neonatales, con excepción de quienes tienen contraindicación médica de movilización. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Kinesiólogo y/o Terapeuta Ocupacional, Técnico Paramédico, Nutricionista y Médico. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
Med: Servicio Medicina / "UAPP" / Pensionado: Error de medicación (1)		
Nombre del documento	Medidas de Prevención de Error de Medicación	
N° Resolución: 0335 del 16/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera Tirsa González Antiquera, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 28
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Medicina, "UAPP" y Pensionado para punto de verificación Medicina, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicación, código PO-SDEM-14, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica al personal de enfermería, matronería y técnico del establecimiento que participe en la administración de un fármaco. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los Médicos, Enfermeras y/o Matronas, Técnicos paramédicos y Enfermera o Matrona Supervisora. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 11 a 19) se detallan las medidas de prevención de error de medicación en la administración (5 correctos), los medicamentos a administrar según estamento y servicio, la transcripción, la dispensación de medicamentos, la recepción y almacenamiento de fármacos en las áreas clínicas, la preparación de medicamentos a administrar y acciones ante un error de medicación. En anexo n° 2 y n°3 los documentos "RG-SDEM-14-01 Pauta de Supervisión de Medidas de Prevención de Error de Medicación" y la Ficha técnica del indicador a evaluar respectivamente.		
Med: Servicio Medicina / "UAPP" / Pensionado: Caídas (2)		
Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de caídas de paciente"	
N° Resolución: 369 del 17/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 13
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Medicina, "UAPP" y Pensionado, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de caídas de paciente, código PO-SDEM-07, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos, con riesgo de sufrir caídas. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
Med: Servicio Medicina / "UAPP" / Pensionado: Ulceras por presión (3)		
Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de úlceras por presión"	
N° Resolución: 3582 del 08/05/2015	Versión:2	Fecha: Abril 2015
Elaborado por:		Aprobado por:

Tirsa Orellana Antiquera, Supervisora UCI Adultos Alejandra Milles García, Supervisora Medicina Janis Orellana Olivares, Supervisora "BQE" Verónica Contreras Toro, Supervisora UPC Pediátrica		Francisco Bueno Natush, Director(S) Hospital Clínico Regional Leonardo Guzmán de Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 29
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Medicina, "UAPP" y Pensionado, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de úlceras por presión, código PO-SDEM-10, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos y neonatales, con excepción de quienes tienen contraindicación médica de movilización. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Kinesiólogo y/o Terapeuta Ocupacional, Técnico Paramédico, Nutricionista y Médico. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
Ped: Error de medicación (1)		
Nombre del documento	Medidas de Prevención de Error de Medicación	
N° Resolución: 0335 del 16/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera Tirsa González Antiquera, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 28
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Pediatría se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicación, código PO-SDEM-14, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica al personal de enfermería, matronería y técnico del establecimiento que participe en la administración de un fármaco. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los Médicos, Enfermeras y/o Matronas, Técnicos paramédicos y Enfermera o Matrona Supervisora. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 11 a 19) se detallan las medidas de prevención de error de medicación en la administración (5 correctos), los medicamentos a administrar según estamento y servicio, la transcripción, la dispensación de medicamentos, la recepción y almacenamiento de fármacos en las áreas clínicas, la preparación de medicamentos a administrar y acciones ante un error de medicación. En anexo n° 2 y n°3 los documentos "RG-SDEM-14-01 Pauta de Supervisión de Medidas de Prevención de Error de Medicación" y la Ficha técnica del indicador a evaluar respectivamente.		
Ped: Caídas (2)		
Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de caídas de paciente"	
N° Resolución: 369 del 17/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 13
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Pediatría se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de caídas de paciente, código PO-SDEM-07, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos, con riesgo de sufrir caídas. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
Ped: Ulceras por presión (3)		
Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de úlceras por presión"	
N° Resolución: 3582 del 08/05/2015	Versión:2	Fecha: Abril 2015
Elaborado por: Tirsa Orellana Antiquera, Supervisora UCI Adultos Alejandra Milles García, Supervisora Medicina		Aprobado por: Francisco Bueno Natush, Director(S) Hospital Clínico Regional Leonardo Guzmán de Antofagasta

Janis Orellana Olivares, Supervisora "BQE" Verónica Contreras Toro, Supervisora UPC Pediátrica		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 29
Responsable de la aplicación | Si		
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Pediatría se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de úlceras por presión, código PO-SDEM-10, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos y neonatales, con excepción de quienes tienen contraindicación médica de movilización. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Kinesiólogo y/o Terapeuta Ocupacional, Técnico Paramédico, Nutricionista y Médico. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
Cir: Adulto: Servicio Cirugía / Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE): Error de medicación (1)		
Nombre del documento | Medidas de Prevención de Error de Medicación		
N° Resolución: 0335 del 16/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera Tirsa González Antiquera, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 28
Responsable de la aplicación | Si		
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Cirugía Adultos y Unidad Bloque Quirúrgico de Especialidades para punto de verificación Cirugía Adulto, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicación, código PO-SDEM-14, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica al personal de enfermería, matronería y técnico del establecimiento que participe en la administración de un fármaco. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los Médicos, Enfermeras y/o Matronas, Técnicos paramédicos y Enfermera o Matrona Supervisora. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 11 a 19) se detallan las medidas de prevención de error de medicación en la administración (5 correctos), los medicamentos a administrar según estamento y servicio, la transcripción, la dispensación de medicamentos, la recepción y almacenamiento de fármacos en las áreas clínicas, la preparación de medicamentos a administrar y acciones ante un error de medicación. En anexo n° 2 y n°3 los documentos "RG-SDEM-14-01 Pauta de Supervisión de Medidas de Prevención de Error de Medicación" y la Ficha técnica del indicador a evaluar respectivamente.		
Cir. Adulto: Servicio Cirugía – Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE): Caídas (2)		
Nombre del documento | Procedimiento "Medidas de prevención de caídas de paciente"		
N° Resolución: 369 del 17/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 13
Responsable de la aplicación | Si		
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Cirugía Adultos y Unidad Bloque Quirúrgico de Especialidades para punto de verificación Cirugía Adulto, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de caídas de paciente, código PO-SDEM-07, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos, con riesgo de sufrir caídas. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
Cir: Adulto: Servicio Cirugía / Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE): Ulceras por presión (3)		
Nombre del documento | Procedimiento "Medidas de prevención de úlceras por presión"		
N° Resolución: 3582 del 08/05/2015	Versión:2	Fecha: Abril 2015
Elaborado por: Tirsa Orellana Antiquera, Supervisora UCI Adultos Alejandra Milles García, Supervisora Medicina		Aprobado por: Francisco Bueno Natush, Director(S) Hospital Clínico Regional Leonardo Guzmán de Antofagasta

Janis Orellana Olivares, Supervisora "BQE" Verónica Contreras Toro, Supervisora UPC Pediátrica		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 29
Responsable de la aplicación | Si		
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Cirugía Adultos y Unidad Bloque Quirúrgico de Especialidades para punto de verificación Cirugía Adulto, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de úlceras por presión, código PO-SDEM-10, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos y neonatales, con excepción de quienes tienen contraindicación médica de movilización. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Kinesiólogo y/o Terapeuta Ocupacional, Técnico Paramédico, Nutricionista y Médico. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
Obst-gine: Error de medicación (1)		
Nombre del documento | Medidas de Prevención de Error de Medicación		
N° Resolución: 0335 del 16/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera Tirsa González Antiquera, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 28
Responsable de la aplicación | Si		
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Gíneco-Obstetricia se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicación, código PO-SDEM-14, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica al personal de enfermería, matronería y técnico del establecimiento que participe en la administración de un fármaco. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los Médicos, Enfermeras y/o Matronas, Técnicos paramédicos y Enfermera o Matrona Supervisora. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 11 a 19) se detallan las medidas de prevención de error de medicación en la administración (5 correctos), los medicamentos a administrar según estamento y servicio, la transcripción, la dispensación de medicamentos, la recepción y almacenamiento de fármacos en las áreas clínicas, la preparación de medicamentos a administrar y acciones ante un error de medicación. En anexo n° 2 y n°3 los documentos "RG-SDEM-14-01 Pauta de Supervisión de Medidas de Prevención de Error de Medicación" y la Ficha técnica del indicador a evaluar respectivamente.		
Obst-gine: Caídas (2)		
Nombre del documento | Procedimiento "Medidas de prevención de caídas de paciente"		
N° Resolución: 369 del 17/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 13
Responsable de la aplicación | Si		
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Gíneco-Obstetricia se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de caídas de paciente, código PO-SDEM-07, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos, con riesgo de sufrir caídas. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
URG: Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica / Unidad de Emergencia Gíneco Obstétrica: Error de medicación (1)		
Nombre del documento | Medidas de Prevención de Error de Medicación		
N° Resolución: 0335 del 16/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta

Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera Tirsa González Antiquera, Enfermera		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 28
Responsable de la aplicación | Si		
Breve descripción del contenido del documento: En las Unidades de Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco Obstétrica para punto de verificación Urgencia, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicación, código PO-SDEM-14, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica al personal de enfermería, matronería y técnico del establecimiento que participe en la administración de un fármaco. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los Médicos, Enfermeras y/o Matronas, Técnicos paramédicos y Enfermera o Matrona Supervisora. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 11 a 19) se detallan las medidas de prevención de error de medicación en la administración (5 correctos), los medicamentos a administrar según estamento y servicio, la transcripción, la dispensación de medicamentos, la recepción y almacenamiento de fármacos en las áreas clínicas, la preparación de medicamentos a administrar y acciones ante un error de medicación. En anexo n° 2 y n°3 los documentos "RG-SDEM-14-01 Pauta de Supervisión de Medidas de Prevención de Error de Medicación" y la Ficha técnica del indicador a evaluar respectivamente.		
URG: Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica / Unidad de Emergencia Gíneco Obstétrica: Caídas (2)		
Nombre del documento | Procedimiento "Medidas de prevención de caídas de paciente"		
N° Resolución: 369 del 17/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 13
Responsable de la aplicación | Si		
Breve descripción del contenido del documento: En las Unidades de Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco Obstétrica para punto de verificación Urgencia, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de caídas de paciente, código PO-SDEM-07, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos, con riesgo de sufrir caídas. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		

GCL 2.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento, relacionados con el cumplimiento de las medidas de prevención.

PRO Endoscópicos: Unidad de Endoscopía / Procedimientos Urológicos	
Nombre del indicador	Porcentaje tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas de prevención para evitar errores de medicación
Fórmula matemática	N° de tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas para prevenir errores de medicación / N° total de tratamientos endovenosos administrados x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad: UCI Adultos / "UTI MQ" / UCI Coronaria: Ulceras por presión	
Nombre del indicador	Porcentaje tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas de prevención para evitar errores de medicación
Fórmula matemática	N° de tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas para prevenir errores de medicación / N° total de tratamientos endovenosos administrados x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ped	
Nombre del indicador	Porcentaje tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas de prevención para evitar errores de medicación
Fórmula matemática	N° de tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas para prevenir errores de medicación / N° total de tratamientos endovenosos administrados x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med: Servicio Medicina / "UAPP" / Pensionado	
Nombre del indicador	Porcentaje tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas de prevención para evitar errores de medicación
Fórmula matemática	N° de tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas para prevenir errores de medicación / N° total de tratamientos endovenosos administrados x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Ped	
Nombre del indicador	Porcentaje tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas de prevención para evitar errores de medicación

Fórmula matemática	N° de tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas para prevenir errores de medicación / N° total de tratamientos endovenosos administrados x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Cir. Adulto: Servicio Cirugía / Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE)	
Nombre del indicador	Porcentaje tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas de prevención para evitar errores de medicación
Fórmula matemática	N° de tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas para prevenir errores de medicación / N° total de tratamientos endovenosos administrados x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Obst-gine	
Nombre del indicador	Porcentaje tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas de prevención para evitar errores de medicación
Fórmula matemática	N° de tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas para prevenir errores de medicación / N° total de tratamientos endovenosos administrados x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
URG: Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica / Unidad de Emergencia Gíneco Obstétrica	
Nombre del indicador	Porcentaje tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas de prevención para evitar errores de medicación
Fórmula matemática	N° de tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas para prevenir errores de medicación / N° total de tratamientos endovenosos administrados x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 2.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

PRO Endoscópicos: Unidad de Endoscopía	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Nathalie Allendes Arias, Enfermera Supervisora Endoscopía
Fuente primaria	Hoja de Atención de Enfermería
Fuente secundaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. En la Unidad de Endoscopía la Técnico Paramédico registra en la hoja de atención de enfermería lo observado durante la administración de medicamentos endovenosos que realiza la enfermera de la Unidad (Profesional Única). Aplica 1 pauta diaria al final de la jornada de lunes a viernes y para la selección del registro de enfermería a evaluar randomiza diariamente los pacientes con administración de medicamentos endovenosos atendidos. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
PRO Endoscópicos: Pabellón de Cistoscopía (Pabellón central)	
Observaciones: No existe constancia de evaluación periódica, el prestador no evalúa el indicador definido.	
UPC Ad: UCI Adultos	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Tirsa González, Enfermera Supervisora UCI Adultos
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Se aplica una pauta diaria de lunes a viernes. Para la selección del procedimiento a supervisar se randomiza mensualmente la cama de la Unidad con el paciente a evaluar. El criterio de sustitución es la cama siguiente. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
UPC Ad: "UTI MQ"	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Rossana Pacheco, Enfermera Supervisora UTI MQ (S)
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica

Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Se aplica una pauta diaria de lunes a viernes, utiliza la randomización preparada por la Unidad de calidad. Para la selección del procedimiento a supervisar se randomiza mensualmente la cama de la Unidad con el paciente a evaluar. El criterio de sustitución es la cama siguiente. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
UPC Ad: UCI Coronaria	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Magdalena Cerda, Enfermera Supervisora /Maribel Donoso, Enfermera Supervisora (S)
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Para la aplicación de pautas randomizan el día y las camas de la Unidad a evaluar, aplican 2 a 3 pautas, de lunes a viernes, el día seleccionado El criterio de sustitución es la cama siguiente. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
UPC Ped	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Verónica Contreras, Enfermera Supervisora / Katherine Castillo, Enfermera Supervisora (S)
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Para la aplicación de pautas aleatorizan el día y la cama de la Unidad a evaluar, aplican 1 pauta diaria de lunes a viernes. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Med: Servicio Medicina	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Alejandra Millies, Enfermera Supervisora
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Para la aplicación de pautas enumeran en forma correlativa las 64 camas del servicio y aleatorizan mensualmente la semana, día y cama a evaluar. Aplican 5 pautas el día de la semana seleccionado. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Med: "UAPP"	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Rosa Santander, Enfermera Supervisora / Alejandra Cuevas, Encargada de Calidad

Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Para la aplicación de pautas aleatorizan mensualmente la semana y cama a evaluar. Aplican 1 pauta diaria de lunes a viernes. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Med: Pensionado	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Sandra González, Encargada de Calidad
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Para la aplicación de pautas utilizan la randomización de camas efectuada una vez al año. Aplican 1 pauta diaria de lunes a viernes. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Ped	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Carolina Urrutia, Encargada de Calidad
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Para la aplicación de pautas utilizan aleatorizan la sala por día y la cama. Aplican 1 pauta diaria de lunes a viernes. El criterio de sustitución es el paciente siguiente Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Cir. Adulto: Servicio Cirugía	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Karen Estivales, Enfermera Supervisora / Stephany Escudero, Encargada de Calidad
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Para la aplicación de pautas enumeran en forma correlativa las 90 camas del servicio y aleatorizan anualmente la semana, día (de lunes a viernes) y cama a evaluar. Aplican 5 pautas el día de la semana seleccionado. El criterio de sustitución es la cama siguiente. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Cir. Adulto: Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE)	

Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Janis Orellana, Enfermera Supervisora. -.Encargada de Calidad/ Karen Chepillo, Encargada de Calidad (S)
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Para la aplicación de pautas aleatorizan a los Técnicos Paramédicos y lo evalúan (de lunes a viernes) al administrar tratamiento a los pacientes que tienen a su cargo. El criterio de sustitución es el paciente siguiente a la derecha. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Obst-gine	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Matrona Clínica diurna
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Para la aplicación de pautas aleatorizan mensualmente las camas y evalúan al Técnico Paramédico asignado a ella al administrar tratamiento. Aplican 1 pauta diaria de lunes a viernes. El criterio de sustitución es la paciente siguiente con tratamiento endovenoso. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
URG: Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Paulina Leila C., Encargada de Calidad / Enfermera Diurna de Pediatría
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Dato de Atención de Urgencia (DAU)
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Para la aplicación de pautas enumeran en forma correlativa las 28 camillas, adulto y pediátricas del servicio y aleatorizan anualmente día y cama a evaluar. Aplican 1 pauta diaria de lunes a viernes. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
URG: Unidad de Emergencia Gíneco Obstétrica	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Carol Araya J., Matrona Encargada de Calidad Emergencia Gíneco-Obstétrica
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Dato de Atención de Urgencia (DAU)
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Aplican 1 pauta diaria de lunes a viernes, la selección de la paciente es al azar. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la

	administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PRO Endoscópicos: Unidad de Endoscopía							
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PRO Endoscópicos: Unidad de Endoscopía							
Describir constatación Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista. Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" de la Unidad de Endoscopía, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro, no consignan la Unidad en que fueron aplicadas.							
Mes /Año	Total del periodo						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	120						
	120						
% Cumplimiento	100						
Observaciones: El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (120/120= 100%), se considera cumplido el elemento medible.							
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PRO Endoscópicos: Pabellón de Cistoscopía							
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	Sin evaluación	Sin evaluación	Sin evaluación	Sin evaluación	Sin evaluación	Sin evaluación	
Observaciones: El prestador no evalúa el indicador definido, no presenta antecedentes.							
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PRO Endoscópicos: Procedimientos Urológicos							
Observaciones: El prestador no evalúa el indicador definido, no presenta antecedentes. No cumple el elemento medible.							
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UCI Adultos							
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	19	19	18	20	19	115
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	95	95	90	100	95	96
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UCI Adultos							
Describir constatación Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista. Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" de la UCI Adultos, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro, al pie de página se registra si se sustituyó algún paciente, el motivo y la nueva cama.							
Mes /Año	Total del periodo						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	115						
	120						
% Cumplimiento	96						
Observaciones: El prestador reporta un cumplimiento de 96% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (115/120= 96%), se considera cumplido el elemento medible.							
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: "UTI MQ"							
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	20	20	17	18	18	113
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	85	90	90	94
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: "UTI MQ"							

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" de la UTI MQ, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro, al pie de página se registra si se sustituyó algún paciente, el motivo y la nueva cama.

Mes /Año	Total del periodo						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	113						
	120						
% Cumplimiento	94						

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 94% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (113/120= 94%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UCI Coronaria

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	18	18	18	18	19	19	110
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	90	90	90	90	95	95	92

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UCI Coronaria

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" de la UCI Coronaria, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro.

Mes /Año	Total del periodo						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	110						
	120						
% Cumplimiento	92						

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 92% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (110/120= 92%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ped

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ped

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" de la UPC Pediátrica, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro.

Mes /Año	Total del periodo						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	120						
	120						
% Cumplimiento	100						

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (120/120= 100%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med: Servicio Medicina

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	20	15	19	17	18	109
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	75	95	85	90	91

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: Servicio Medicina

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" del Servicio de Medina, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad (con excepción de septiembre), la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento, las iniciales de quien evalúa frente a cada registro y el nombre del funcionario evaluado. En algunas de las evaluaciones que no cumplen registran las iniciales del funcionario y el medicamento administrado.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	109					
	120					
% Cumplimiento	91					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 91% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (109/120= 91%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med: "UAPP"

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	18	17	17	18	20	19	109
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	90	85	85	90	100	95	91

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: "UAPP"

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" de "UAPP", aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento, las iniciales de quien evalúa frente a cada registro y las iniciales del funcionario evaluado.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	109					
	120					
% Cumplimiento	91					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 91% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (109/120= 91%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med: Pensionado

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: Pensionado

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" de la Unidad de Pensionado, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro. Marcan con destacador las evaluaciones que corresponden a pacientes quirúrgicos.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	120					
	120					
% Cumplimiento	100					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (120/120= 100%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Ped

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Ped

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" del Servicio de Pediatría, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y el nombre de quien evalúa frente a cada registro.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	120					
	120					
% Cumplimiento	100					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (120/120= 100%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Cir Adulto: Servicio Cirugía

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	19	20	13	20	20	19	111
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	95	100	65	100	100	95	92

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Cir Adulto: Servicio Cirugía

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" del Servicio de Cirugía, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y el nombre de quien evalúa frente a cada registro.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	111					
	120					
% Cumplimiento	92					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 92% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (111/120= 92%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Cir Adulto: Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE)

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	20	20	20	18	20	118
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	90	100	98

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Cir Adulto: Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE)

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" del BQE, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y el nombre de quien evalúa frente a cada registro. Ninguna consigna la Unidad evaluada.
Se deja constancia que la aplicación de las pautas no se realiza de acuerdo a los días y cantidades randomizadas. Octubre:

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	118					
	120					
% Cumplimiento	98					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 98% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (118/120= 98%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Obst-gine

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo

N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Obst-gine

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" del Servicio de Gíneco-Obstetricia, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y el nombre de quien evalúa frente a cada registro, no consignan la Unidad en que fueron aplicadas. Al pie de página el total de pautas aplicadas, las que cumplen y el porcentaje de cumplimiento

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	120					
	120					
% Cumplimiento	100					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (120/120= 100%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG: Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	13	18	19	15	17	102
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	65	88	95	75	85	85

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG: Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica

Describir constatación
Del total de 120 pautas del periodo evaluado tenidas a la vista aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre de 2015, y de acuerdo a las recomendaciones de las Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno Situación 1, siendo el resultado del periodo reportado por el prestador 85%, se procede a tomar una muestra randomizada de 30 evaluaciones en las cuales se constata cumplimiento.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" de la Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la Unidad, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y el nombre de quien evalúa frente a cada registro. Al pie de página el total de pautas aplicadas, las que cumplen y el porcentaje de cumplimiento.
Se constata error en el cálculo del mes de julio, dice 88% y el valor corresponde a 90%

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	23					
	30					
% Cumplimiento	77					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 85% para el periodo evaluado, los valores constatados se encuentran en el rango de los valores reportados por el prestador (23/30= 77%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG: Unidad de Emergencia Gíneco Obstétrica

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	20	18	20	19	20	117
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	90	100	95	100	97

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG: Unidad de Emergencia Gíneco Obstétrica

Describir constatación
Del total de 120 pautas del periodo evaluado tenidas a la vista aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre de 2015, y de acuerdo a las recomendaciones de las Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno Situación 1, siendo el resultado del periodo reportado por el prestador 97%, se procede a tomar una muestra randomizada de 30 evaluaciones en las cuales se constata cumplimiento de las 7 primeras.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" de la Unidad de Emergencia Gíneco-Obstétrica, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro, excepto el mes de agosto, no consignan la Unidad evaluada (excepto junio). Al pie de página el total de pautas aplicadas, las que cumplen y el porcentaje de cumplimiento

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7					
	7					
% Cumplimiento	100					
Observaciones: El prestador reporta un cumplimiento de 97% para el periodo evaluado, se constata el cumplimiento de la revisión de las siete primeras pautas de la muestra de 30 seleccionadas, se da por cumplido el elemento medible.						

CARACTERÍSTICA GCL 2.2 OBLIGATORIA /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje (1-0-NA)	Dirección	PRO Endos.	UPCAd	UPCPed	Med	Ped	Cir.Adulto	Obst-gine	URG
1° elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2° elemento medible		1	1	1	1	1	1	1	1
3° elemento medible		0	1	1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 24/25		Porcentaje obtenido: 96%				Cumple: Si		

CARACTERÍSTICA GCL 2.3 /HALLAZGOS

GCL 2.3 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención, que contempla al menos. Se han definido los responsables de su aplicación.

Dirección o Gerencia									
Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento son los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico. En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes. Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado. En anexos los siguientes formularios: Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora Se tiene a vista documento anterior obsoleto, código PO-UCSP-2, versión 1, de fecha Julio 2014.									
PQ: Pabellón Central / Pabellón Maternidad / Pabellón Cardiovascular									
Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								
Breve descripción del contenido del documento: En las Unidades de Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la									

Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

PRO: Unidad de Hemodinamia / Procedimientos Endoscópicos / Pabellón Cistoscopía (Pabellón Central)								
Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"							
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02			Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta				Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años			N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si
Responsable de la aplicación	Si							

Breve descripción del contenido del documento:
En las Unidades de Hemodinamia, Procedimientos Endoscópicos y Pabellón Central (de quien depende administrativamente Pabellón de Cistoscopía) para punto de verificación PRO, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

UPC Ad: UCI Adultos / UTI MQ / UCI Coronaria								
Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"							
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02			Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta				Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años			N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si
Responsable de la aplicación	Si							

Breve descripción del contenido del documento:
En las Unidades de UCI Adultos, UTI MQ y UCI Coronaria para punto de verificación UPC Ad, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.

En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

UPC Ped

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación UPC Pediátrica, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

UPC Neo

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación UPC Neonatal, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de

Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora
Se tiene a vista documento anterior obsoleto, código PO-UCSP-2, versión 1, de fecha Julio 2014.

Med: Servicio Medicina / Unidad Atención Progresiva de Pacientes (UAPP)

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En Servicio de Medicina y UAPP para punto de verificación Med., se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

Cir Ad.: Servicio Cirugía / Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE)

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En Servicio de Cirugía y BQE para punto de verificación Cir. Ad., se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.

En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

Cir Inf.

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En Servicio de Pediatría para punto de verificación Cir. Inf., se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

Ped

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En Servicio Pediatría se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía,

Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

Neo

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En Unidad de Neonatología se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

Obst-Gine

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En Servicio Obstetricia y Ginecología se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.

Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

APF

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En Unidad de Farmacia se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

APQ: Unidad Quimioterapia Adulto / Unidad Quimioterapia Infantil

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En las Unidades de Quimioterapia Adulto y Quimioterapia Infantil para punto de verificación APQ, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

API									
Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								
Breve descripción del contenido del documento: En Unidad Imagenología se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico. En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes. Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado. En anexos los siguientes formularios: Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora									

APA									
Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								
Breve descripción del contenido del documento: En Unidad Anatomía Patológica se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico. En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes. Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado. En anexos los siguientes formularios: Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora									

Dental			
Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"		
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02	Fecha: Julio 2015	
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona		Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de	

Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta	Antofagasta (s)

Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21			
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En Servicio Dental se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

URG: Unidad Emergencia Adulto-Pediátrica / Unidad Emergencia Gíneco-Obstetricia

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"		
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02	Fecha: Julio 2015	
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta		Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)	

Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21			
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En las Unidades de Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

Pensionado Médico-Quirúrgico

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"		
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02	Fecha: Julio 2015	
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta		Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)	

Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 21

Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si
Responsable de la aplicación	Si							

Breve descripción del contenido del documento:
En Unidad de Pensionado Médico-Quirúrgico para puntos de verificación Cir.Ad. y Med, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

GCL 2.3 – **Segundo elemento medible**: Existen registros implementados y en uso para reportes de EA de acuerdo al sistema de vigilancia local.

PQ: Pabellón Central /Pabellón MaternidadPabell / Pabellón Cardiovascular	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en las tres Unidades, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
PRO: Unidad Procedimientos Endoscópicos / Pabellón Cistoscopía / Unidad Hemodinamia	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en las tres Unidades, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
UPC Ad: UCI Adulto / UCI Coronaria / UTI MQ	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en las tres Unidades, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia

	- Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
UPC Ped	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en UPC Pediátrica, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
UPC Neo	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en UPC Neonatal, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
Med: Servicio Medicina / Unidad Atención Progresiva de Pacientes (UAPP)	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Servicio de Medicina y UAPP, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
Cir Ad.: Servicio Cirugía / Bloque Quirúrgico de Especialidades	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Servicio de Cirugía y BQE, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
Cir Inf.: Servicio Pediatría	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Servicio de Pediatría, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento

	- Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
Ped	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Servicio de Pediatría, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
Neo	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Unidad Neonatología, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
Obst-Gine	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Servicio Obstetricia y Ginecología, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
APF	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Unidad de farmacia, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
APQ: Unidad Quimioterapia Adulto / Unidad Quimioterapia Infantil	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Unidades de Quimioterapia Adulto e Infantil, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos:

	- N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
API	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Unidad de Imagenología, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
APA	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Unidad Anatomía patológica, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
Dental	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Servicio Dental, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
URG: Emergencia Adulto-Pediátrica / Emergencia Gíneco-Obstétrica	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Servicio Obstetricia y Ginecología, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)

GCL 2.3 – Tercer elemento medible: Se constata análisis de eventos centinelas, según lo definido por el Prestador

PQ: Pabellón Central /Pabellón Maternidad / Pabellón Cardiovascular	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Pabellón central: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 2. Pabellón Maternidad: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 3. Pabellón Cardiovascular: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
PRO: Unidad Procedimientos Endoscópicos / Pabellón Cistoscopía / Unidad Hemodinamia	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Unidad Procedimientos Endoscópicos: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 2. Pabellón Cistoscopía: se constata en Pabellón Central, de quien depende administrativamente el Pabellón de Cistoscopía, los Informes del 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 3. Unidad Hemodinamia: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
UPC Ad: UCI Adulto / UCI Coronaria	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinela, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. UCI Adultos: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 2. UCI Coronaria: Informes del 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
UPC Ad: UTI MQ	
Nombre documento	- Informe Eventos Centinela, código INF-UCSP-02. Segundo y tercer trimestre 2015. - Formulario de Notificación de Incidentes , eventos Adversos y Eventos Centinela, RG-UCSP-04-00 - Informe de Incidentes, Eventos Adversos y/o Eventos Centinela, RG-UCSP-05-00 - Formulario de análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela, RG-UCSP-08-00 y Plan de Mejora - Informe monitorización del Plan de Mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela, RG-UCSP-06-00
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Informe de 2° trimestre en cual se declara la existencia de 5 eventos centinelas en la Unidad, firmado por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 2. Informe de 3° trimestre en cual se declara la existencia de 3 eventos centinelas en la Unidad, firmado por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. De los Eventos Centinelas reportados se constata el cumplimiento del procedimiento institucional en su análisis y manejo, se tiene a la vista: a. Informe de Incidentes, Eventos Adversos y/o Eventos Centinela, reportes n° 62, 65, 70, 77, 121,187, 267 y 269, elaborados por la jefatura de la unidad en el cual se describe el evento, se categoriza el daño, se clasifica el evento, se determina si hubo quiebre en las medidas de prevención y se propone el plan de mejora inicial. b. Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela, reportes n° 62, 65, 70, 77, 121,187, 267 y 269, emitidos por el equipo de análisis (conformado por Jefatura, funcionarios del Servicio y representante de la UCSP), en los cuales se realiza análisis causal de los evento, identificación de las causas que los provocaron y ajuste de los planes de mejora. c. Informe de Monitorización del Plan de Mejora, reportes n° 62, 65, 70, 77, 121,187, 267 y 269, que contempla las intervenciones programadas y el seguimiento a corto y mediano plazo. Cumple lo solicitado por el elemento medible.
UPC Ped	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. UPC Ped: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
UPC Neo	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. UPC Pediátrica: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el

	Director del Hospital.
Med: Servicio Medicina	
Nombre documento	- Informe Eventos Centinela, código INF-UCSP-02. Segundo y tercer trimestre 2015. - Formulario de Notificación de Incidentes , eventos Adversos y Eventos Centinela, RG-UCSP-04-00 - Informe de Incidentes, Eventos Adversos y/o Eventos Centinela, RG-UCSP-05-00 - Formulario de análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela, RG-UCSP-08-00 y Plan de Mejora - Informe monitorización del Plan de Mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela, RG-UCSP-06-00
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Informe de 2° trimestre en cual se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 2. Informe de 3° trimestre en cual se declara la existencia de 1 evento centinela en la Unidad. Del Evento Centinela reportado se constata el cumplimiento del procedimiento institucional en su análisis y manejo, se tiene a la vista: a. Informe de Incidentes, Eventos Adversos y/o Eventos Centinela, reporte n° 167, elaborado por la jefatura de la unidad en el cual se describe el evento, se categoriza el daño, se clasifica el evento, se determina si hubo quiebre en las medidas de prevención y se propone el plan de mejora inicial. b. Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela, reporte n° 167, emitido por el equipo de análisis (conformado por Jefatura, funcionarios del Servicio y representante de la UCSP), en el cual se realiza análisis causal del evento, identificación de las causas que lo provocaron y ajuste del plan de mejora. c. Informe de Monitorización del Plan de Mejora, reporte n° 167, que contempla la intervención programada y el seguimiento a corto y mediano plazo. Cumple lo solicitado por el elemento medible.
Med: UAPP	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. UPC Pediátrica: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
Cir Ad.: Servicio Cirugía / Bloque Quirúrgico de Especialidades	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, Código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Servicio Cirugía: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en el Servicio, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 2. Bloque Quirúrgico Especialidades: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
Pensionado Médico-Quirúrgico	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Pensionado MQ: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
Cir Inf.	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Unidad Cirugía Infantil: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
Ped	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Servicio Pediatría: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en el Servicio, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
Neo	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Unidad Neonatología: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
Obst-Gine	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Servicio Obstetricia y Ginecología: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en el Servicio, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
APF	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02

Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Unidad Farmacia: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
APQ: Quimioterapia Adulto / Quimioterapia Infantil	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Unidad Quimioterapia Adulto: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 2. Unidad Quimioterapia Infantil: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
API	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Unidad Imagenología: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
APA	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Unidad Anatomía Patológica: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
Dental	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Servicio Dental: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en el Servicio, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
URG: Unidad Emergencia Adulto-Pediátrica	
Nombre documento	- Informe Eventos Centinela, código INF-UCSP-02 - Formulario de Notificación de Incidentes , eventos Adversos y Eventos Centinela, RG-UCSP-04-00 - Informe de Incidentes, Eventos Adversos y/o Eventos Centinela, RG-UCSP-05-00 - Formulario de análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela, RG-UCSP-08-00 y Plan de Mejora - Informe monitorización del Plan de Mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela, RG-UCSP-06-00
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Informe de 2° trimestre en cual se declara la existencia de 1 evento centinela en la Unidad, firmado por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 2. Informe de 3° trimestre en cual se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmado por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 3. . Del Evento Centinela reportado se constata el cumplimiento del procedimiento institucional en su análisis y manejo, se tiene a la vista: a. Informe de Incidentes, Eventos Adversos y/o Eventos Centinela, reporte n° 125, elaborado por la jefatura de la unidad en el cual se describe el evento, se categoriza el daño, se clasifica el evento, se determina si hubo quiebre en las medidas de prevención y se propone el plan de mejora inicial. b. Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela, reporte n° 125, emitido por el equipo de análisis (conformado por Jefatura, funcionarios del Servicio y representante de la UCSP), en el cual se realiza análisis causal del evento, identificación de las causas que lo provocaron y ajuste del plan de mejora. c. Informe de Monitorización del Plan de Mejora, reporte n° 125, que contempla la intervención programada y el seguimiento a corto y mediano plazo. Cumple lo solicitado por el elemento medible.
URG: Unidad Emergencia Gíneco-Obstétrica	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Unidad Emergencia Gíneco-Obstétrica: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.

CARACTERÍSTICA GCL 2.3 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	Dirección	PQ	PRO End	PRO HD	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med	Cir Ad	Cir Inf	Ped	Neo	Obst Gne	APF	APQ	API	APA	APT	APR	Dental	URG
1°	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	NA	1	1
2°		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	NA	1	1
3°		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	NA	1	1

Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 55/55	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA GCL 3.1 /HALLAZGOS

GCL 3.1 – Primer elemento medible: Existe un Comité de Infecciones Intrahospitalarias designado por la Dirección del establecimiento, con descripción explicita de sus integrantes y su ámbito de acción.

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento I	Resolución Exenta N° 2068		
Fecha elab: 20/04/2012	Fecha vigencia: NA	Versión: NA	N° páginas: 2
Elaborado por: NA		Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional de Antofagasta	
Comité Si/No	Designado por la Dirección: Si	Descripción explícita integrantes: No	Describe ámbito acción: Si
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista Resolución Exenta que crea la "Unidad Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y Epidemiología del Hospital Regional de Antofagasta", dependiente de la Dirección Médica del hospital. El documento establece que dicha Unidad será la responsable institucional del Programa de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud detallando sus funciones y ámbito de acción, de acuerdo a lo establecido en el Norma Técnica N° 124 del Minsal.			
Nombre del documento II	Resolución Exenta N° 6540		
Fecha elab: 24/06/2013	Fecha vigencia: NA	Versión: NA	N° páginas: 2
Elaborado por: NA		Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional de Antofagasta	
Comité Si/No	Designado por la Dirección: Si	Descripción explícita integrantes: Si	Describe ámbito acción: No
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista Resolución Exenta que actualiza los integrantes de la Unidad de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y Epidemiología del Hospital, de acuerdo a lo establecido en la Norma Técnica N° 124, quedando constituido según se detalla: - Médico Titular IAAS: Dra. María Elena Hartard A. (33 horas) - Médico Subrogante IAAS: Dra. Natalia Valenzuela - Enfermera Control IAAS: Patricia Cáceres Jara (44 horas) - 1° Subrogante Control IAAS: Claudia Fuenteseca (44 hrs) - 2° Subrogante Control IAAS: Mariluz Varela Collao (22 hrs) - Microbiología Titular TM: Eva Mejías (22 hrs) - 1° Subrogante TM: Ximena Rojo - 2° Subrogante TM: Karen Contreras - Delegado de Epidemiología: Mariluz Varela Collao (22 hrs) - 1°Subrogante: Claudia Fuenteseca - 2°Subrogante: Patricia Cáceres El documento también establece los encargados de: la Prevención y Contención de la resistencia microbiana, el "VIH", la Salud Ocupacional, el Manejo de residuos Hospitalarios, la Tuberculosis y la Bioseguridad del Laboratorio Clínico En Resolución Exenta N° 7911 del 30/09/2015, tenida a la vista, se actualizan los integrantes de Microbiología quedando de la siguiente manera: - Microbiología Titular TM: Paula Martínez Borbarán (22 hrs) - 1° Subrogante TM: Karen Araya Collao - 1° Subrogante TM: Ximena Rojo Monroy Con la presentación de los 2 documentos descritos se cumple lo solicitado por elemento medible.			

GCL 3.1 – Segundo elemento medible: Existe un médico encargado del programa y una enfermera o matrona de Infecciones Intrahospitalarias que cuentan con la capacitación necesaria (al menos curso de 80 horas en la materia), descripción de sus funciones y tiempo asignado.

Dirección o Gerencia			
Documento que designa médico encargado IIH: Resolución Exenta N° 6540			
Fecha elab: 24/06/2013	Fecha vigencia: NA	Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional de Antofagasta	
Considera:	N° horas asignadas: Si	Descripción funciones: No	Capacitación necesaria (IIH): No
Documento que designa enfermera: Resolución Exenta N° 6540			
Fecha elab: 24/06/2013	Fecha vigencia: NA	Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional de Antofagasta	
Considera:	N° horas asignadas: Si	Descripción funciones: No	Capacitación necesaria (IIH): No
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista Resolución Exenta que actualiza los integrantes de la Unidad de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y Epidemiología del Hospital, nombra al médico y enfermera a cargo con las horas asignadas para desarrollar la función: - Médico Titular IAAS: Dra. María Elena Hartard A. (33 horas) - Médico Subrogante IAAS: Dra. Natalia Valenzuela - Enfermera Control IAAS: Patricia Cáceres Jara (44 horas)las - 1° Subrogante Control IAAS: Claudia Fuenteseca (44 hrs) - 2° Subrogante Control IAAS: Mariluz Varela Collao (22 hrs) También se tienen a la vista las copias de los certificados de la formación de los profesionales encargados y subrogantes:			

1. Dra. María Elena Hartard Arriagada, curso 86 horas de "Actualización en IAAS para la Gestión en Salud", Sociedad Chilena De Control de Infecciones y Epidemiología Hospitalaria, mayo de 2015.
2. Enfermera Patricia Cáceres Jara, curso 200 horas "Diplomado en prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias", Pontificia Universidad Católica de Chile, enero 2011.
3. Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, curso 80 horas, "Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud", e-Campus de Medwave, septiembre 2013.
4. Enfermera Mariluz Varela Collao, curso 210 horas, Diplomado prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud", Pontificia Universidad Católica de Chile, enero 2013.

Como documento complementario se tiene a la vista el documento de caracter institucional denominado Manual de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud - IAAS, código MA-IIH-01, versión 1, en el cual de detallan las Funciones a desarrollar por el Médico y la Enfermera de la Unidad de IAAS y Epidemiología e indica la capacitación que ambos profesionales requieren para desarrollar su función.

GCL 3.1 – Tercer elemento medible: Se constata funcionamiento del Comité de Infecciones Intrahospitalarias, verificándose al menos 3 reuniones anuales.

Dirección o Gerencia								
Tipo documento que respalda las reuniones: Se tienen a la vista las actas de las reuniones efectuadas durante el año 2015, denominadas "Actas de Reunión ampliada Infecciones Asociadas a la Atención en Salud – IAAS", cada una de ellas con el temario tratado, conclusiones y acuerdos y sus correspondientes registros de asistencia que individualiza nombre, unidad y firma del asistente.								
Considera Si/No	Al menos 3 reuniones anuales:	Si	Fecha 1:	14/01/2015	Fecha 2:	11/05/2015	Fecha 3:	05/08/2015

GCL 3.1 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA GCL 3.2 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

GCL 3.2 – Primer elemento medible: Existe un documento de carácter institucional que describe el sistema de vigilancia activo en infecciones intrahospitalarias, donde se explicitan IIH vigiladas, procedimiento de vigilancia y criterios de notificación.

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento	Manual de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud – IAAS		
N° Resolución: 15180 del 12/12/2013	Versión: 1	Fecha: Noviembre 2013	
Elaborado por: Patricia Cáceres J. Enfermera Unidad IAAS y Epidemiología	Aprobado por: Juan P. Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 46	
Considera (Si/No)	1. IIH vigiladas: Si	2. Procedimientos de vigilancia: Si	3. Criterios de notificación: Si

Breve descripción del contenido del documento:

En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Manual de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud - IAAS, código MA-IIH-01 que incluye, entre otros aspectos, objetivos, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.

En página n° 4, ítem "Objetivo" señala que el sistema de vigilancia epidemiológica de las IAAS forma parte del Programa de prevención y Control de IAAS y detalla objetivos específicos. En ítem n° 3 describe las responsabilidades en el sistema de vigilancia de la Unidad de Prevención y Control de IAAS y Epidemiología, el médico de IAAS, la enfermera de IAAS y el Tecnólogo Médico de microbiología.

En página n° 11, ítem 6 "Descripción del Proceso" se describe que el sistema de vigilancia es mediante búsqueda activa y selectiva en los servicios clínicos y de apoyo en pacientes seleccionados por tener factores de riesgo, utilizando tasas específicas para cada tipo de infección de dos tipos: Pacientes infectados/Pacientes expuestos y Episodios de IIH/Días de exposición.

En el punto 6.5 del mismo ítem se detallan los criterios de notificación según localización de las siguientes IAAS:

1. Infecciones urinarias (ITU)
2. Infecciones del torrente sanguíneo (ITS)
3. Neumonía Intrahospitalaria, en pacientes en ventilación mecánica
4. Endometritis puerperal (EP)
5. Infección de herida operatoria (IHO)
6. Infección gastrointestinal (IINT)
7. Infecciones respiratorias virales agudas en lactantes (IRA)
8. Infecciones del sistema nervioso central asociada a la instalación de válvulas derivativas.

Los resultados de la vigilancia epidemiológica serán consolidados mensualmente y enviados a los Jefes de Servicio y supervisores para implementación de los planes de mejora que corresponda. En página 24, punto 6.7 se indica por tipo de infección los servicios clínicos en que se vigilarán.

En anexos n° 1y n° 2los "Indicadores para la vigilancia de IAAS y el "Indicador de la evaluación interna del sistema de vigilancia"

GCL 3.2 – Segundo elemento medible: Se han definido indicadores y umbrales para cada una de las IIH vigiladas

Dirección o Gerencia		
Nombre del indicador 1	Infección del tracto urinario (ITU) asociada a catéter urinario permanente (CUP)en pacientes adultos	
Fórmula matemática	N° ITU asociada a CUP / Total de días de uso de CUP x 1000 En el mismo periodo de tiempo. Por Servicio Clínico	
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015		Periodicidad de la evaluación: Mensual

Indicador de referencia Nacional: Medicina: 5.9 Cirugía: 5.1 UPC: 5,3	
Nombre del indicador 2	Neumonia en pacientes con ventilación mecánica (NVM)
Fórmula matemática	N° NVM / Total de días de uso de VM x 1000 días En el mismo periodo de tiempo. Por Servicio Clínico vigilado
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Adulto: 14.8 Pediátrico: 5.3 Neonatología: 6.3	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 3	Endometritis puerperal (EP) asociada a parto vaginal
Fórmula matemática	N° EP en parto vaginal en un mes / Total de pacientes con parto vaginal en el mimo periodo de tiempo x 100
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Parto Vaginal: 0,5	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 4	Endometritis puerperal asociada a parto por cesárea con trabajo de parto y sin trabajo de parto
Fórmula matemática	N° EP en parto cesárea en un mes / Total de pacientes con parto cesárea en el mimo periodo de tiempo) x 100 Registro separado con y sin trabajo de parto
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Cesárea con trabajo de parto: 0,4 Cesárea sin trabajo de parto: 0,1	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 5	Infección del Torrente Sanguíneo (ITS) asociado al uso de catéter venoso central (CVC)
Fórmula matemática	N° ITS asociado a CVC en un mes / Total de días de uso de CVC en el mismo periodo de tiempo) x 1000
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Catéteres venosos centrales en adultos: 2,9 Catéteres venosos centrales en niños: 2,6	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 6	Infección del Torrente Sanguíneo asociado al uso de catéter venoso central en hemodiálisis
Fórmula matemática	N° ITS asociadas catéter de hemodiálisis en un mes / Total de días de uso de catéter de hemodiálisis en el mismo periodo de tiempo) x 1000
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Catéteres venosos centrales hemodiálisis: 1.4	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 7	Infección del Torrente Sanguíneo asociado al uso de catéter umbilical (CU)
Fórmula matemática	N° ITS asociadas a CU en un mes / Total de días de uso de CU en el mismo periodo de tiempo x 1000
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Catéteres umbilicales en neonatos: 3,2	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 8	Infección del Torrente Sanguíneo asociado a indicación de nutrición parenteral (NPT)
Fórmula matemática	N° ITS asociadas a NPT en un mes / Total de días de NPT en el mismo periodo de tiempo) x 1000
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Nutrición parenteral total en adultos: 2,1 Nutrición parenteral total en niños: 2,3	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 9	Infección intestinal en lactantes y neonatos
Fórmula matemática	N° infecciones gastrointestinales en un mes / Total de días de hospitalización en el mismo periodo de tiempo x 100
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Lactantes: 1.7 Neonatología: 0,01	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 10	Infección respiratoria aguda en lactantes
Fórmula matemática	N° infecciones respiratorias agudas en un mes / Total de días de hospitalización en el mismo periodo de tiempo x 100
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Lactantes: 1.4	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 11	Infección de herida operatoria (IHOP) hernia inguinal en adultos
Fórmula matemática	N° IHOP hernia inguinal en un mes / Total de cirugías de hernia inguinal en el mismo período de tiempo x 100
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Hernias inguinales adulto: 0,4	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 12	Infección de herida operatoria colecistectomía por laparotomía

Fórmula matemática	N° IHOP colecistectomía por laparotomía en un mes / Total de cirugías de colecistectomías por laparotomía en el mismo período de tiempo x 100
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Colecistectomía por laparotomía: 0,9	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 13	Infección de herida operatoria colecistectomía por laparoscopía
Fórmula matemática	N° IHOP colecistectomía por laparoscopía en un mes / Total de cirugías de colecistectomías por laparoscopías en el mismo período de tiempo x 100
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Colecistectomía por laparoscopía: 0,2	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 14	Infección de herida operatoria cesárea
Fórmula matemática	N° IHOP de cesáreas en un mes / Total de cirugías de cesáreas en el mismo período de tiempo x 100
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Cesáreas: 0.9	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 15	Infección de herida operatoria tumor neuroquirúrgico
Fórmula matemática	N° IHOP de craneotomía en un mes / Total de cirugías de craneotomías por tumor neuroquirúrgico en el mismo período de tiempo x 100
Umbral de cumplimiento: Sin tasa referencia Minsal	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 16	Infección de herida operatoria prótesis de cadera
Fórmula matemática	N° IHOP de prótesis de cadera en un mes / Total de cirugías de prótesis de cadera en el mismo período de tiempo x 100
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Prótesis de cadera: 2.0	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 17	Infecciones del sistema nerviosos central (SNC) asociado a la instalación de válvulas derivativas externas en adulto
Fórmula matemática	N° de infecciones del SNC en un mes / Total de cirugías de instalación de válvulas derivativas externas en adulto en el mismo período de tiempo x 100
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: No hay	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 18	Infecciones del sistema nerviosos central (SNC) asociado a la instalación de válvulas ventrículo peritoneales niños y adultos
Fórmula matemática	N° de infecciones del SNC en un mes / Total de cirugías de instalación de la primera válvula ventrículo peritoneal en el mismo período de tiempo en niños y adultos x 100
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Válvula derivativa ventrículo peritoneal adultos: No hay Válvula derivativa ventrículo peritoneal pediatría: No hay	Periodicidad de la evaluación: Mensual

GCL 3.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia que se ha realizado vigilancia en forma periódica

Dirección o Gerencia
Describir la verificación de la vigilancia periódica de IIH: Se constata la vigilancia en forma periódica de las infecciones definidas, a través de los Informes de tasas mensuales efectuados por la enfermera de la Unidad de IAAS y Epidemiología a cargo de la vigilancia epidemiológica del Hospital, en los que se detallan tablas, con los resultados de las tasas de cada una las infecciones vigiladas por Servicio o Unidad Clínica Se tiene a la vista el "Informe Mensual RG – IIH - 15, que contiene los resultados de los meses de enero a octubre de 2015, con las tasas del indicador de la infección vigilada por servicio. También utilizan la plataforma computacional Sistema de Información de Calidad de Atención y Resultados Sanitarios (SICARS), a la cual accede la encargada del programa con su clave personal.

CARACTERÍSTICA GCL 3.2 OBLIGATORIA /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1°EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA GCL 3.3 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

GCL 3.3 – Primer elemento medible: Se describen en documentos de carácter institucional las medidas de prevención de IIH que consideran:

Precauciones estándar (1)			
Nombre del documento	Instructivo Componentes de las Precauciones Estándar		
Fecha elab: Enero 2013	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 2	N° páginas: 17
Elaborado por: Claudia Fuenteseca P., Enfermera		Aprobado por: Juan P. Mattatall L., Director Hospital Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Responsable aplicación: Si		
Se constata documento descrito en los siguientes puntos de verificación:			

PQ	Med.	Cir. Ad.	Cir. Inf.	Ped.	Neo	Obst-gine	APD	APQ	URG	Dental
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los Servicios o Sectores que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
El documento descrito en cuadro precedente se tiene a la vista en los puntos de verificación según se detalla:

1. Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ::
   Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado quirúrgico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
2. Servicio de Medicina y "UAPP" para punto de verificación Med.:
   Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado clínico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
3. Unidad de Pensionado para puntos de verificación Med y Cir Ad.
   Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado clínico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
4. Servicio de Cirugía y Bloque quirúrgico de Especialidades para punto de verificación Cir Ad.:
   Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado clínico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
5. Servicio de Pediatría para puntos de verificación Ped. y Cir. Inf.:
   Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado clínico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
6. Unidad de Neonatología:
   Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado clínico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
7. Servicio Obstetricia y Ginecología
   Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado clínico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
8. Unidad de Hemodiálisis para punto de verificación APD:
   Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado clínico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
9. Unidad de Quimioterapia Adulto e Infantil para punto de verificación APQ:
   Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado clínico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
10. Unidad de Emergencia Adulto - Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica para punto de verificación URG:
    Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado clínico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
11. Unidad Dental
    Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado clínico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.

Observaciones:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, tipo Instructivo, Resolución N° 1231 de fecha 19/02/2013, código IT–IIH-11
El alcance (página 2) es a todas las Unidades clínicas de apoyo y transporte, donde se realice atención directa de pacientes y debe ser cumplida por todos los funcionarios del establecimiento, docentes y estudiantes, visitas y acompañantes de los enfermos. En página 4, ítem 5, detalla las responsabilidades en la aplicación del Instructivo de la Dirección del Hospital, los Profesionales Supervisores de las Unidades Asistenciales y de Apoyo Diagnóstico, los Profesionales y Técnicos de las Unidades Asistenciales y de Apoyo de Diagnóstico y las Enfermeras de IAAS.
En ítem 7 "Procedimiento" los procedimientos de cada componente de las precauciones estándares:

1. Lavado de manos: clínico, quirúrgico e higienización en seco.
2. Uso de guantes
3. Uso de pechera o delantal desechable
4. Uso de mascarilla o respirador particulado
5. Uso de antiparras o escudo facial
6. Uso de Gorro

De cada uno de los componentes el documento describe los procedimientos y actividades a realizar para su cumplimiento.
Complementa el documento de Precauciones Estándar, el documento "Norma Técnica Higiene de Manos", de julio 2015, versión 1, código NT-IIH-14, en la cual se describen las técnicas y oportunidades de la higiene de manos. En página 16 del documento la ficha técnica del indicador evaluado.

Aislamientos (2)

Nombre del documento	Norma Precauciones Basadas en la Transmisión de Agentes Infecciosos		
Fecha elab: Febrero 2013	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 3	N° páginas: 25
Elaborado por: Patricia Cáceres J. y Claudia Fuenteseca P., Enfermeras Unidad de IAAS y Epidemiología		Aprobado por: Juan P. Mattatall L., Director Hospital Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Responsable aplicación: Si		

Se constata documento descrito en los siguientes puntos de verificación:

PQ	Med.	Cir. Ad.	Cir. Inf.	Ped.	Neo	Obst-gine	APD	APQ	URG	Dental
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	NA

Registrar los Servicios o Sectores que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
El documento descrito en cuadro precedente se tiene a la vista en los puntos de verificación según se detalla:

1. Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ::
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
2. Servicio de Medicina y "UAPP" para punto de verificación Med.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
3. Unidad de Pensionado para puntos de verificación Med y Cir Ad.
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
4. Servicio de Cirugía y Bloque quirúrgico de Especialidades para punto de verificación Cir Ad.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
5. Servicio de Pediatría para puntos de verificación Ped. y Cir. Inf.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
6. Unidad de Neonatología:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
7. Servicio Obstetricia y Ginecología
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
8. Unidad de Hemodiálisis para punto de verificación APD:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
9. Unidad de Quimioterapia Adulto e Infantil para punto de verificación APQ:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
10. Unidad de Emergencia Adulto - Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica para punto de verificación URG:
    Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.

Observaciones:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, tipo Norma, Resolución Exenta N° 1224 de fecha 19/02/2013, código NT–IIH-03
El alcance (página 2) es a todas las Unidades clínicas, de apoyo diagnóstico y Unidades de Movilización, donde se realice atención directa de pacientes sospechosos o con diagnóstico de síndromes infecciosos y debe ser cumplida por el personal de los distintos estamentos, docentes y alumnos, familiares y acompañantes de los pacientes. En página 3, ítem 4, detalla las responsabilidades en la aplicación de la Norma del Director del Hospital, de la Unidad de IAAS y Epidemiología, los Jefes y Supervisores de Unidades Clínicas y de Apoyo y los Médicos tratantes.
En páginas 6 a 17, ítem 8, describe el tipo de aislamiento según el mecanismo de transmisión del agente infeccioso:

1. Precauciones estándar, como componente general sumado a las medidas específicas según vía de transmisión del agente infeccioso.
2. Prevención de infecciones de agentes transmitidos por contacto (aislamiento de contacto)
3. Prevención de infecciones de agentes transmitidos por vía aérea o aerosoles
4. Prevención de infecciones de agentes transmitidos por gotitas

De cada uno de ellos, el documento describe los procedimientos y actividades a realizar para su cumplimiento.
Complementaria a la resolución que aprueba el documento se tiene a la vista la Resolución Exenta N° 2046 del 25/03/2013, que corrige el número de hojas del documento aprobado, dice 26 hojas y debe decir 25 hojas.

Prevención de infección de herida operatoria (3)

Nombre del documento	Prevención y control de infección de sitio quirúrgico (ISQ)		
Fecha elab: Agosto 2013	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 2	N° páginas: 24
Elaborado por: Patricia Cáceres J. y Claudia Fuenteseca P., Enfermeras Unidad de IAAS y Epidemiología		Aprobado por: Juan P. Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Responsable aplicación: Si		

Se constata documento descrito en los siguientes puntos de verificación:

PQ	Med.	Cir. Ad.	Cir. Inf.	Ped.	Neo	Obst-gine	APD	APQ	URG	Dental
Si	NA	Si	Si	NA	NA	Si	NA	NA	NA	NA

Registrar los Servicios o Sectores que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
El documento descrito en cuadro precedente se tiene a la vista en los puntos de verificación según se detalla:

1. Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ::
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
2. Servicio de Cirugía, Unidad de Pensionado y Bloque quirúrgico de Especialidades para punto de verificación Cir Ad.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
3. Servicio de Pediatría para punto de verificación Cir. Inf.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
4. Servicio Obstetricia y Ginecología
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.

Observaciones:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, tipo Norma, Resolución Exenta N° 9482 de fecha 23/08/2013, código NT-IIH.07.
En alcance (página 5) indica que la norma aplica a todas las Unidades Clínicas y de Apoyo e incluye al personal profesional médico y paramédico, Técnicos Paramédicos, docentes y estudiantes durante todo el proceso de atención. En página 5, ítem 3, detalla las responsabilidades en la aplicación de la Norma del Director del Hospital, del Subdirector Médico y Administrativo, de los profesionales de la Unidad de IAAS y Epidemiología, del Jefe del Centro de Responsabilidad de Atención Cerrada, de los(as) Subdirector(as) de Enfermería y de Matronería, los Jefes y Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo y el personal profesional y técnico de las Unidades Asistenciales y de Apoyo.
En páginas 7 a 17, ítem 7, "Descripción del Proceso" describe las actividades a realizar para la prevención de infecciones de sitio quirúrgico en el preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.

Prevención de endometritis (4)

Nombre del documento	Norma prevención Endometritis Puerperal		
Fecha elab: Abril 2014	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 2	N° páginas: 14
Elaborado por: Patricia Cáceres J., Mariluz Varela C. y Claudia Fuenteseca P., Enfermeras Unidad de IAAS y Epidemiología		Aprobado por: Juan Pablo Mattatall, Director Hospital	
Carácter institucional: Si	Responsable aplicación: Si		

Se constata documento descrito en; Obstetricia – Ginecología: Si

Observaciones:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, tipo Norma, Resolución Exenta N° 6095 de fecha 17/04/2014, código NT-IIH.08.
En alcance (página 3) indica que la norma aplica a toda Unidad Asistencial en que se atiendan partos por vía vaginal o cesárea, e incluye al personal profesional y técnico, docentes, alumnos e internos.
En ítem 8 "Descripción del Proceso" establece 4 normas para la prevención de la endometritis puerperal:
1. Técnica aséptica
2. Personal con lesiones en las manos
3. Indicación de tactos vaginales
4. Antibioprofilaxis en cesárea

En cada una de ellas se describen las medidas y actividades a efectuar y los responsables de la supervisión y el cumplimiento.

Prevención de infecciones asociadas a procedimientos invasivos (5)

Nombre del documento I	Norma de Prevención de Infecciones del Torrente Sanguíneo (ITS) asociadas a procedimientos invasivos de acceso vascular		
Fecha elab: Enero 2015	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 3	N° páginas: 21
Elaborado por: Patricia Cáceres J., Claudia Fuenteseca P., y Mariluz Varela C. Enfermeras Unidad de IAAS y Epidemiología		Aprobado por: Francisco Bueno N., Director(S) Hospital Clínico Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Responsable aplicación: Si		

Se constata documento descrito en los siguientes puntos de verificación:

PQ	Med.	Cir. Ad.	Cir. Inf.	Ped.	Neo	Obst-gine	APD	APQ	URG	Dental
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	NA

Registrar los Servicios o Sectores que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
El documento descrito en cuadro precedente se tiene a la vista en los puntos de verificación según se detalla:
1. Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
2. Servicio de Medicina y "UAPP" para punto de verificación Med.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
3. Unidad de Pensionado para puntos de verificación Med y Cir Ad.
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
4. Servicio de Cirugía y Bloque quirúrgico de Especialidades para punto de verificación Cir Ad.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
5. Servicio de Pediatría para puntos de verificación Ped. y Cir. Inf.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
6. Unidad de Neonatología:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
7. Servicio Obstetricia y Ginecología
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
8. Unidad de Hemodiálisis para punto de verificación APD:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
9. Unidad de Quimioterapia Adulto e Infantil para punto de verificación APQ:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
10. Unidad de Emergencia Adulto - Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica para punto de verificación URG:
    Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.

Observaciones:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, tipo Norma, Resolución Exenta N° 0200 de fecha 14/01/2015, código NT-IIH.05.
En alcance (página 3) indica que la norma aplica a todas las Unidades Clínicas y de Apoyo donde se indica y atienden pacientes con catéteres vasculares de tipo: venoso periférico, venoso central, de hemodiálisis, percutáneo, umbilical, tunelizado e implantable con reservorio subcutáneo; incluye a los profesionales médicos, no médicos y técnicos paramédico, docentes tutores de práctica, alumnos e internos. En página 5, ítem 3, detalla las responsabilidades en la aplicación de la Norma del Médico Jefe de Unidad Clínica y pabellones, Médicos tratantes y residentes, Enfermera y/o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Técnicos Paramédicos, Docentes, Tutores y Estudiantes y Unidad de IAAS y Epidemiología.
En páginas 7 a 16, ítem 7 "Descripción del Procedimiento" establece las medidas de prevención de ITS y las actividades a realizar en relación a indicación, instalación, manejo y retiro de:
- Catéteres venosos periféricos (VVP)
- Catéteres venosos centrales (CVC)
- Nutrición parenteral

En anexos n° 1, 2, 3 y 4 las pautas de supervisión de la indicación médica de uso y retiro de procedimientos invasivos vigilados, instalación y mantención de CVC y mantención de VVP respectivamente.

Nombre del documento II	Norma: Prevención de infecciones del tracto urinario (ITU) asociado al uso de catéter urinario permanente (CUP)		
Fecha elab: Octubre 2013	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 3	N° páginas: 13
Elaborado por:		Aprobado por:	

Patricia Cáceres J., Claudia Fuenteseca P., Enfermeras Unidad de IAAS y Epidemiología	J. Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Responsable aplicación: Si

Se constata documento descrito en los siguientes puntos de verificación:

PQ	Med.	Cir. Ad.	Cir. Inf.	Ped.	Neo	Obst-gine	APD	APQ	URG	Dental
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	NA

Registrar los Servicios o Sectores que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
El documento II descrito en cuadro precedente se tiene a la vista en los puntos de verificación según se detalla:

1. Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
2. Servicio de Medicina y "UAPP" para punto de verificación Med.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
3. Unidad de Pensionado para puntos de verificación Med y Cir Ad.
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
4. Servicio de Cirugía y Bloque quirúrgico de Especialidades para punto de verificación Cir Ad.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
5. Servicio de Pediatría para puntos de verificación Ped. y Cir. Inf.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
6. Unidad de Neonatología:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
7. Servicio Obstetricia y Ginecología
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
8. Unidad de Hemodiálisis para punto de verificación APD:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
9. Unidad de Quimioterapia Adulto e Infantil para punto de verificación APQ:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
10. Unidad de Emergencia Adulto - Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica para punto de verificación URG:
    Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.

Observaciones:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, tipo Norma, Resolución Exenta N° 11754 de fecha 11/10/2013, código NT-IIH.06.
En alcance (página 3) indica que la norma aplica a todas las Unidades Clínicas y de Apoyo e incluye al personal y Técnicos Paramédicos. En página 5, ítem 3, detalla las responsabilidades en la aplicación de la Norma de la Unidad de IAAS y Epidemiología, del médico, la enfermera o Matrona y los Técnicos de enfermería nivel superior.
En páginas 6 a 10, ítem 7 "Descripción del Proceso" establece 7 normas para la prevención de ITU:

1. Indicación de uso
2. Instalación por personal capacitado
3. Instalación con técnica aséptica
4. Mantención del circuito cerrado
5. Evitar reflujo de orina
6. Manipulación de la bolsa recolectora
7. Vigilancia epidemiológica

En cada una de ellas describe medidas generales y actividades para la prevención de la ITU.
En anexos n° 1 y 2 las "Pautas de Supervisión de la Instalación y Mantención del Catéter Urinario Permanente"

Uso de antisépticos y desinfectantes (6)

Nombre del documento	Norma Uso de Antisépticos y Desinfectantes		
Fecha elab: Enero 2013	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 2	N° páginas: 18
Elaborado por: Claudia Fuenteseca P., Patricia Cáceres J., Enfermeras Unidad de IAAS y Epidemiología		Aprobado por: J. P. Mattatall Larkin, Director(S)	
Carácter institucional: Si	Responsable aplicación: Si		

Se constata documento descrito en los siguientes puntos de verificación:

PQ	Med.	Cir. Ad.	Cir. Inf.	Ped.	Neo	Obst-gine	APD	APQ	URG	Dental
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los Servicios o Sectores que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
El documento descrito en cuadro precedente se tiene a la vista en los puntos de verificación según se detalla:

1. Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
2. Servicio de Medicina y "UAPP" para punto de verificación Med.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
3. Unidad de Pensionado para puntos de verificación Med y Cir Ad.
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
4. Servicio de Cirugía y Bloque quirúrgico de Especialidades para punto de verificación Cir Ad.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
5. Servicio de Pediatría para puntos de verificación Ped. y Cir. Inf.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
6. Unidad de Neonatología:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
7. Servicio Obstetricia y Ginecología
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
8. Unidad de Hemodiálisis para punto de verificación APD:

Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.

9. Unidad de Quimioterapia Adulto e Infantil para punto de verificación APQ:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
10. Unidad de Emergencia Adulto - Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica para punto de verificación URG:
    Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
11. Unidad Dental
    Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.

Observaciones:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, tipo Norma, Resolución N° 1228 del 19/02/2013, código NT-IIH-09.
En alcance (página 3) indica que la norma aplica a todas las Unidades Clínicas y de Apoyo y debe ser cumplida por los profesionales, técnicos, auxiliares, pacientes, visitas, alumnos, docentes y todo el personal del equipo de salud. En ítem 4, detalla las responsabilidades en la aplicación de la norma de la Unidad de IAAS, Farmacia, Abastecimiento, Bodega de farmacia Galénica y Central, Supervisores y personal profesionales y técnicos de Unidades Clínicas y de Apoyo.
En páginas 6 a 13, ítem 8 "Descripción del Proceso" detalla las actividades a realizar en relación a la selección y adquisición de los productos, distribución a Unidades clínicas y de Apoyo, almacenamiento, manipulación y supervisión de la manipulación de antisépticos y desinfectantes.
En anexo n° 1 y 2 detalla los antisépticos y desinfectantes de uso en el hospital respectivamente.

GCL 3.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

PQ: Pabellón Central/Pabellón Maternidad/Pabellón Cardiovascular	
Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med.: Servicio Medicina/"UAPP"/Pensionado	
Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Cir. Ad.: Servicio de Cirugía/Bloque Quirúrgico de Especialidades	
Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Cir. Infant.: Servicio de Pediatría	
Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Ped	
Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Neo.	
Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Obst-Gine	
Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
APD	
Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
APQ: Quimioterapia Adulto/Quimioterapia Infantil	
Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
URG: Emergencia Adulto-Pediátrica/Emergencia Gíneco-Obstétrica	
Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Dental	

Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 3.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación en forma periódica

PQ: Pabellón Central	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Jeannette Flores Arancibia, Supervisora Pabellón Central
Fuente primaria	RG-IIH-19. Pauta de supervisión de lavado quirúrgico de manos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. La Unidad de Pabellón Central (el enfermero clínico encargado de IAAS en Pabellón) aplica pautas a los equipos de Cirugía los días lunes-martes y viernes y a los equipos de especialidades quirúrgicas los días miércoles y jueves, el equipo a evaluar se selecciona al azar. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Presenta uñas cortas y sin esmalte 2. Retira reloj y accesorios 3. Sube mangas hasta el codo 4. Refuerza la limpieza de uñas e interdigital 5. Enjuaga desde manos hacia los codos 6. Aplica nuevamente jabón de clorhexidina al 2% y jabona con movimientos circulares hasta la mitad del antebrazo 7. Enjuaga desde manos hacia los codos 8. Realiza un último lavado exclusivamente de las manos 9. Enjuaga con abundante agua corriente desde la punta de los dedos hacia los codos 10. Cierra la llave con el codo o con pie 11. Seca cuidadosamente las manos y luego los antebrazos con compresas estériles Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de duración del lavado de manos y el número de veces que se aplica jabón.
PQ: Pabellón Maternidad	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Matrona de Pabellón Encargada de Calidad
Fuente primaria	RG-IIH-19. Pauta de supervisión de lavado quirúrgico de manos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. La Unidad de Pabellón Maternidad aplica pautas diarias de lunes a viernes y supervisan a la arsenalera y al médico al momento de la cirugía, la selección se realiza al azar Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Presenta uñas cortas y sin esmalte 2. Retira reloj y accesorios 3. Sube mangas hasta el codo 4. Refuerza la limpieza de uñas e interdigital 5. Enjuaga desde manos hacia los codos 6. Aplica nuevamente jabón de clorhexidina al 2% y jabona con movimientos circulares hasta la mitad del antebrazo 7. Enjuaga desde manos hacia los codos 8. Realiza un último lavado exclusivamente de las manos 9. Enjuaga con abundante agua corriente desde la punta de los dedos hacia los codos 10. Cierra la llave con el codo o con pie 11. Seca cuidadosamente las manos y luego los antebrazos con compresas estériles Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de duración del lavado de manos y el número de veces que se aplica jabón.
PQ: Pabellón Cardiovascular	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Enfermero Supervisor
Fuente primaria	RG-IIH-19. Pauta de supervisión de lavado quirúrgico de manos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. La Unidad de Pabellón Cardiovascular aplica pautas diarias de lunes a viernes y supervisa el primer lavado de manos al personal del momento, la selección se realiza al azar. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Presenta uñas cortas y sin esmalte 2. Retira reloj y accesorios

	3. Sube mangas hasta el codo 4. Refuerza la limpieza de uñas e interdigital 5. Enjuaga desde manos hacia los codos 6. Aplica nuevamente jabón de clorhexidina al 2% y jabona con movimientos circulares hasta la mitad del antebrazo 7. Enjuaga desde manos hacia los codos 8. Realiza un último lavado exclusivamente de las manos 9. Enjuaga con abundante agua corriente desde la punta de los dedos hacia los codos 10. Cierra la llave con el codo o con pie 11. Seca cuidadosamente las manos y luego los antebrazos con compresas estériles Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de duración del lavado de manos y el número de veces que se aplica jabón.
Med.: Servicio Medicina	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Alejandra Millies, Enfermera Supervisora / Enfermera Supervisora(S)
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas enumeran en forma correlativa las 64 camas del servicio y aleatorizan mensualmente la semana, día y cama a evaluar. Aplican 5 pautas el día de la semana seleccionado, supervisando al personal designado a la atención de la cama aleatorizada. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60” (A) y 20-30” (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
Med.: “UAPP”	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Rosa Santander, Enfermera Supervisora / Alejandra Cuevas, Encargada de Calidad
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas aleatorizan mensualmente la semana y cama a evaluar. Aplican 2 pautas según estamento, supervisando al personal designado a la atención de la cama aleatorizada. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60” (A) y 20-30” (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a

	contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
Med.: Pensionado	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Sandra González, Encargada de Calidad / Mónica González, Enfermera Supervisora
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas seleccionan al personal al azar de diferentes estamentos. Aplican 1 a 2 pautas diarias de lunes a viernes. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60” (A) y 20-30” (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
Cir. Ad.: Servicio de Cirugía	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Karen Estivales, Enfermera Supervisora / Stephany Escudero, Encargada de Calidad
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas seleccionan al personal al azar de diferentes estamentos. Aplican 1 a 2 pautas diarias de lunes a viernes. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60” (A) y 20-30” (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
Cir. Ad.: Bloque Quirúrgico de Especialidades	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Janis Orellana, Enfermera Supervisora. -.Encargada de Calidad/ Karen Chepillo, Encargada de Calidad (S)
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas aleatorizan el día de la semana a evaluar, seleccionan al personal al azar de todos los estamentos presentes. Aplican 3 pautas el día aleatorizado.

	Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60" (A) y 20-30" (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
Cir. Infant.: Servicio de Pediatría	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Carolina Urrutia, Encargada de Calidad
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas aleatorizan el día y la cama. Aplican 1 pauta diaria de lunes a viernes, al personal de la sala seleccionada. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60" (A) y 20-30" (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
Ped	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Carolina Urrutia, Encargada de Calidad
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas aleatorizan el día y la cama. Aplican 1 pauta diaria de lunes a viernes, al personal de la sala seleccionada. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60" (A) y 20-30" (OH) 12. Enjuaga con abundante agua

	13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
Neo.	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Ximena Alfaro Salinas, Supervisora Neonatología
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Aplican pautas de lunes a viernes seleccionando el personal al azar. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60” (A) y 20-30” (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
Obst-gine	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Matrona Clínica diurna
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas enumeran las camas en forma correlativa y aleatorizan anualmente las camas a evaluar. Aplican 1 – 2 pautas diarias de lunes a viernes, al personal que atiende al paciente de la cama seleccionada. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60” (A) y 20-30” (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
APD	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Ana Bacarreza R., Enfermera Supervisora - Encargada de calidad
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al

	equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas aleatorizan el día y el personal a evaluar. Aplican 8 pautas semanales de lunes a jueves, 2 pautas cada día al personal seleccionado. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60" (A) y 20-30" (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
APQ: Adultos	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Romina Aguilar R., Enfermera clínica - Encargada de calidad
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas aleatorizan el personal a evaluar. Aplican 8 pautas semanales Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60" (A) y 20-30" (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
APQ: Infantil	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Romina Aguilar R., Enfermera clínica - Encargada de calidad
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas aleatorizan el personal a evaluar. Aplican 8 pautas semanales Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60" (A) y 20-30" (OH)

	12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
URG.: Emergencia Adulto-Pediátrica	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Paulina Leila C., Encargada de Calidad
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Aplican 1 a 2 pautas diarias de lunes a viernes, por oportunidad y conveniencia. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60” (A) y 20-30” (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
URG.: Emergencia Gíneco-Obstétrica	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Carol Araya J., Matrona Encargada de Calidad Emergencia Gíneco-Obstétrica
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Aplican 1 a 2 pautas diarias de lunes a viernes, por oportunidad y conveniencia al personal que se encuentre en el momento de la supervisión.. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60” (A) y 20-30” (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
Dental	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Dra. Jimena Carrasco O.
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al

	equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas aleatorizan el personal a evaluar. Aplican 8 pautas semanales Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60" (A) y 20-30" (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Central

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	26	29	28	28	27	30	168
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	81.25	90.63	87.5	87.5	84.38	93.75	88

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Central

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-19. Pauta de supervisión de lavado quirúrgico de manos" de Pabellón Central para punto de verificación PQ, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, las iniciales del nombre y estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro.
Se constata que en el mes de julio 12 de las evaluaciones efectuadas se registran en formulario "RG-IIH-18, Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" y en el mes de octubre 16 evaluaciones se registran en el formulario "RG-IIH-19. Pauta de supervisión de lavado quirúrgico de manos" que fue dejado no vigente a contar septiembre de 2015.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	168					
	192					
% Cumplimiento	88					

Observaciones:
Si bien los valores de las evaluaciones constatados se encuentran en el rango de lo reportado por el prestador, el hecho de realizar las mediciones en formularios que miden criterios distintos a los establecidos para la Unidad de Pabellón Central, como es el caso de la Pauta de Supervisión de lavado clínico de manos y evaluar con un instrumento no vigente, incumple el procedimiento institucional. No cumple el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Maternidad

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	30	31	32	30	30	31	184
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	93.75	96.88	100	93.75	93.75	96.88	96

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Maternidad

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-19. Pauta de supervisión de lavado quirúrgico de manos" de Pabellón Maternidad para punto de verificación PQ, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, las iniciales del nombre y estamento del personal evaluado, los atributos definidos y la fecha de cada evaluación, no se consigna identificación de quien realiza la supervisión.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	184					
	192					
% Cumplimiento	96					

Observaciones:

El prestador reporta un cumplimiento de 96% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (184 /192= 96%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Cardiovascular

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	32	32	32	32	32	32	192
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Cardiovascular

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-19. Pauta de supervisión de lavado quirúrgico de manos" de Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, las iniciales del nombre y estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro.
Se constata que en los meses de septiembre y octubre se registran las evaluaciones en el formulario "RG-IIH-19. Pauta de supervisión de lavado quirúrgico de manos" que fue dejado no vigente a contar septiembre de 2015, registrándose 6 evaluaciones de "2° lavado del día cuya duración es de 3 minutos y no 5 minutos para todos los lavados como se establece en la pauta vigente.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	192					
	192					
% Cumplimiento	100					

Observaciones:
Si bien los valores de las evaluaciones constatados se encuentran en el rango de lo reportado por el prestador, el hecho de realizar las mediciones en formularios de instrumento no vigente, incumple el procedimiento institucional. No cumple el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med.: Servicio Medicina

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	28	28	30	30	28	29	173
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	87.5	87.5	93.75	93.75	87.5	90.63	90

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med.: Servicio Medicina

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" del Servicio de Medina, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, las iniciales del nombre y estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro.
Se constata que en el mes de agosto se registran las evaluaciones en el formulario "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" que entra en vigencia a contar de septiembre de 2015, registrándose en él 32 evaluaciones desde el día 06/08/2015 en adelante.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	173					
	192					
% Cumplimiento	90					

Observaciones:
Si bien los valores de las evaluaciones constatados se encuentran en el rango de lo reportado por el prestador, el hecho de realizar las mediciones en los meses de mayo y julio con un instrumento cuyo uso se inicia a contar del mes de septiembre, hace inconsistente el momento real de la medición. No cumple el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med.: "UAPP"

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	31	31	30	30	29	30	181
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	96.88	96.88	93.75	93.75	90.63	93.75	94

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med.: "UAPP"

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" de la "UAPP" para punto de verificación Med., aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes, con excepción de los meses de septiembre y octubre los que

agrupan las 32 evaluaciones en un formulario. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, las iniciales del nombre y estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación (excepto los meses de mayo y junio) y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro.
Se constata que en los meses de junio y julio se registran las evaluaciones en el formulario "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" que entró en vigencia a contar de septiembre de 2015 y en los meses de septiembre y octubre se registran las evaluaciones en el formulario "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" que fue dejado no vigente a contar septiembre de 2015.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	181					
	192					
% Cumplimiento	94					

Observaciones:
Si bien los valores de las evaluaciones constatados se encuentran en el rango de lo reportado por el prestador, el hecho de realizar las mediciones en los meses de junio y julio con un instrumento cuyo uso se inicia a contar del mes de septiembre, hace inconsistente el momento real de la medición, y el uso de instrumento no vigente en los meses de septiembre y octubre incumple el procedimiento institucional. No cumple el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med.: Pensionado

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	30	31	31	32	30	32	186
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	93.75	96.88	96.88	100	93.75	100	97

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med.: Pensionado

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" de la Unidad de Pensionado, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad (con excepción de septiembre y octubre), las iniciales del nombre y estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	186					
	192					
% Cumplimiento	97					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 97% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (186 /192= 97%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Cir. Ad.: Servicio de Cirugía

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	27	32	30	30	30	30	179
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	84	100	93.7	93.7	93.7	93.7	93

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Cir. Ad.: Servicio de Cirugía

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" del Servicio de Cirugía, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, las iniciales del nombre y estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y el nombre de quien evalúa frente a cada registro.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	179					
	192					
% Cumplimiento	93					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 93% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (179 /192= 93%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Cir. Ad.: Bloque Quirúrgico de Especialidades

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas /	32	32	31	32	29	32	188

N° Total Pautas	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	100	100	96.88	100	90.63	100	98

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Cir. Ad.: Bloque Quirúrgico de Especialidades

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" del Bloque Quirúrgico de Especialidades para punto de verificación Cir. Ad., aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, las iniciales del nombre del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y el nombre de quien evalúa frente a cada registro, no consigna estamento evaluado.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	188					
	192					
% Cumplimiento	98					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 98% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (188/192= 98%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Cir. Infant.: Servicio de Pediatría

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	32	32	32	32	32	32	192
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Cir. Infant.: Servicio de Pediatría

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" en el Servicio de Pediatría para punto de verificación Cir. Infant., aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes, con excepción de los meses de septiembre y octubre los que agrupan las 32 evaluaciones en un formulario. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, el nombre y estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y el nombre de quien evalúa frente a cada registro.
Se constata que en los meses de mayo y julio se registran 20 evaluaciones de cada mes en el formulario "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" que entró en vigencia a contar de septiembre de 2015.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	192					
	192					
% Cumplimiento	100					

Observaciones:
Si bien los valores de las evaluaciones constatados se encuentran en el rango de lo reportado por el prestador, el hecho de realizar las mediciones en los meses de mayo y julio con un instrumento cuyo uso se inicia a contar del mes de septiembre, hace inconsistente el momento real de la medición. No cumple el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Ped

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	32	32	32	32	32	32	192
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Ped

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" del Servicio de Pediatría, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, el nombre y el estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y el nombre de quien evalúa frente a cada registro.
Se deja constancia que en el mes de agosto se registran 20 evaluaciones en el formulario "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" que entra en vigencia a contar de septiembre de 2015 y 12 evaluaciones en el formulario vigente a ese mes.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	192					
	192					

% Cumplimiento	100					

Observaciones:
Si bien los valores de las evaluaciones constatados se encuentran en el rango de lo reportado por el prestador, el hecho de realizar las mediciones en el mes de agosto con un instrumento cuyo uso se inicia a contar del mes de septiembre, hace inconsistente el momento real de la medición. No cumple el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Neo

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	31	32	32	32	32	30	189
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	96.88	100	100	100	100	93.75	98

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Neo

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" de la Unidad de Neonatología, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, el nombre y el estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y el nombre de quien evalúa frente a cada registro.
Se deja constancia que la periodicidad de aplicación de las evaluaciones en el mes de agosto, difiere de lo indicado en la metodología, aplicándose el 100% de las evaluaciones durante la primera quincena del mes.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	189					
	192					
% Cumplimiento	98					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 98% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (189 /192= 98%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Obst-gine

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	28	30	28	22	29	29	166
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	87.50	93.75	81.50	68.75	90.63	90.63	86

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Obst-gine

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" del Servicio de Gíneco-Obstetricia, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, las iniciales del nombre y el estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro. No consigna la unidad evaluada.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	166					
	192					
% Cumplimiento	86					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 86% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (166 /192= 86%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en APD

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	27	27	28	29	29	27	167
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	84.38	84.38	87.50	90.62	90.62	84.38	87

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APD

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" de la Unidad de Diálisis, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la Unidad, las iniciales del nombre y el estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro.

Mes /Año	Total del					

	periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	167					
	192					
% Cumplimiento	87					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 87% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (167 /192= 87%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en APQ Adulto

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	30	32	32	32	32	32	190
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	93.75	100	100	100	100	100	99

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APQ Adulto

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" de la Unidad de Quimioterapia Adulto para punto de verificación APQ, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la Unidad, las iniciales del nombre del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro. No consigna el estamento del personal evaluado y del mes de julio en adelante no registra la oportunidad del procedimiento evaluado.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	190					
	192					
% Cumplimiento	99					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 99% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (190 /192= 99%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en APQ Infantil

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	32	32	32	32	32	32	192
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APQ Infantil

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" de la Unidad de Quimioterapia Infantil para punto de verificación APQ, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la Unidad, el apellido del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y el apellido de quien evalúa frente a cada registro. No consigna el estamento del personal evaluado.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	192					
	192					
% Cumplimiento	100					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (192/192= 100%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en URG.: Emergencia Adulto-Pediátrica

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	19	16	23	24	22	29	143
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	59.37	50	71.88	75.00	68.75	90.63	74

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG.: Emergencia Adulto-Pediátrica

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" de la Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica para punto de verificación URG, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la Unidad, las iniciales del nombre y el estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	143					
	192					
% Cumplimiento	74					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 74% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (143/192= 74%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG.: Emergencia Gíneco-Obstétrica

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	31	30	30	30	30	29	180
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	96.88	93.75	93.75	93.75	93.75	90.63	94

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG.: Emergencia Gíneco-Obstétrica

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" de la Unidad de Emergencia Gíneco-Obstétrica para punto de verificación URG, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la Unidad, las iniciales del nombre y el estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro sólo en los meses de septiembre y octubre.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	180					
	192					
% Cumplimiento	94					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 94% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (180/192= 94%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Dental

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	28	31	30	28	30	28	175
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	87.50	96.88	93.75	87.50	93.75	87.50	91

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Dental

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" de la Unidad Dental, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, las iniciales del nombre y el estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro. No consigna la unidad evaluada.
Se constata que en el mes de agosto cumplen 27 evaluaciones en lugar de las 28 registradas.
Se constata que en los meses de de septiembre y octubre se registran las evaluaciones en el formulario "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" que fue dejado no vigente a contar septiembre de 2015.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	174					
	192					
% Cumplimiento	91					

Observaciones:
Si bien los valores de las evaluaciones constatados se encuentran en el rango de lo reportado por el prestador, el hecho de realizar las mediciones en formularios de instrumento no vigente, incumple el procedimiento institucional. No cumple el elemento medible.

CARACTERÍSTICA GCL 3.3 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	PQ	Med.	Cir. Ad.	Cir. Infant	Ped.	Neo.	Obst-gine	APD	APQ	URG	Dental
Primer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Segundo elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tercer elemento medible	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0
Umbral de la característica:≥ 75%	Puntaje total: 29/33				Porcentaje obtenido: 88%					Cumple: Si	

ÁMBITO ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

CARACTERÍSTICA AOC 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

AOC 1.1 – Primer elemento medible: Está descrito, en documento de carácter institucional, el sistema de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia.

Nombre del documento: "Procedimiento de alerta y organización de la atención en situaciones de riesgo vital "					
N° Resolución:1956 Código: PO-URG-02	Versión:05			Fecha Resolución: 23 Marzo 2015 Fecha Documento :Febrero 2015	
Elaborado por: Dra. Alejandra Muñoz M- Dra. Natalia Valenzuela, Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP) No consigna cargo		Aprobado por: Dr. Francisco Bueno, Director (S) Hospital Regional Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia:5 años			N° páginas:8	
Considera: (Si/No)	1. Sistema de alerta	Si	2. Organización		Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento "Procedimiento de alerta y organización de la atención en situaciones de riesgo vital", contiene Objetivo y alcance. En el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe por cargo las responsabilidades correspondientes a cada uno de ellos, las que incluye a los siguientes: Jefe Unidad Clínica y de las Unidades de Apoyo (Clínico y Administrativo), a quien le corresponde la difusión del procedimiento en su unidad y de la organización de ésta ante una situación de riesgo vital. Supervisor de la unidad, es responsable de verificar de manera periódica el conocimiento de este documento. Personal cercano al evento, es el responsable de activar y dar la atención inmediata a la persona en situación de riesgo vital y de dar aviso inmediato a un funcionario del hospital si se trata de empresa externa. Personal que recepciona la alerta del riesgo vital quien responde el llamado, es responsable de dar aviso al profesional que corresponda. Equipo médico de llamada, es responsable de asistir al lugar de la emergencia, evaluar a la persona, realizar las maniobras y decidir el traslado. Funcionario del Hospital Regional de Antofagasta, es responsable de conocer y dominar este procedimiento y por último el Comité de emergencia, que es responsable de efectuar simulacros periódicos de situaciones de riesgo vital.
En página 5 se indica que el Sistema de Alerta se denomina "Alerta Azul", en el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", detalla la descripción por pasos del proceso:

- Paso 1, describe lo que debe realizar el funcionario que detecta la emergencia, considerado como el funcionario 1: quien debe mantenerse en todo momento con la persona y solicitar al funcionario más cercano considerado como funcionario 2: quien realiza la activación de la alerta azul. En caso de encontrarse solo, primero debe dar asistencia y luego activa la alerta azul.
- Paso 2, contiene la descripción del número al cual debe llamar el funcionario, mencionando la Alerta azul.
- Paso 3, describe la información que el digitador registra, la cual incluye: fecha y hora, digitador, nombre de quien activa la alerta, identifica al afectado si es adulto o niño y el sector del evento / unidad. Finalizado el llamado el digitador entrega de manera inmediata la información a la Enfermera jefe de turno.
- Paso 4, la Enfermera Jefe de la Unidad de Emergencia coordina la asistencia inmediata del equipo médico.
- Paso 5, posterior a la atención de la alerta, la enfermera jefe de turno deja registros de la atención.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación:

Sectores espera de público Cons. Amb. 1	Sectores espera de público Cons. Amb. 2	Sectores de Hospitalización	Toma de Muestras	API	PRO Endoscópicos	APK	APQ
Si	**Si**	**Si**	**Si**	**Si**	**Si**	**Si**	**Si**

Registrar los Servicios o Sectores que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
Sectores de Espera público Consulta Ambulatorias Adulto y Pediátrico 1 y 2: Se constata la presencia del documento Procedimiento Alerta y Organización de la Atención en Situación de Riesgo Vital en oficina de la Enfermera jefe de Consultorio Adosado de Especialidades.
Sectores de Hospitalización: Se contata en los Servicios de Medicina, Bloque Quirúrgico de Especialidades, Pensionado, Unidad de Atención Progresiva del Paciente, Pensionado, Pediatría y Unidad Paciente Crítico Adulto.
Toma de Muestra: Se realiza entrevista a Tecnólogo Médico de la unidad de Toma de muestra en el Edificio Ex Oncológico, donde se constata documento de carácter institucional "Procedimiento de alerta y organización de la atención en situaciones de riesgo vital" aprobado por Resolución N° 1956, Código: PO-URG-02. Se da por cumplido el elemento medible en el punto de verificación.
API: Se realiza entrevista a Tecnólogo Médico Encargado de Calidad de la Unidad de Imagenología que incluye; Recepción, despacho de informes e Imagenología. Se constata documento de carácter institucional "Procedimiento de alerta y organización de la atención en situaciones de riesgo vital" aprobado por Resolución N° 1956, Código: PO-URG-02. Se da por cumplido el elemento medible en el punto de verificación.
PRO Endoscópicos: Se realiza entrevista a Enfermera encargada de calidad de Procedimientos Endoscópicos Digestivos y Broncopulmonar en Edifico Ex Oncológico, se constata documento de carácter institucional "Procedimiento de alerta y organización de la atención en situaciones de riesgo vital", aprobado por Resolución N° 1956, Código: PO-URG-02. Se da por cumplido el elemento medible en el punto de verificación.
APQ: Se realiza entrevista a Enfermera de la Unidad de APQ adulto y a Enfermera encargada de calidad de APQ Infantil en ambos puntos de verificación se constata documento de carácter institucional "Procedimiento de alerta y organización de la atención en situaciones de riesgo vital" aprobado por Resolución N° 1956, Código: PO-URG-02. Se da por cumplido el elemento medible en el punto de verificación.
APK: Se realiza entrevista a Kinesióloga de la Unidad, que incluye Medicina física y rehabilitación, donde se constata documento de carácter institucional "Procedimiento de alerta y organización de la atención en situaciones de riesgo vital" aprobado por Resolución N° 1956, Código: PO-URG-02. Se da por cumplido el elemento medible en el punto de verificación.

Observaciones: En todos los puntos de verificación se cumple con lo requerido por el elemento medible.

AOC 1.1 – Segundo elemento medible: Se constata conocimiento del sistema de alerta en personal entrevistado

Punto de verificación	N° Entrevistados	N° Respuestas correctas	N° Respuestas incorrectas	% Cumplimiento
Sectores de espera público Consultas Ambulatorias 1	16	48	0	100%
Sectores de espera público Consultas Ambulatorias 2	15	45	0	100%
Sectores de Hospitalización	35	102	3	97,1%
Toma de Muestras	3	9	0	100%
API	8	24	0	100%
Pro Endoscópicos	6	15	3	83,3%
APK	4	12	0	100%
APQ	3	9	0	100%
Total	**90**	**264**	**6**	**97,8%**
Observaciones: A cada entrevistado se le realizan las mismas 3 preguntas.				

CARACTERÍSTICA AOC 1.1 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado por punto de verificación (1-0-NA)	1° EM	2° EM
Sectores de espera público Consultas Ambulatorias 1	1	1
Sectores de espera público Consultas Ambulatorias 2	1	1
Sectores de Hospitalización	1	1
Toma de Muestras	1	1
API	1	1
Pro Endoscópicos	1	1
APK	1	1
APQ	1	1

Umbral de la característica:≥ 75%	Puntaje total: 16/16	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple:Si

CARACTERÍSTICA AOC 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

AOC 1.2 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de categorización de pacientes en la unidad de emergencia indicando: criterios a utilizar, tiempos de respuesta y registro y se han definido los responsable de su aplicación.

URG ADULTO-URG PED			
Nombre del documento	"Procedimiento: Priorización de la atención de urgencia Adulto- Pediátrico"		
N° Resolución: 9424 Código: PO-URG-01	Versión:03	Fecha Resolución: 23 Noviembre 2015 Fecha documento: Agosto 2015	
Elaborado por: EU. Mafalda Tomicic, Enfermera Supervisora - EU. Paulina Leila	Aprobado/firmado por: Dr. Juan Urrutia, Director (T y P), Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 20	
Considera (Si/No)	1. Criterios a utilizar: Si	2. Tiempo de respuesta: Si	3. Registro: Si
Responsable de la aplicación	Enfermera de turno de la unidad		
Breve descripción del contenido del documento: Prestador presenta versión 02, obsoleta de Mayo 2013 de documento denominado "Priorización en la Atención de Urgencia" y versión 03 actualizada de documento de carácter institucional denominado "Priorización de la atención de urgencia Adulto-Pediátrico", contiene en el punto 3 denominado "Responsabilidades ", la descripción explícita que la categorización será realizada por enfermeras, las que rotarán en sistema de cuarto turno cubriéndose de lunes a domingo durante las 24 horas en horario continuado los 365 días del año. Incluye a otros enfermeros en caso que lo estime la situación. En el punto 4.10 denominado "Escala de Categorización de paciente de la UEH", describe que la escala ha sido estructurada en base a los siguientes tipos de atención: - Emergencia: incluye la categoría C1-C2. - Urgencia: incluye las categorías C3-C4. - Consulta general: incluye la categoría C5. En el punto 4.10.4 denominado "Emergencia Hospitalaria", incluye la definición de la categoría C1 y C2, el tiempo límite de atención y listado de condiciones médicas asociadas. En el punto 4.10.5 denominado "Urgencia Hospitalaria", incluye la definición de las categorías C3 y C4, el tiempo límite de atención y listado de condiciones médicas asociadas. En el punto 4.10.6 denominado "Consulta general", incluye la definición, listado de condiciones médicas asociadas y describe de forma explícita que el tiempo de atención estará dado por la demanda asistencial. En el punto 4.11 denominado "Casos especiales categorización", incluye listado de condiciones médicas y categorización a aplicar para la atención. En el punto 7 denominado "Descripción del proceso", incluye los pasos a realizar desde la solicitud de atención en admisión, ingreso a unidad selector de demanda, categorización, registro en Hoja de Urgencia (DAU) y atención médica. Incluye en los anexos los indicadores a evaluar para Categoría C1 y C2 en paciente adulto y pediátrico.			
URG GÍNECO-OBSTÉTRICA			
Nombre del documento 2	"Priorización de la atención de urgencia Gíneco - Obstétrica"		
N° Resolución: 9422 Código: PO-OBS-01	Versión:02	Fecha Resolución : 23 Noviembre 2015 Fecha Documento : Octubre 2015	
Elaborado por: Ruth Ramos Bradanovic, Matrona Supervisora Parto y Pabellón Maternidad - Carol Araya Julio, Matrona Encargada Calidad Urgencia Gíneco- obstétrica	Aprobado/firmado por: Sr. Juan Urrutia Reyes, Director (T y P) Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 17	

Considera (Si/No)	1. Criterios a utilizar: Si	2. Tiempo de respuesta: Si	3. Registro: Si
Responsable de la aplicación		Matrona Urgencia Gíneco- Obstétrica, es responsable de realizar el TRIAGE.	
Breve descripción del contenido del documento: Prestador presenta Documento versión 1, obsoleto, de Enero 2013, denominado "Priorización de la atención de urgencia Gíneco-Obstétrica" y Documento actualizado versión 02, denominado "Priorización de la atención de urgencia Gíneco-Obstétrica", contiene un objetivo general, orientado a "Estandarizar la categorización de pacientes" y describe tres objetivos específicos orientados a "Disminuir tiempos de espera en emergencias de riesgo vital, asegurar la atención expedita y coordinar de forma eficiente los recursos". Con un alcance para todo paciente Gíneco-Obstétrico. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe por estamentos las responsabilidades y acciones a realizar por cada uno de ellos, entre ellos, indica que la Matrona de Urgencia Gíneco-Obstétrica será la responsable de realizar la categorización y atención del paciente. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso" incluye la descripción de los siguientes Ítem; Atención administrativa, priorización la cual incluye la recepción y acogida del paciente, valoración, categorización y distribución. Incluyendo los tipos de categorización a utilizar de la siguiente forma: - Emergencia que incluye la descripción de las condiciones de la categorización C1 y C2. - Urgencia: C3 y C4. - Consulta general: C5 y los tiempos de atención. Describe que los registros de categorización se realizarán en Sistema digital "Urgencia". En el punto 9 denominado "Anexos" describe el anexo 1 denominado "Indicador de medición de Sistema de Categorización de pacientes C1 en la Unidad de Emergencia Gíneco-Obstétrica" y anexo 2 denominado "Indicador de medición de Sistema de Categorización de pacientes C2 en la Unidad de Emergencia Gíneco-Obstétrica".			

AOC 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

URG ADULTO		
Nombre del indicador 1	Porcentaje de pacientes adultos categorizados C1 que cumplen con los tiempos de atención establecidos, según la Priorización en la atención de urgencia(5 minutos)	
Fórmula matemática	N° pacientes adultos categorizados C1 atendidos dentro de los primeros 5 minutos X 100 N° total de pacientes adultos categorizados C1	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: Mensualmente
Observación: Se constata el mismo indicador para documento actualizado y versión anterior.		
Nombre del indicador 2	Porcentaje de pacientes adultos categorizados C2 que cumplen con los tiempos de atención establecidos, según la Priorización en la atención de urgencia (30 minutos)	
Fórmula matemática	N° pacientes adultos categorizados C2 atendidos dentro de los primeros 30 minutos X 100 N° total de pacientes adultos categorizados C2	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
Observación: Se constata el mismo indicador para documento actualizado y versión anterior.		

URG PEDIÁTRICA		
Nombre del indicador 1	Porcentaje de pacientes pediátricos categorizados C1 que cumplen con los tiempos de atención establecidos, según la Priorización en la atención de urgencia (5 minutos)	
Fórmula matemática	N° pacientes pediátricos categorizados C1 atendidos dentro de los primeros 5 minutos X 100 N° total de pacientes pediátricos categorizados C1	
Umbral de cumplimiento:100%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
Observación: Se constata el mismo indicador para documento actualizado y versión anterior.		
Nombre del indicador 2	Porcentaje de pacientes pediátricos categorizados C2 que cumplen con los tiempos de atención establecidos, según la Priorización en la atención de urgencia (30 minutos)	
Fórmula matemática	N° pacientes pediátricos categorizados C2 atendidos dentro de los primeros 30 minutos X 100 N° total de pacientes pediátricos categorizados C2	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
Observación: Se constata el mismo indicador para documento actualizado y versión anterior.		

URG GÍNECO - OBSTÉTRICA		
Nombre del indicador 1	Porcentajes de pacientes C1 atendidos en menos de 5 minutos	
Fórmula matemática	N° de pacientes C1 atendidos en menos de 5 minutos X 100 N° total de pacientes C1	
Umbral de cumplimiento:100%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 2	Porcentajes de pacientes C2 atendidos en menos de 10 minutos	
Fórmula matemática	N° de pacientes C2 atendidos en menos de 10 minutos X 100 N° total de pacientes C2	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Mensual

AOC 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

URG ADULTO (Indicador 1)	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Enfermera Supervisora y/o Enfermera Encargada de Calidad de la Unidad

Fuente primaria	Registro DAU
Fuente secundaria	Planilla Excel con listado de paciente
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica pauta de cotejo al universo de pacientes adultos categorizados en C1 (Total de registros en Planilla de listado de pacientes categorizados C1 en el mes), aplica pauta de cotejo a registro en Planilla Excel de Listado de pacientes clasificados C1, si cumple los tiempos de atención según lo establecido en el indicador, se aplica la pauta a cada registro al final del mes.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG ADULTO

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	3	19	41	8	6	22
N° Total Pautas	13	26	48	9	10	29
% Cumplimiento	20%	73%	85%	89%	60%	76%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG ADULTO

Describir constatación**:** Se selecciona, de forma aleatoria el mes de Julio para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes**.** Se selecciona por muestreo sistematizado desde el número 2 cada 2 las 30 pautas a revisar, se constata que la séptima pauta no cumple los criterios establecidos, se completa la constatación de las 30 pautas. De las 30 pautas revisadas, 21 pautas cumplen con los criterios establecidos en el indicador y 9 no cumplen (21/30=70%).Constatándose inconsistencia entre lo informado por el prestador y los registros revisados. Se da por no cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.

Mes /Año	Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	21					
N° Total Pautas	30					
% Cumplimiento	70%					

Observaciones:

URG PEDIATRICA (Indicador 1)	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Enfermera Supervisora y/o Enfermera Encargada de Calidad de la Unidad
Fuente primaria	Registro DAU
Fuente secundaria	Planilla Excel con listado de paciente
Periodo evaluado	Mayo- Junio- Julio-Agosto-Septiembre- Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica pauta de cotejo al universo de pacientes pediátricos categorizados en C1 (Total de registros en Planilla de listado de pacientes categorizados C1 en el mes), aplica pauta de cotejo a registro en Planilla Excel de Listado de pacientes clasificados C1, si cumple los tiempos de atención según lo establecido en el indicador, se aplica la pauta a cada registro al final del mes.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG PEDIÁTRICA

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	4	4	7	1	6	3
N° Total Pautas	4	4	8	1	6	3
% Cumplimiento	100%	100%	87,5%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG PEDIÁTRICA

Describir constatación**:** Se selecciona, los registros de pautas de cotejo de todos los meses del periodo de retrospectividad evaluados, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. Constatando consistencia en lo declarado por el prestador y los registros. Dándose por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	4	4	7	1	6	3
N° Total Pautas	4	4	8	1	6	3
% Cumplimiento	100%	100%	87,5%	100%	100%	100%

Observaciones:

URG GÍNECO- OBSTÉTRICA (Indicador 1)	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Matrona Supervisora y/o Enfermera Encargada de Calidad de la Unidad
Fuente primaria	Registro DAU
Fuente secundaria	Planilla Excel con listado de paciente
Periodo evaluado	Mayo- Junio- Julio-Agosto-Septiembre- Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica pauta de cotejo al universo de pacientes adultos Gineco – Obstétricas categorizados en C1 (Total de registros en Planilla de listado de pacientes categorizados C1 en el mes), aplica pauta de cotejo a registro en Planilla Excel de Listado de pacientes clasificados C1, si cumple los tiempos de atención según lo establecido en el indicador, se aplica la pauta a cada registro al final del mes.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG GÍNECO- OBSTÉTRICA

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	0	0	0	0	1	0
N° Total Pautas	2	1	5	3	2	3

% Cumplimiento	0%	0%	0%	0%	50%	0%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG GÍNECO- OBSTÉTRICA						
Describir constatación**:** Se selecciona, los registros de pautas de cotejo de todos los meses del periodo de retrospectividad evaluados, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. Constatando consistencia en lo declarado por el prestador y los registros. Dándose por cumplido el elemento medible.						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	0	0	0	0	1	0
N° Total Pautas	2	1	5	3	2	3
% Cumplimiento	0%	0%	0%	0%	50%	0%
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA AOC 1.2 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Urgencia	1° EM:1	2° EM:1	3° EM: 0
Umbral de la característica:≥ 66%	Puntaje total: 2/3	Porcentaje obtenido: 66,6%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA AOC 1.3 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

AOC 1.3 – Primer elemento medible: Se describen en documento(s) las situaciones o resultados críticos que requieren notificación, el procedimiento de notificación y se han definido los responsables de su aplicación.

APL			
Nombre del documento	Procedimiento Notificación de Valores Críticos Unidad Laboratorio Clínico		
Fecha elab: Julio 2015	Fecha vigencia: 2 años	Versión: 04	N° páginas: 17
Elaborado por: Karen Araya C., Tecnólogo Médico	Aprobado por: Dr. Francisco Bueno Natush, Director Subrogante Hospital Regional de Antofagasta.		
Considera (Si/No)	1. Resultados críticos que requieren notificación: Si	2. Procedimiento de notificación: Si	
Responsable aplicación	Tecnólogo Médico que valida el resultado es responsable de notificar telefónicamente al lugar de procedencia y registrar la notificación en formato digital.		

Breve descripción del contenido del documento: En el alcance se consigna que el procedimiento aplica a los exámenes especificados en el Anexo 1 con Resultados Críticos de pacientes beneficiarios y/o no beneficiarios solicitados en las distintas Unidades Clínicas, Unidad de Emergencia, pacientes ambulatorios o de otros establecimientos.

En el punto 7 "Descripción del proceso", desde la páginas 5 a la 8, se consigna, entre otros aspectos del procedimiento:
Punto 7.2: La notificación de valores críticos debe realizarse del profesional del laboratorio al profesional encargado del paciente.
Punto 7.2.1: Se define cómo notificar. Se especifica que la notificación se realiza por teléfono directamente al profesional a cargo del paciente (médico, en su defecto enfermera o matrona). Se debe solicitar el nombre y apellido a quien recibe la notificación y que repita la información entregada. Se informa que el resultado está en pantalla para ser visualizado. El tecnólogo médico debe dejar la solicitud en el archivo, registrando la solicitud en el archivo, consignando la hora de la notificación para constatar, posteriormente, su pertinencia, independientemente si la notificación fue exitosa o no.
Punto 7.2.2: La notificación vía telefónica debe intentarse 3 veces, en un lapso no mayor no mayor a 2 horas (120 minutos). En caso de no ocurrir, dejar registro no mayor de los intentos de comunicación en el informe de resultado, en el reverso de la solicitud y en el documento RG-LAB-01-02 con la sigla NC anotando las horas en las cuales se trató de establecer la comunicación. Se consigna que, en el caso de no establecer la comunicación, se envía un mail a la supervisora y jefe de la unidad indicando lo estipulado en el punto 7.2.1 del procedimiento, informando, además, los intentos por establecer la comunicación y que no fue exitosa. La información de no notificación debe entregarse a la supervisora o jefe de la unidad de laboratorio, quienes enviarán reporte vía mail a la unidad correspondiente.
Punto 7.2.3: El sistema de registros definido es digital en el formato RG-LAB-01-02 "Notificación de resultados críticos de Laboratorio". Se definen los campos que se deben completar.
Punto 7.2.4: La notificación de valores críticos en pacientes dializados, de exámenes derivados de otros laboratorios y en el caso de pacientes ambulatorios.

En el punto 8 del documento "Documentos asociados", se consignan los siguientes:
- RG-LAB-10: Solicitud del examen
- RG-LAB-01-02: Registro digital en google drive de "Notificación de resultados críticos de Laboratorio"
- RG-LAB-07: Sistema Omega de laboratorio
- RG-LAB-08: Sistema informático del hospital

En el Anexo 1 "Listado de resultados y valores críticos de notificación inmediata", se incluyen los valores críticos de analitos de Química sanguínea, Toxicología, Análisis de orina, Hematología y coagulación y Microbiología. Entre otros:

Química sanguínea:
- Glucosa: ‹ 50 y > 400 mg/dl (Pacientes adultos). En el caso de pacientes pediátricos y neonatología: ‹ 4 semanas: ≤ 40 y > 300 mg/dl; ≥ 4 semanas: ≤ 50 y > 400 mg/dl
- Sodio: ‹120 y >160 meq/L
- Ph: ‹7,2 y >7,6
- CK: > 10.000 U/l (Pacientes adultos), > 4.000 U/l (Pacientes pediátricos y neonatología)

Toxicología:
- Ácido valproico ≥ 200 ug/ml
- Fenitoína ≥ 30 ug/ml

Análisis de orina:

- Cilindros eritrocitarios 1+ o más
- Eritrocitos dismórficos >50%

Hematología y coagulación:

- Protrombina (INR): INR > 4,5
- TTPK: >100 seg.
- Hemoglobina: Pacientes adultos (≤6 y ≥20 g/dl), Pacientes pediátricos (> 7 sem: ≤6,0 y ≥20,0 g/dl) y Pacientes neonatología (0-7 sem: ≤6,0 y 24,0 g/dl)

Microbiología:

- Tinción de Gram positiva en una muestra de líquido o sitio estéril: LCR, líquido articular, líquido pericárdico, líquido pleural, líquido peritoneal y tejidos obtenidos en acto quirúrgico.
- Cultivo (+) a *Neisseria meningitidis*
- *Toxina de C. Difficile* (+) en paciente hospitalizado o en la unidad de emergencia.

Observaciones: Se constata la versión 03 del documento "Procedimiento Notificación de Valores Críticos Unidad de Laboratorio Clínico" (Código PO-LAB-03) de 16 páginas, de fecha de emisión Febrero 2015. Vigencia de 2 años. Elaborado por TM Eva Mejías Durán, Encargada de Calidad y Tecnólogos Médicos del Laboratorio Clínico y aprobado por Dr. Francisco Bueno Natush, Director Hospital Regional de Antofagasta. El documento cumple con lo requerido. Se da por cumplido el elemento medible.

APA

Nombre del documento	Procedimiento Notificación de Valores Críticos Unidad de Anatomía Patológica		
Fecha elab: Agosto 2015	Fecha vigencia: 3 años	Versión:04	N° páginas:17
Elaborado por: TM Roxana Parra Lara, Supervisora Unidad Anatomía Patológica	Aprobado por: Dr. Hugo Benítez Cáceres, Jefe Unidad Anatomía Patológica		
Considera (Si/No)	1. Resultados críticos que requieren notificación: Si	2. Procedimiento de notificación: Si	
Responsables aplicación	Si		

Breve descripción del contenido del documento: En el alcance del procedimiento, se especifica que aplica a los distintos servicios clínicos de Atención Cerrada, Unidades y Policlínicos de Atención Abierta del Hospital Regional de Antofagasta, Además, aplica a centros de salud extrahospitalarios de la Red Pública de Atención, que reciban informes de biopsias y citologías de la Unidad de Anatomía Patológica del Hospital Regional de Antofagasta.

En el punto 7 "Descripción del proceso para biopsias diferidas y citologías misceláneas", se consigna la oportunidad de la notificación. El plazo de notificación exitoso al centro derivador de un informe clasificado como "Prioritario", será menor a tres días hábiles, siguientes a la fecha de emisión del informe.
En el punto 7.2 se estipula que al momento de realizar el informe, el médico Anatomopatólogo debe validar un valor crítico con la palabra "Prioritario".
En el punto 7.2.1 se explicitan los valores críticos para biopsias diferidas, entre otros:

- Neoplasia maligna
- Neoplasia benigna que causa parálisis
- En biopsias de cuello uterino, NIE II o NIE III
- Otro diagnóstico de gravedad que a criterio del médico Anatomopatólogo constituya un valor crítico.

En el punto 7.2.2 se explicitan los valores críticos para citologías misceláneas:

- Informe citológico positivo para células neoplásicas malignas
- Informe citológico con diagnóstico "Atípico"

En el punto 7.3 se define el registro del valor crítico en biopsias y citologías misceláneas. Entre otros aspectos, se estipula que:

- El médico Anatomopatólogo le hace entrega a la secretaria en turno de biopsias o citología, todos los informes histopatológicos o citológicos una vez revisados y firmados.
- Cada secretaria separa los informes clasificados como "Prioritarios" y los entrega registrados en el formulario RG-UAP-02 (Registro de Notificación de Valores Críticos de Biopsias Diferidas) o en el formulario RG-UAP-65 (Registro de ingreso y entrega de informes de Citologías Misceláneas. Notificación de Valores Críticos de Citología Miscelánea), según corresponda.

En el punto 7.4 se consigna el procedimiento de Notificación de Valores Críticos en Atención Cerrada y Abierta del HRA.
En el punto 7.5 se define el procedimiento de Notificación de Valores Críticos de biopsias diferidas y citología miscelánea a centros de salud extrahospitalarios (Centros de Atención Primaria u otros hospitales de la II Región).

En el punto 8 se describe el proceso de notificación para exámenes citológicos de Papanicolaou.

En el punto 3 "Responsabilidades", se consignan, entre otras:

- Médico Anatomopatólogo: Responsable de realizar el diagnóstico, validando el informe como "Prioritario", cuando corresponde a un valor crítico.
- Tecnólogo Médico Supervisor de la Unidad de Anatomía Patológica: Responsable de coordinar con atención abierta y cerrada del establecimiento la notificación oportuna de los valores críticos.
- Tecnólogo Médico coordinador de valores críticos: Responsable de la notificación de valores críticos a centros de salud extrahospitalarios y resguardo de los procesos de seguimiento.
- Tecnólogo Médico designado en turno de supervisión de valores críticos: Responsable del chequeo de pacientes hospitalizados y de su registro, supervisar el registro de entrega de informes intrahospitalarios y mantener planilla de registro interno (RG-UAP-54), confeccionar documentos de seguimiento y resumen mensual para el indicador relacionado.

Adicionalmente, se especifican las responsabilidades de distintos integrantes del equipo: Tecnólogo médico de Citología, de la secretaria en turno de biopsia, secretaria en turno de citología, estafeta, enfermera o matrona supervisoras de unidades de atención abierta del Hospital Regional de Antofagasta (HRA), responsable designado de recepción de valores críticos en unidades de atención abierta HRA y médico tratante, entre otros.

Observaciones: Se constata la versión 03 del documento "Procedimiento Notificación de Valores Críticos Unidad Anatomía Patológica" (Código PO-UAP-03) de 19 páginas, de fecha de emisión Octubre 2014. Vigencia de 3 años. Elaborado por TM Heriberto Opazo M., y TM Andrés Estay F., y aprobado por Dr. Miguel Cerón T., Jefe (s) Unidad Anatomía Patológica Hospital Regional de Antofagasta. Se da por cumplido el elemento medible.

API			
Nombre del documento	Procedimiento Notificación de Resultados Críticos Unidad de Imagenología		
Fecha elab: Octubre 2014	Fecha vigencia: 5 años	Versión:02	N° páginas:19
Elaborado por: Rossana Huerta M., Tecnólogo Médico Unidad Apoyo Imagenología	Aprobado por: Dr. Marcelo Ávila Jaramillo, Médico Jefe Unidad de Apoyo Imagenología		
Considera (Si/No)	1. Resultados críticos que requieren notificación: Si	2. Procedimiento de notificación: Si	
Responsable aplicación	Radiólogo: Notificar telefónicamente al lugar de procedencia el resultado crítico, una vez emitido el informe y dejar registro en la planilla de notificación de resultados críticos de imagenología. Tecnólogo Médico: Notificar telefónicamente al lugar de procedencia el resultado una vez emitido el informe, en ausencia del radiólogo y dejar registro en la planilla de notificación de resultados críticos de imagenología.		

Breve descripción del contenido del documento: En el punto 7 "Descripción del proceso" se consigna el procedimiento de Notificación de Resultados Críticos (NRC) en Atención Cerrada, Atención Abierta y Atención Urgencia por Teleradiología.

- Notificación de Resultados Críticos en Atención Cerrada: Al momento de realizar el informe radiológico y en presencia de un RC de un paciente hospitalizado el médico radiólogo debe enviar el resultado vía correo electrónico a la dirección de correo establecida por la Unidad de Imagenología (notificacioncriticos@gmail.com), para luego ser remitida esta información al médico tratante del paciente. De no hallarse éste, al personal de turno (matrona, enfermera, médico residente). El registro de la notificación lo hará el personal de turno de Imagenología. El funcionario que notifica se asegurará que el receptor de la notificación haya entendido perfectamente la información, además del nombre completo del paciente afectado y que lo repita a la persona que está notificando. Se consigna que el profesional dejará registro de la notificación telefónica en el documento RG-IMA-08-00 Registro Notificación de Resultados Críticos Imagenología Atención Cerrada. Se especifican los datos que se deben registrar.
- Notificación de Resultados Críticos en Atención Abierta: Al momento de realizar el informe radiológico y en presencia de un RC de un paciente ambulatorio el médico radiólogo debe enviar el resultado vía correo electrónico a la dirección de correo establecida por la Unidad de Imagenología (notificacioncriticos@gmail.com). El registro de la notificación lo hará el personal administrativo de Imagenología. El funcionario que notifica se asegurará que el receptor de la notificación haya entendido perfectamente la información. La secretaria de Imagenología llamará al paciente, indicándole retirar su examen lo antes posible y dirigirse en forma inmediata donde su médico tratante u otra entidad que lo evalúe. Deberá registrar la información entregada en el documento RG-IMA-09-00 Registro Notificación de Resultados Críticos Imagenología Atención Abierta. Se especifican los datos que se deben registrar. Se explicita el procedimiento a seguir en el caso que el examen no sea retirado (envío al domicilio del paciente); si el domicilio no es ubicado y el informe es devuelto; como también, en el caso que el paciente no puede ser contactado.
- Notificación de Resultados Críticos en Atención Urgencia por Teleradiología: Al momento de realizar el informe radiológico y en presencia de un RC de un paciente de urgencia, del sistema de informes a través de teleradiología, debe enviar el resultado vía correo electrónico a la dirección de correo establecida por la Unidad de Imagenología (notificacioncriticos@gmail.com). El registro de la notificación lo hará el personal de Imagenología. El funcionario que notifica se asegurará que el receptor de la notificación haya entendido perfectamente la información, además del nombre completo del paciente afectado y que lo repita a la persona que está notificando. El profesional dejará registro de la notificación telefónica en el documento RG-IMA-08-00 Registro Notificación de Resultados Críticos Imagenología Atención Cerrada. Se especifican los datos que se deben registrar.
- En el Anexo 2 "Nómina de Resultados Críticos de Unidad Imagenología" se consignan los resultados críticos de escáner y ecotomografía. Entre otros, se especifican:
- Escaner:
    - Angiotac tórax, Tromboembolismo pulmonar
    - TAC Tórax, Neumotórax masivo
    - TAC Tórax, Abdomen y Pelvis, Sangramiento activo en pacientes politraumatizados
- Ecotomografía:
    - Abdominal, Apendicitis aguda
    - Doppler extremidades, Oclusión arterial extremidades
- En el Anexo 3 "Nómina de Resultados Críticos del Sistema Teleradiología", entre otros, se especifican:
    - Trombosis Venosa Profunda (TVP)
    - Neumotórax a tensión
    - Perforación de víscera hueca
    - Traumatismos complicados (Laceración o fractura de órganos con hemorragia activa, entre otros)
    - Complicaciones cerebrales (Hipertensión endocraneana, entre otros)
    - Cuadro de abdomen agudo No sospechados (Pancreatitis aguda, Colangitis e invaginación intestinal, entre otros)
    - Torsión testicular, Fracturas expuestas y Cuerpo extraño en vía aérea o en tubo digestivo en el contexto de un proceso agudo.
- En el Anexo 6 "Registro Notificación de Resultados Críticos Imagenología Atención Cerrada", se incluye el formato de registros RG-IMA-08-00, explicitando los campos de datos a llenar.
- En el Anexo 7 "Registro Notificación de Resultados Críticos Imagenología Atención Abierta", se incluye el formato de registros RG-IMA-09-00, explicitando los campos de datos a llenar.
- En el Anexo 8 "Formato de contacto de llamada telefónica al paciente ambulatorio" se consigna un instructivo y un guión para la notificación de RC que debe ser aplicado por la secretaria de Imagenología.

AOC 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

APL	
Nombre del indicador	Cumplimiento de la notificación de valores críticos

Fórmula matemática	(N° de valores críticos con notificación exitosa/ N° total de valores críticos) x 100
Umbral de cumplimiento: ≥85%	Periodicidad de la evaluación: bimensual
APA	
Nombre del indicador	Cumplimiento de Notificaciones de Valores Críticos de biopsias diferidas
Fórmula matemática	N° de biopsias diferidas con Valores Críticos notificadas en un plazo menor a 3 días hábiles en un período de tiempo/ N° total de biopsias diferidas diagnosticadas con Valores Críticos en el mismo período x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Medición mensual, informe trimestral
API	
Nombre del indicador	% notificación de resultados críticos de exámenes de Imagenología según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de exámenes con RC notificados según procedimiento en el período/ N° total de exámenes con RC a notificar en el mismo período) x 100
Umbral de cumplimiento: ≥90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

AOC 1.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

APL						
Nombre documento	Informe del indicador cumplimiento de la notificación de valores críticos Laboratorio Clínico					
Responsable medición	Encargada de calidad laboratorio					
Fuente primaria	Registros digitales de notificación de valores críticos de laboratorio (RG-LAB-01-02), correos electrónicos enviados por los tecnólogos médicos a supervisora y jefe de la unidad de laboratorio, con los resultados críticos "no notificados en forma exitosa" y registros al reverso de las solicitudes de exámenes con datos de las notificaciones telefónicas.					
Fuente secundaria	Informes bimensuales del indicador					
Periodo evaluado	Mayo –Octubre 2015					
Metodología de medición	El encargado de calidad revisa los registros digitales de notificaciones de valores críticos, para verificar el cumplimiento del procedimiento definido. Se considera que es exitosa una notificación con valor crítico, cuando el resultado de un analito con los valores consignados en el procedimiento institucional, es notificado al personal de la unidad clínica de origen de la muestra. No considera aquellos llamados telefónicos en los cuales no ocurre recepción de los resultados.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en APL						
Mes /Año	Mayo-Junio 2015	Julio-Agosto 2015	Septiembre-Octubre 2015			
N° de Notificaciones Resultados Críticos que cumplen /	371	483	496			
N° de Notificaciones a realizar	483	618	535			
% Cumplimiento	76,8%	78,2%	92,7%			
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APL						
Describir constatación: Se selecciona, en forma aleatoria, el bimestre septiembre y octubre 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros. Se randomiza una muestra de 30 casos. Se revisan los primeros 7, constatando que en uno de ellos, no se cumple el procedimiento institucional. Se revisan los registros de 30 notificaciones y se constata que, en 26 casos, se cumple el procedimiento institucional. Se da por cumplido el elemento medible de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Septiembre-Octubre 2015					
N° de Notificaciones Resultados Críticos que cumplen /	26					
N° de Notificaciones a realizar	30					
% Cumplimiento	87%					
Observaciones:						
APA						
Nombre documento	Informe indicador Cumplimiento de Notificaciones de Valores Críticos de biopsias diferidas					
Responsable medición	Tecnólogo médico encargado de turno mensual					
Fuente primaria	Registros en formularios "RG-UAP-02. Registro de Notificación de Valores Críticos de Biopsias Diferidas", base de datos del programa computacional de la Unidad de Anatomía Patológica y registros en formularios "FO-UAP-01. Formato de Seguimiento de Valores Críticos en pacientes hospitalizados en el Hospital Regional de Antofagasta".					
Fuente secundaria	Informe indicador Cumplimiento de Notificaciones de Valores Críticos de biopsias diferidas					
Periodo evaluado	II y III Trimestre 2015					
Metodología de medición	Mensualmente, el tecnólogo médico encargado revisa los registros de los exámenes que presentan Valor Crítico. Verifica que las notificaciones se hayan realizado y que, los procedimientos se ajusten a establecido en la institución. Se consideran los Valores Críticos de exámenes de atención abierta, atención cerrada y extrahospitalarios. Se considera un plazo de notificación exitoso al centro derivador cuando se notifica en un tiempo menor a tres días hábiles.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en APA						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre	Octubre

					2015	2015
N° Pautas cumplidas /	144	119	122	110	194	155
N° Total Pautas	151	124	124	120	201	155
% Cumplimiento	95,36%	95,97%	98,39%	91,67%	96,52%	100%
Observaciones: El Prestador realiza mediciones mensuales e informes trimestrales.						

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APA

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el III Trimestre para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros existentes. Se randomiza una muestra de 30 registros de RC de un total de 445. Se revisan los 7 primeros constatando que se cumple el procedimiento institucional. Se da por cumplido el elemento medible de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	III Trimestre 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

API

Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador de Notificación de Valores Críticos
Responsable medición	Encargado de Calidad Unidad de Imagenología
Fuente primaria	Registros de resultados de exámenes y de notificaciones realizadas en la unidad- Informes de exámenes imagenológicos con RC
Fuente secundaria	Planilla de Notificación de Valores Críticos (RG-IMA-08-00)
Periodo evaluado	Mayo a Octubre de 2015
Metodología de medición	El médico consigna el RC enviando el resultado a un correo electrónico definido en la unidad (notificacioncriticos@gmail.com). El registro de la notificación lo realiza el personal de turno de Imagenología en el documento RG-IMA-08-00. El encargado de calidad de la unidad, mensualmente, elabora el indicador revisando los registros y procedimientos de NRC para chequear el cumplimiento del procedimiento institucional.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en API

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° NRC que cumplen /	34	35	29	25	42	23
N° Total RC a notificar	34	38	29	26	42	23
% Cumplimiento	100%	92%	100%	96%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para API

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de agosto 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros. Se revisa el total de registros de NRC, constatando que hay consistencia entre el resultado presentado y los registros. Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Agosto 2015					
N° Pautas cumplidas /	25					
N° Total Pautas	26					
% Cumplimiento	96%					
Observaciones:						

AOC 1.3 – Cuarto elemento medible: Se constata registro de notificaciones realizadas

APL

Total de exámenes seleccionados	30	Total de exámenes que cumplen de acuerdo a norma	26

Detalle de los exámenes constatados

Examen revisado	Hemoglobina 5,1 g/dl	Fecha	27 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Sodio 118 meq/L	Fecha	15 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Hemoglobina 5,6 g/dl	Fecha	1 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	CK Total 10.610 U/l	Fecha	7 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Potasio 2,24 meq/L	Fecha	29 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Calcio iónico 0,76 mmol/L	Fecha	27 septiembre 2015	Notificación según norma	No	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR 7,78	Fecha	25 septiembre	Notificación según norma	No	Documento/ registro	Registro electrónico Notificación de exámenes

			2015			revisado	críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Ph 7,11	Fecha	2 septiembre 2015	Notificación según norma	No	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Cloro 133,7 meq/L	Fecha	14 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Hemoglobina 5,8 g/dL	Fecha	18 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Sodio 117,8 meq/L	Fecha	7 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Glicemia 37 mg/dl	Fecha	3 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Calcio 5,9 mg/dl	Fecha	13 septiembre 2015	Notificación según norma	No	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Creatinina 10,21 mg/dl	Fecha	21 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Calcio 5,9 mg/dl	Fecha	21 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Ph 7,16	Fecha	2 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Potasio 2,65	Fecha	15 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Calcio iónico 0,26 mmol/L	Fecha	5 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR > 4,5	Fecha	19 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR > 4,5	Fecha	13 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR > 4,5	Fecha	14 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR > 4,5	Fecha	27 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Hemoglobina 5,5 g/dl	Fecha	20 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR > 4,5	Fecha	19 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR > 4,5	Fecha	15 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR > 4,5	Fecha	26 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR > 4,5	Fecha	23 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR > 4,5	Fecha	13 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR > 4,5	Fecha	8 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Glicemia 583 mg/dl	Fecha	1 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Observaciones: Se selecciona, en forma aleatoria, el bimestre de septiembre y octubre 2015 para constatar el registro de las							

notificaciones realizadas**.** Se randomiza una muestra de 30 casos. Se revisan los 7 primeros registros de Notificación de Resultados Críticos, constatando que en uno de los casos, no se cumple el procedimiento definido por el Prestador. Se revisa la totalidad de los casos seleccionados constatando que, en 26 de 30 casos, se cumple el procedimiento institucional. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la Situación 1 de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" del Ord. Circular IP N° 2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.							
APA							
Total de exámenes seleccionados			7	Total de exámenes que cumplen de acuerdo a norma			7
Detalle de los exámenes constatados							
Examen revisado	Carcinoma mama	Fecha	17 julio 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Libro "Registro de Ingreso de biopsias RG-UAP-01"
Examen revisado	Carcinoma Basocelular	Fecha	2 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Libro "Registro de Ingreso de biopsias RG-UAP-01"
Examen revisado	Ca Endometrio	Fecha	2 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Libro "Registro de Ingreso de biopsias RG-UAP-01"
Examen revisado	Neoplasia intraepitelial NIE 3	Fecha	23 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Libro "Registro de Ingreso de biopsias RG-UAP-01"
Examen revisado	Carcinoma Basocelular	Fecha	07 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Libro "Registro de Ingreso de biopsias RG-UAP-01"
Examen revisado	Mesotelioma Epitelioideo	Fecha	11 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Libro "Registro de Ingreso de biopsias RG-UAP-01"
Examen revisado	Queratoacantoma	Fecha	2 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Libro "Registro de Ingreso de biopsias RG-UAP-01"
Observaciones: Se selecciona en forma aleatoria el III Trimestre 2015 para constatar el registro de las notificaciones realizadas**.** Se randomiza el total de casos notificados (426). Se revisan los 7 primeros, constatando que se cumple el procedimiento institucional de Notificación de Resultados Críticos definido por el Prestador. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la Situación 1 de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" del Ord. Circular IP N° 2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.							
API							
Total de exámenes seleccionados			7	Total de exámenes que cumplen de acuerdo a norma			7
Detalle de los exámenes constatados							
Examen revisado	Angiotac Pelvis. Dg: Enfermedad Arterial Oclusiva	Fecha	23 agosto 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Planilla de Notificación de valores críticos (RG-IMA-08-00) e Informe en Sistema Informático MEDBUS-Carestream
Examen revisado	TAC Abdomen, Pelvis y Columna Lumbar. Dg: Trauma Raquimedular	Fecha	1 agosto 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Planilla de Notificación de valores críticos (RG-IMA-08-00) e Informe en Sistema Informático MEDBUS-Carestream
Examen revisado	TAC Abdomen y Pelvis. Dg: Neumoperitoneo	Fecha	16 agosto 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Planilla de Notificación de valores críticos (RG-IMA-08-00) e Informe en Sistema Informático MEDBUS-Carestream
Examen revisado	TAC Cerebro sin contraste. Dg: Isquemia Occipital	Fecha	29 agosto 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Planilla de Notificación de valores críticos (RG-IMA-08-00) e Informe en Sistema Informático MEDBUS-Carestream
Examen revisado	Angiotac Abdomen. Dg: Perforación Intestinal	Fecha	7 agosto 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Planilla de Notificación de valores críticos (RG-IMA-08-00) e Informe en Sistema Informático MEDBUS-Carestream
Examen revisado	Angiotac Tórax. Dg: Disección Aórtica	Fecha	17 agosto 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Planilla de Notificación de valores críticos (RG-IMA-08-00) e Informe en Sistema Informático MEDBUS-Carestream
Examen	TAC Abdomen y	Fecha	7 agosto	Notificación según	Si	Documento/	Planilla de Notificación de

revisado	Pelvis. Dg: Colecistitis aguda		2015	norma		registro revisado	valores críticos (RG-IMA-08-00) e Informe en Sistema Informático MEDBUS-Carestream
Observaciones: Se selecciona en forma aleatoria el mes de agosto 2015 para constatar el registro de las notificaciones realizadas**.** Se randomiza el total de casos notificados (25). Se revisan los 7 primeros, constatando que se cumple el procedimiento institucional de Notificación de Resultados Críticos definido por el Prestador. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la Situación 1 de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" del Ord. Circular IP N° 2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.							

CARACTERÍSTICA AOC 1.3 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0 - NA)	1° EM	2° EM	3° EM	4° EM
APL	1	1	1	1
APA	1	1	1	1
API	1	1	1	1
Umbral de la característica:≥ 75%	Puntaje total: 12/12	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA AOC 2.1 / HALLAZGOS

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

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento	Procedimiento de Derivaciones de Pacientes Vía Unidad Gestión Centralizada de Camas (UGCC) a la Red Público/Privada		
N° Resolución:12678 del 28/07/2014	Versión:00	Fecha: Julio 2014	
Elaborado por: Krasna Jiménez C. y Julia Urquieta H., Enfermeras Unidad de Gestión de Pacientes	Aprobado por: Dra. Juana Pérez, Directora (s) Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 14	
El documento define los siguientes atributos:			
1. Responsable que decide derivación	Si	2. Red de derivación y procedimiento	Si
3. Tipo y condiciones de transporte	Si	4. Información que acompaña al paciente	Si
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento de Derivaciones de Pacientes Vía Unidad Gestión Centralizada de Camas (UGCC) a la Red Público/Privada, código PO-UGCC-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todo paciente beneficiario de FONASA que deba trasladarse por falta de cama crítica. El responsable institucional de la derivación es el Director del Hospital, Subdirector Médico o el Médico Jefe de turno de Unidad de Emergencia. En ítem 7 "Descripción del Proceso" se detalla la Red de derivación y su procedimiento. Se describe tipo y condiciones del transporte Aéreo o terrestre y los documentos asociados que deben acompañar al paciente, entre ellos: Ficha clínica, Informe médico de traslado, verificador de FONASA actualizado, solicitud de traslado en ambulancia, carta de resguardo en caso de derivación a Clínica Privada y plan de vuelo. En anexos: Carta de respaldo, Instructivo de sistema de traslado aéreo medicalizado, Formulario de traslado UGCC / Compra de Servicio y Consentimiento informado de Traslado de pacientes críticos y Excepciones al procedimiento			

CARACTERÍSTICA AOC 2.1 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0 - NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: 1	
Umbral de la característica:100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA AOC 2.2 / HALLAZGOS

AOC 2.2 – Primer elemento medible: Se describe en documento(s) de carácter institucional el sistema de entrega de turnos, que contempla al menos: datos mínimos a informar y registrar por cada estamento (enfermeras, matronas, médicos).

Sistema de entrega de turno Enfermeras			
Nombre del documento	Procedimiento: "Sistema de Entrega de Turno de Enfermería"		
N° Resolución: 8426 del 27/05/2014	Versión: 1	Fecha: Mayo 2014	
Elaborado por: Verónica Contreras T., Enfermera Tirsa González A., Enfermera Alejandra Milles, Enfermera Janis Orellana O., Enfermera	Aprobado por: Juana Pérez Moraga, Director Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 17	
Datos mínimos a informar y registrar	Si		
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento: "Sistema de			

Entrega de Turno de Enfermería", código PO-SDE-01 que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, establece que el documento aplica a las unidades asistenciales de: Pacientes críticos adultos, Unidad Coronaria, Unidad de paciente crítico pediátrico, Pediatría, Medicina, Unidad de cuidados medios o agudos, Pensionado, Cirugía adulto, Bloque quirúrgico de especialidades (BQE) y Unidad de emergencia adulto-pediátrico. En página 3 y 4 establece las responsabilidades de la aplicación y supervisión del procedimiento de la Enfermera supervisora, enfermera diurna, Enfermera residente y Enfermera en rol de turno UPC.
En páginas 4 a 8, ítem 7 "Descripción del Proceso" indica que la entrega de turno oral y escrita se realiza diariamente al inicio y término del turno, entregando información clínico asistencial del paciente y clínico administrativa de la Unidad. El registro escrito es en el documento foliado denominado "RG-SDE-01_00 Formulario de entrega/recepción de turno enfermería", cuyo almacenamiento se mantiene durante un año. El criterio de elección para la entrega de enfermería de los pacientes corresponde a aquellos que posean categorización riesgo / dependencia A y B en sus tres niveles.
Los datos a registrar corresponden a los existentes en el formulario antes mencionado, se consideran datos mínimos los siguientes:

a. Nombre de la Unidad Asistencial
b. Fecha y jornada de trabajo.
c. Número o letra de sala y cama
d. Nombre del paciente
e. Categorización
f. Información relevante (exámenes, tratamiento especial, evaluación médica, etc.)
g. Nombre o timbre y firma de la enfermera entrante, la saliente y la supervisora que revisa la información.

En anexo n°1 el documento "RG-SDE-01_00 Formulario de entrega/recepción de turno enfermería".

Sistema de entrega de turno de matronas

Nombre del documento I	Entrega de Turno Matronería U.A. Obstetricia y Ginecología	
N° Resolución: 1733 del 13/03/2015	Versión: 1	Fecha: Febrero 2014
Elaborado por: Dayanna Hernández, Matrona Ruth Ramos, Matrona Marione Cisternas, Matrona	Aprobado por: Francisco Bueno N., Director(S) Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 11
Datos mínimos a informar y registrar	Si	

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Entrega de Turno Matronería U.A. Obstetricia y Ginecología, código PO-SDMT-12 que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, establece que el documento aplica en: la Unidad asistencial de Obstetricia y Ginecología, Hospitalización, Urgencia Gíneco-Obstétrica y Unidad de Partos y pabellón maternidad. En la misma página establece las responsabilidades de la aplicación y supervisión del procedimiento de la Matrona supervisora, Matrona Jefe de turno y Matrona clínica.
En páginas 3 a 5, ítem 7 "Descripción del Proceso" describe la entrega de turno oral y escrita para las áreas de Hospitalización Gíneco-Obstétrica, Urgencia Gíneco-Obstétrica y Partos-Pabellón Maternidad, detallando los aspectos clínico-administrativos a entregar.
Los datos a registrar dependerán del área que se entrega, se realizará en libro foliado denominado "Libro de entrega de turno", se consideran datos mínimos los siguientes:

a. Área de Hospitalización Gíneco-Obstétrica
   - Fecha y hora
   - Nombre del personal en turno
   - Nombre, dos apellidos y diagnóstico de la paciente (de aquellas con factores de riesgo, cuidados especiales, procedimiento o exámenes pendientes o requerimiento de mayor vigilancia)
   - Disponibilidad de equipos médicos
   - Camas disponibles por sección
   - Situaciones o novedades relevantes
   - Nombre o firma del profesional que registra y quien recibe la información
   - Revisión de matrona supervisora con fecha, hora, nombre y firma.
b. Área de Urgencia Gíneco-Obstétrica
   - Fecha y hora
   - Nombre, apellidos y diagnóstico de usuarias en observación o tratamiento
   - Indicaciones especiales o procedimientos pendientes
   - Nombre y apellidos del personal en turno
   - Nombre o firma del profesional que registra y quien recibe la información
c. Área de Partos-Pabellón Maternidad
   - Fecha y hora
   - Nombre y apellidos de usuarias en pabellón o recuperación de anestesia
   - Diagnóstico pre o post operatorio
   - Indicaciones especiales o procedimientos pendientes
   - Nombre o firma del profesional que registra y quien recibe la información
   - Revisión de matrona supervisora con fecha, hora, nombre y firma.

En anexo n°1 el detalle de la información verbal a entregar.

Nombre del documento II	Entrega de Turno de Matronería U.A. Neonatología	
N° Resolución: 1734 del 13/03/2015	Versión: 1	Fecha: Febrero 2015
Elaborado por: Rebeca Téllez, Matrona Marjorie Cisternas, Matrona	Aprobado por: Francisco Bueno N., Director(S) Hospital Regional Antofagasta	

Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 10
Datos mínimos a informar y registrar	Si	

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Entrega de Turno Matronería U.A. Neonatología, código PO-SDMT-13 que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, establece que el documento aplica a matronas(es) de las Unidades asistenciales de cuidados básicos, inmediatos y recién nacido sano de la Unidad de Neonatología. En la misma página establece las responsabilidades de la aplicación y supervisión del procedimiento de la Matrona supervisora, Matrona Jefe de turno y Matrona clínica.
En páginas 3 a 5, ítem 7 "Descripción del Proceso" describe la entrega de turno verbal y escrita detallando los aspectos clínico-administrativos a entregar, por la matrona que entrega y su relevo.
Los datos se registrarán en libro foliado denominado "Libro de entrega de turno" y se consideran datos mínimos los siguientes:

- Fecha y hora
- Nombre del personal en turno
- Nombre, dos apellidos, diagnóstico y número de cama del paciente (de aquellos con factores de riesgo, cuidados especiales, procedimiento o exámenes pendientes, ingresos o traslados)
- Disponibilidad de equipos médicos, insumos, materiales y medicamentos especiales
- Camas disponibles por sección
- Situaciones de gravedad o relevantes del turno
- Nombre o firma del profesional que registra y quien recibe la información
- Revisión de matrona supervisora con fecha, hora, nombre y firma.

En anexo n°1 el detalle de la información verbal a entregar.

Nombre del documento III	Entrega de Turno UPC Neonatal	
N° Resolución: 1735 del 13/03/2015	Versión: 1	Fecha: Febrero 2015
Elaborado por: Roxana Maldonado, Matrona Marjorie Cisternas, Matrona	Aprobado por: Francisco Bueno N., Director(S) Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 9
Datos mínimos a informar y registrar	Si	

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Entrega de Turno UPC Neonatal, código PO-SDMT-14 que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, establece que el documento aplica a matronas(es) y enfermera de la UPC Neonatal. En la misma página establece las responsabilidades de la aplicación y supervisión del procedimiento de la Matrona supervisora, Matrona Jefe de turno y Matrona o Enfermera clínica.
En páginas 3 a 5, ítem 7 "Descripción del Proceso" describe la entrega de turno verbal y escrita detallando los aspectos clínico-administrativos a entregar, por el profesional jefe de turno a su relevo.
Los datos se registrarán en libro foliado denominado "Libro de entrega de turno" y se consideran datos mínimos los siguientes:

- Fecha y hora
- Nombre del personal en turno
- Nombre, dos apellidos y diagnóstico del paciente (de aquellos con factores de riesgo, cuidados especiales, procedimiento o exámenes pendientes, ingresos o traslados)
- Novedades de equipos e insumos
- Situaciones de gravedad o relevantes del turno
- Nombre o firma del profesional que registra y quien recibe la información
- Revisión de matrona supervisora con fecha, hora, nombre y firma.

En anexo n°1 el detalle de la información verbal a entregar.

Sistema de entrega de turno de médicos

Nombre del documento I	Entrega de Turno Asistencial de Médico de Turno en la Unidad de Obstetricia y Ginecología	
N° Resolución: 5153 del 01/04/2014	Versión: 00	Fecha: Marzo 2014
Elaborado por: Aliro Bolados Castillo, Médico Jefe Servicio Obstetricia y Ginecología	Aprobado por: Juan Pablo Mattatall, Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 6
Datos mínimos a informar y registrar	Si	

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Entrega de Turno Asistencial de Médico de Turno en la Unidad de Obstetricia y Ginecología, código PO-URGOYG-01 que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidad, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, establece que el documento aplica en la Unidad asistencial de Obstetricia y Ginecología, Hospitalización, Urgencia Gíneco-Obstétrica, Unidad de Partos y Pabellón de Maternidad. En la misma página establece las responsabilidades de la aplicación y supervisión del procedimiento del Médico Jefe de Servicio, Médico Jefe de Turno y Médicos tratantes.
En páginas 3 y 4, ítem 7 "Descripción del Proceso" se indican los horarios de las jornadas de turno y se establece que la entrega de turno verbal es interdisciplinaria con los médicos que entregan y reciben y las matronas entrantes de hospitalización y urgencia y la escrita es responsabilidad del médico jefe de turno con vigencia de 24 hrs, consignando las pacientes que según su criterio requieran control permanente.
Los datos se registrarán en hoja denominada "Formulario entrega de turno médica" y se consideran datos mínimos los siguientes:

- Nombre completo, servicio y estamento
- Fecha
- Integrantes del turno

- Número de partos fisiológicos y distósicos
- Número de partos por cesárea
- Número de intervenciones ginecológicas
- Número de pacientes ingresadas a Unidad de Paciente Crítico
- Detalle de mal resultado perinatal
- Detalle de situaciones administrativas y/o legales relevantes
- Nombre y firma del profesional que entrega y quien recibe turno.

En anexo n°1 el "Formulario entrega de turno médica Unidad Asistencial de Obstetricia y Ginecología"

Nombre del documento II	Procedimiento: entrega de turno asistencial de médicos de turno en el servicio de urgencia	
N° Resolución: 9950 del 26/06/2014	Versión: 00	Fecha: Junio 2014
Elaborado por: Gladys Núñez Venegas, Médico Jefe Servicio Urgencia	Aprobado por: Juana Pérez, Directora(S) Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 6
Datos mínimos a informar y registrar	Si	

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento: entrega de turno asistencial de médicos de turno en el servicio de urgencia, código PO-URG-03 que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidad, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, establece que el procedimiento aplica en el Servicio de Urgencia adulto-pediátrico. En la misma página establece las responsabilidades de la aplicación y supervisión del procedimiento del Médico Jefe de Servicio, Médico Jefe de Turno y Médicos tratantes.
En páginas 3 a 5, ítem 7 "Descripción del Proceso" se indican los horarios de las jornadas de turno y se establece que la entrega de turno es verbal y escrita
Los datos se registrarán por el médico jefe de turno en libro denominado "Libro de novedades médicas" y en Formulario de entrega de turno del paciente complejo UE, por el médico tratante del paciente. Se consideran datos mínimos a registrar según tipo de registro, los siguientes:

a. Libro de Novedades Médicas (conservación 3 años)
   - Identificación del turno
   - Horario del turno
   - Identificación de los médicos que integran el turno (Nombre y/o firma y/o timbre)
   - Número de ingresos realizados por el turno
   - Operaciones realizadas por el turno
   - Pendientes
   - Detalle de situaciones administrativas y/o legales relevantes
   - Nombre y/o firma y/o timbre del profesional que entrega y quien recibe turno.
b. Formulario Entrega de Turno del Paciente Complejo UE (conservación 3 meses)
   - Número de camilla en que se encuentra el paciente
   - Nombre
   - Edad
   - Fecha de ingreso
   - Días de hospitalización
   - Destino
   - Diagnósticos
   - Observaciones y pendientes

En anexo n°1 el "Formulario Entrega de Turno del Paciente Complejo UE"

Nombre del documento III	Procedimiento Entrega de Turno Médicos Unidad de Pacientes Críticos Pediátricos	
N° Resolución: 5745 del 11/04/2014	Versión: 1	Fecha: Marzo 2014
Elaborado por: Pamela Schellman J., Pediatra Coordinador UPCP	Aprobado por: Juan Pablo Mattatall, Director HRA	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 7
Datos mínimos a informar y registrar	Si	

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Entrega de Turno Médicos Unidad de Pacientes Críticos Pediátricos, código PO-UPCPED-02 que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, establece que el procedimiento aplica en el funcionamiento diario de la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico. En la misma página establece las responsabilidades de la aplicación y supervisión del procedimiento del Médico Jefe o Coordinador, Médico continuidad y Médicos residentes de UPCP e indica que será responsabilidad del médico que ingresa al turno llevar el registro escrito.
En páginas 3 a 5, ítem 7 "Descripción del Proceso" se indica el horario de la entrega de turno y se establece que es verbal y escrita.
Los datos se registrarán de cada unidad de paciente por el médico que recibe el turno, en formulario denominado "Registro Recepción Turno Residencia Médicos UPC Pediátrico". Se consideran datos mínimos a registrar los contenidos en el formulario que son:

- Fecha
- Identificación del médico que entrega y que recibe turno
- Nombre paciente
- Diagnóstico principal
- Conexión a ventilación mecánica
- Catéter venos central, Nutrición Parenteral, línea arterial
- Solicitud de cupos

- Rechazos
- Efecto adverso asociados a ventilación mecánica y catéter venoso central

En anexo n°1 la "Hoja Registro Recepción Turno Residencia Médicos UPC Pediátrico".

Nombre del documento IV	Procedimiento Entrega de Turno Médico Unidad de Paciente Crítico	
N° Resolución: 10119 del 27/06/2014	Versión: 3	Fecha: Mayo 2014
Elaborado por: Jacqueline Blanchard Tapia, Médico Encargada CR UPC Adulto	Aprobado por: Juana Pérez, Director (S) Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 8
Datos mínimos a informar y registrar	Si	

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Entrega de Turno Médicos Unidad de Paciente Crítico, código PO-SDM-04 que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, establece que el procedimiento aplica a la Unidad de Cuidados Intensivos, UCI Adulto y a la Unidad de Intermedio Médico Quirúrgico, UTIMQ. En la misma página establece las responsabilidades de la aplicación y supervisión del procedimiento de la Jefatura de la Unidad, Médico Jefe de turno, Médico de turno saliente y entrante, Médico de continuidad y Médicos de apoyo.
En páginas 5 y 6, ítem 7 "Descripción del Proceso" se detallan en tablas los contenidos de la entrega de turno verbal y escrita a ser efectuada por el médico saliente de turno.
Los datos se registrarán de cada paciente en el formulario denominado "RG-SDM-02-00 Formulario de entrega/recepción de turno médico". Se consideran datos mínimos a registrar los siguientes:

- Unidad
- Fecha y Jornada laboral
- N° de cama, Nombre paciente
- Diagnóstico principal
- Problemas pendientes
- Destino
- Nombre o timbre y firma de Médico saliente, médico entrante y Jefe de Unidad
- Ingresos, egresos, fallecimientos
- N° de interconsultas pendientes – procedimientos realizados
- Traslados de pacientes
- Pacientes pendientes o en tránsito en otros servicio
- Informe de situaciones administrativas y/o conflictos de relevancia

En anexo n°1 el "RG-SDM-02-00 Formulario de entrega/recepción de turno médico".

Nombre del documento V	Procedimiento: "Sistema de entrega de turno de residencia médica neonatal"	
N° Resolución: 4487 del 20/03/2014	Versión: 00	Fecha: Febrero 2014
Elaborado por: M. Ximena Sandoval, Jefe UCI Neonatal (S)	Aprobado por: Juan Pablo Mattatall, Director Hospital Clínico Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 8
Datos mínimos a informar y registrar	Si	

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado "Sistema de entrega de turno de residencia médica neonatal", código PO-SDM-06 que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, establece que el procedimiento aplica a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) Neonatal. En la misma página establece las responsabilidades de la aplicación y supervisión del procedimiento del Médico Jefe UCI Neonatal, Médico Jefe Unidad Neonatología, Médico residente, Médico tratante diurno.
En páginas 4 a 6, ítem 7 "Descripción del Proceso" se indica el horario de la entrega de turno y se establece que se realizará entrega de turno clínico asistencial por paciente y clínico administrativa, utilizando para su registro el "Formulario de Registro de Entrega de Turno".
Se consideran datos mínimos a registrar los siguientes:

- Fecha
- Médico que entrega y Médico que recibe
- Datos del paciente:
  - Nombre, fecha de nacimiento, "EG" (Edad Gestacional), "EGC" (Edad Gestacional Corregida), Edad actual, Peso actual.
  - Tratante
  - Diagnósticos
  - Alimentación, tolerancia oral
  - Fluidos/"BH" (balance hídrico)
  - Respirativo
  - "HD/CV" (Hemodinamia/Cardiovascular)
  - Infeccioso
  - Medicamentos
  - Catéteres
  - Exámenes y Plan
- Ingresos en el turno (nombre y diagnóstico)
- Fallecidos en el turno (nombre y diagnóstico)
- "IC" (Interconsulta) Obstetricia

En anexo n°1 el "Formulario de Registro de Entrega de Turno"

Nombre del documento VI	Procedimiento: Entrega de Turno Médico Unidad Coronaria	
N° Resolución: 7800 del 25/09/2015	Versión: 00	Fecha: Julio 2015
Elaborado por: Lizzy Cedeño M., Médico Jefe Unidad Coronaria	Aprobado por: Juan Urrutia R., Director (T y P) Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 5
Datos mínimos a informar y registrar	Si	

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento: Entrega de Turno Médico Unidad Coronaria, código PO-UCIC-01 que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, establece que el procedimiento aplica a los médicos que trabajen en la Unidad Coronaria. En la misma página establece las responsabilidades de la aplicación y supervisión del procedimiento del Médico Jefe Unidad Coronaria, Médico que entrega turno y Médico que recibe turno.
En páginas 3 y 4, ítem 7 "Descripción del Proceso" se indican los datos mínimos a informar en la entrega de turno verbal y los datos mínimos a registrar en la entrega de turno escrita, utilizando para su registro el "Formulario de Entrega de Turno Médico Unidad Coronaria".
Se consideran datos mínimos a registrar los siguientes:

- Nombre y apellidos del paciente
- Número de cama
- Fecha de ingreso
- Diagnóstico principal
- Plan de manejo y actividades pendientes en relación al mismo
- Nombre, 1 apellido y/o timbre del médico que recibe y entrega turno
- Fecha diaria

En anexo n°1 el "Formulario de Entrega de Turno Médico Unidad Coronaria".

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación:

Dirección	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med	Ped.	NEO	Obstgine	URG
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los Servicios que componen los distintos puntos de verificación y su cumplimiento:
Los documentos descritos en cuadros precedentes se tienen a la vista en los puntos de verificación según se detalla:

1. Dirección
   a. Se constatan 10 documentos institucionales:
      - Procedimiento: "Sistema de Entrega de Turno de Enfermería". Resolución n° 8426 de fecha 27/05/2014, versión 1.
      - Entrega de Turno Matronería U.A. Obstetricia y Ginecología. Resolución N° 1733 de fecha 13/03-2015, versión 1.
      - Entrega de Turno de Matronería U.A. Neonatología. Resolución n° 1734 de fecha 13/03/2015, versión 1.
      - Entrega de Turno UPC Neonatal. Resolución n° 1735 de fecha 13/03/2015, versión 1.
      - Entrega de Turno Asistencial de Médico de Turno en la Unidad de Obstetricia y Ginecología. Resolución n° 5153 de fecha 01/04/2014, versión 0.
      - Procedimiento: entrega de turno asistencial de médicos de turno en el servicio de urgencia. Resolución n° 9950 de fecha 26/06/2014, versión 0.
      - Procedimiento Entrega de Turno Médicos Unidad de Pacientes Críticos Pediátricos. Resolución n° 5745 de fecha 11/04/2014, versión 1.
      - Procedimiento Entrega de Turno Médico Unidad de Paciente Crítico. Resolución n° 10119 de fecha 27/06/2014, versión 3.
      - Procedimiento: "Sistema de entrega de turno de residencia médica neonatal". Resolución n° 4487 de fecha 20/03/2014, versión 0.
      - Procedimiento: Entrega de Turno Médico Unidad Coronaria. Resolución n° 7800 de fecha 25/09/2015, versión 0.

   Cumple lo solicitado en el elemento medible.

2. UPC Ad
   a. Se constatan 2 documentos institucionales en UCI Adultos y en "UTIMQ:
      - Procedimiento: "Sistema de Entrega de Turno de Enfermería". Resolución n° 8426 de fecha 27/05/2014, versión 1.
      - Procedimiento Entrega de Turno Médico Unidad de Paciente Crítico. Resolución n° 10119 de fecha 27/06/2014, versión 3.

   b. Se constatan 2 documentos institucionales en UCI Coronaria
      - Procedimiento: "Sistema de Entrega de Turno de Enfermería". Resolución n° 8426 de fecha 27/05/2014, versión 1.
      - Procedimiento: Entrega de Turno Médico Unidad Coronaria. Resolución n° 7800 de fecha 25/09/2015, versión 0.

   Cumple lo solicitado en el elemento medible.

3. UPC Ped
   a. Se constatan 2 documentos institucionales en Unidad de Paciente Crítico Pediátrico:
      - Procedimiento: "Sistema de Entrega de Turno de Enfermería". Resolución n° 8426 de fecha 27/05/2014, versión 1.
      - Procedimiento Entrega de Turno Médicos Unidad de Pacientes Críticos Pediátricos. Resolución n° 5745 de fecha 11/04/2014, versión 1.

   Cumple lo solicitado en el elemento medible.

4. UPC Neo
   a. Se constatan 2 documentos institucionales en Unidad de Paciente Crítico Neonatal:
      - Entrega de Turno UPC Neonatal. Resolución n° 1735 de fecha 13/03/2015, versión 1.
      - Procedimiento: "Sistema de entrega de turno de residencia médica neonatal". Resolución n° 4487 de fecha 20/03/2014, versión 0.

   Cumple lo solicitado en el elemento medible.

5. Med:
   a. Se constata documento institucional en Servicio de Medicina, "UAPP" y Pensionado:
      - Procedimiento: "Sistema de Entrega de Turno de Enfermería". Resolución n° 8426 de fecha 27/05/2014, versión 1.

   Cumple lo solicitado en el elemento medible.

6. Ped:
   a. Se constata documento institucional en Servicio de Pediatría:
      - Procedimiento: "Sistema de Entrega de Turno de Enfermería". Resolución n° 8426 de fecha 27/05/2014, versión 1.

   Cumple lo solicitado en el elemento medible.

7. Neo:
   a. Se constata documento institucional en Unidad de Neonatología:
      - Entrega de Turno de Matronería U.A. Neonatología. Resolución n° 1734 de fecha 13/03/2015, versión 1.

   Cumple lo solicitado en el elemento medible.

8. Obst-gine:
   a. Se constata documento institucional en Servicio de Obstetricia y Ginecología:
      - Entrega de Turno Matronería U.A. Obstetricia y Ginecología. Resolución N° 1733 de fecha 13/03-2015, versión 1.
      - No presenta documento de Entrega de turno médicos. Matrona Supervisora declara que el Servicio no cuenta con residencia médica exclusiva, el médico Gíneco-Obstetra en turno acude en caso de Emergencia. El documento institucional tenido a la vista en la Dirección establece en su alcance que el procedimiento aplica para Hospitalización Gíneco-Obstétrica.

   No cumple lo solicitado en el elemento medible.

9. URG:
   a. Se constatan 2 documentos institucionales en Unidad de Emergencia Adulto – Pediátrica:
      - Procedimiento: "Sistema de Entrega de Turno de Enfermería". Resolución n° 8426 de fecha 27/05/2014, versión 1.
      - Procedimiento: entrega de turno asistencial de médicos de turno en el servicio de urgencia. Resolución n° 9950 de fecha 26/06/2014, versión 0.

   b. Se constatan 2 documentos institucionales en Unidad de Emergencia Gíneco-Obstétrica
      - Entrega de Turno Matronería U.A. Obstetricia y Ginecología. Resolución N° 1733 de fecha 13/03-2015, versión 1.
      - Entrega de Turno Asistencial de Médico de Turno en la Unidad de Obstetricia y Ginecología. Resolución n° 5153 de fecha 01/04/2014, versión 0.

   Cumple lo solicitado en el elemento medible.

Observaciones:

AOC 2.2 – Segundo, Tercer y Cuarto elemento medible: Se constatan registros de entrega de turnos de enfermeras, matronas y médicos.

UPC Ad

Constata registro de turnos de enfermeras y médicos:

1. Se constatan los registros de entrega de turnos de enfermeras en UCI Adultos, "UTIMQ" y UCI Coronaria, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional en el documento "RG-SDE-01-00 Formulario de entrega/recepción de turno enfermería", para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días en cada Unidad. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Entrega de turno Enfermeras UCI Adultos: Se tiene a la vista libro anillado que contiene los formularios foliados de las entregas de turno, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (09/08/2015, 20/10/2015 y 24/10/2015) en turno de día y turno de noche.
     Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra seleccionada.
   - Entrega de turno Enfermeras "UTIMQ": Se tiene a la vista libro anillado que contiene los formularios foliados de las entregas de turno, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (26/05/2015, 06/06/2015 y 31/08/2015) en turno de día y turno de noche.
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: sin registro de fecha, nombre o timbre y firma de enfermera entrante, el día 06/06/2015 en turno diurno Sector 2.
   - Entrega de turno Enfermeras UCI Coronaria: Se tiene a la vista libro anillado que contiene los formularios foliados de las entregas de turno, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (26/05/2015, 06/06/2015 y 31/08/2015) en turno de día y turno de noche.
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: sin registro de categorización del total de los pacientes el día 31/08/2015 en turno diurno y nocturno.

   No cumple el segundo elemento medible.
2. Se constatan los registros de entrega de turnos de médicos UPC Adultos, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional, para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días en cada Unidad. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Formulario "Formato de Entrega de Turno" médicos UCI: Se tienen a la vista los formularios impresos del formato digital establecido para el registro, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (09/08/2015, 20/10/2015 y 24/10/2015).
     Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra.
   - Formulario Entrega de Turno médicos UTIMQ: Se tienen a la vista los formularios impresos del formato digital establecido para el registro, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (26/05/2015, 06/06/2015 y 31/08/2015).
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: el formulario de entrega de turno presentado no contempla el registro del dato "Destino", según lo establece el

procedimiento institucional.
- Formulario "Unidad Coronaria Entrega-Recepción Turno Médicos": Se tienen a la vista los formularios impresos del formato digital establecido para el registro, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (26/05/2015, 06/06/2015 y 31/08/2015).
  Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra seleccionada.

No cumple el cuarto elemento medible.

Observaciones: No aplica el tercer elemento medible en el punto de verificación UPC Ad, no se desempeñan Matronas en las Unidades.

UPC Ped

Constata registro de turnos de enfermeras y médicos:

1. Se constatan los registros de entrega de turnos de enfermeras en UPC Pediátrica (UPCP), a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional en el documento "RG-SDE-01-00 Formulario de entrega/recepción de turno enfermería", para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Entrega de turno Enfermeras UPCP: Se tiene a la vista libro anillado que contiene los formularios foliados de las entregas de turno, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (17/05/2015, 16/07/2015 y 15/09/2015) en turno de día y turno de noche.

   Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra seleccionada.
   Cumple el segundo elemento medible.
2. Se constatan los registros de entrega de turnos de médicos UPC Pediátrica, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional, para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Formulario "Registro Recepción Turno Residencia Médicos UPC Pediátrico". Se tiene a la vista carpeta en la cual se archivan los formularios de entrega de turno médicos, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (17/05/2015, 16/07/2015 y 15/09/2015).
     Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra seleccionada.

   Cumple el cuarto elemento medible.

Observaciones: No aplica el tercer elemento medible en el punto de verificación UPC Ped, no se desempeñan Matronas en la Unidad.

UPC Neo

Constata registro de turnos de enfermeras y médicos:

1. Se constatan los registros de entrega de turnos de matronas y enfermera (en la Unidad se desempeña 1 enfermera) en UPC Neonatal, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional, para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Entrega de turno Profesionales UPC Neonatal: Se tiene a la vista libro foliado en el cual se adhiere el formulario "Entrega de turno Profesionales UPC Neonatal" en cada turno, modalidad que se cambia al archivo en carpeta específica, del mismo registro también foliado, en el segundo semestre de 2015. Se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (24/05/2015, 02/07/2015 y 28/09/2015) en turno de día y turno de noche, constatándose que el formulario de entrega de turno utilizado no considera el registro de información relacionada con los pacientes de la unidad, se consignan aspectos generales como número de pacientes en ventilación mecánica, con "CPAP" o "naricera".
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: el formulario de registro de la entrega de turno de los profesionales de UPC Neonatal no considera información individual de los pacientes, que permita consignar factores de riesgo, cuidados especiales o procedimientos pendientes, según lo establece el procedimiento institucional e impacta el espíritu de la característica, que busca garantizar la seguridad de la atención de los pacientes.

   No cumple el segundo y tercer elemento medible.
2. Se constatan los registros de entrega de turnos de médicos residentes de UCI Neonatal, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional, para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Formulario "Hoja de entrega de turno". Se tienen a la vista los formularios de entrega de turno médicos, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (24/05/2015, 02/07/2015 y 28/09/2015).
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: en las 3 fechas seleccionadas, en los registros no se consigna la edad gestacional corregida de los pacientes, y si hubo ingresos, fallecidos o interconsultas. En los registros del día 24/05/2015 no se consigna la edad actual, el peso actual y el médico tratante de los pacientes.

   No cumple el cuarto elemento medible.

Med

Constata registro de turnos de enfermeras y médicos:

1. Se constatan los registros de entrega de turnos de enfermeras en Servicio de Medicina, "UAPP" y Pensionado, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional en el documento "RG-SDE-01-00 Formulario de entrega/recepción de turno enfermería", para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días en cada Unidad. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Entrega de turno Enfermeras Servicio de Medicina: Se tiene a la vista libro anillado que contiene los formularios foliados de las entregas de turno, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (27/06/2015, 15/10/2015 y 16/10/2015) en turno de día y turno de noche.
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: sin registro de categorización de los pacientes el día 27/06/2015 en turno diurno y nocturno y el día 16/10/2015 en turno nocturno.
   - Entrega de turno Enfermeras "UAPP": Se tiene a la vista carpeta que contiene los formularios de las entregas de turno, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (27/06/2015, 15/10/2015 y 16/10/2015) en turno de día y turno de noche.

Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: formularios sin número de folio, sin registro de entrega de turno el día 27/06/2015 en turno nocturno, sin registro de categorización de los pacientes en los 3 días seleccionados, la información relevante sólo consignada el día 15/10/2015 en turno nocturno, sin identificación de enfermera entrante en turno diurno los días 27/06/2015 y 16/10/2015 y en turno nocturno el día 15/10/2015.

- Entrega de turno Enfermeras Unidad de Pensionado: Se tienen a la vista los formularios foliados de las entregas de turno, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (14/05/2015, 29/05/2015 y 13/06/2015) en turno de día y turno de noche.
  Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra seleccionada.

No cumple el segundo elemento medible.

Observaciones: No aplica el tercer y cuarto elemento medible en el punto de verificación Med., no se desempeñan Matronas y no se cuenta con residencia médica en las Unidades constatadas.

Ped

Constata registro de turnos de enfermeras y médicos:

1. Se constatan los registros de entrega de turnos de enfermeras en los sectores del Servicio de Pediatría, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional en el documento "RG-SDE-01-00 Formulario de entrega/recepción de turno enfermería", para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Entrega de turno Enfermeras Servicio de Pediatría: Se tienen a la vista los formularios de las entregas de turno de los distintos sectores del Servicio, denominados "Entrega de Turno Enfermería HRA – Pediatría", adaptados del documento institucional acorde a las necesidades del Servicio, según declara Enfermera Encargada de Calidad. Se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (20/06/2015, 20/08/2015 y 02/09/2015) en turno de día y turno de noche.
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: el formulario local para el registro de la entrega de turno no forma parte del procedimiento institucional, no considera el ítem para registro de la categorización por riesgo/dependencia de los pacientes, ni de aspectos clínico-administrativos presentes en el formulario institucional, no especifica quién es el profesional entrante y saliente en cada turno. Sin registro de categorización de pacientes el día 20/06/2015 en ambos turnos y registro incompleto los días 20/08/2015 y 02/09/2015.

   No cumple el segundo elemento medible.

   Se deja constancia que la enfermera Encargada de Calidad del Servicio declara que debido a la carga asistencial y la disminución de personal en horario inhábil, los pacientes se categorizan sólo de lunes a viernes durante la mañana.

Observaciones: No aplica el tercer y cuarto elemento medible en el punto de verificación Ped., no se desempeñan Matronas y no se cuenta con residencia médica en el Servicio de Pediatría.

NEO

Constata registro de turnos de enfermeras, matronas y médicos:

1. Se constatan los registros de entrega de turnos de matronas en la Unidad de Neonatología, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional, para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Entrega de turno Matronas Neonatología: Se tiene a la vista libro de entrega de turno para los registros del primer semestre y para los registros del segundo semestre carpeta con formularios denominados "Entrega turno Profesionales Unidad Asistencial Neonatal", cambio incorporado como medida de mejora según declara Matrona Supervisora de la Unidad. Se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (24/05/2015, 02/07/2015 y 28/09/2015) en turno de día y turno de noche.
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: en los registros de entrega de turno del día 24/05/2015 no se consiga profesional entrante en turno diurno, no se consigna fecha en turno nocturno y no se evidencia V°B° de Matrona Supervisora en ambos turnos.

   No cumple el tercer elemento medible.

Observaciones: No aplica el segundo y cuarto elemento medible en el punto de verificación Neo., no se desempeñan Enfermeras y no se cuenta con residencia médica en la Unidad de Neonatología.

Obst-gine

Constata registro de turnos de matronas y médicos:

1. Se constatan los registros de entrega de turnos de Matronas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional, para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Entrega de turno Matronas Área de Hospitalización Gíneco-Obstétrica: Se tiene a la vista libro entrega de turno Matronas hospitalización. Se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (01/08/2015, 16/09/2015 y 26/10/2015) en turno de día y turno de noche.
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: en los registros de entrega de turno de los días 16/09/2015 y 26/10/2015, turno de diurno y nocturno respectivamente, no se consiga registro en relación a equipamiento médico.

   No cumple el tercer elemento medible.
2. No se constata entrega de turno de médicos, el prestador no presenta registros de entrega de turno médica que consideren aspectos relacionados con las pacientes del Área de Hospitalización Gíneco-Obstétrica.
   No cumple el cuarto elemento medible.

Observaciones: No aplica el segundo elemento medible en el punto de verificación Obst-gine., no se desempeñan Enfermeras en el Servicio de Obstetricia y Ginecología.

URG

Constata registro de turnos de enfermeras, matronas y médicos:

1. Se constatan los registros de entrega de turnos de Enfermeras en Unidad de Emergencia, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional en el documento "RG-SDE-01-00 Formulario de entrega/recepción de turno

enfermería", para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días. Se procede a la revisión según se detalla:

- Entrega de turno Enfermeras Emergencia Adulto-Pediátrica: Se tiene a la vista carpeta con los formularios de las entregas de turno, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (12/05/2015, 24/07/2015 y 31/10/2015) en turno de día y turno de noche.
  Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: en el total de los formularios no se consigna el número de folio, el día 24/07/2015 en turno nocturno se registra firma sin nombre del profesional saliente y el día 31/10/2015 en turno diurno no se consigna profesional entrante.

No cumple el segundo elemento medible.

2. Se constatan los registros de entrega de turnos de Matronas en Unidad de Emergencia, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional, para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Entrega de turno Matronas Área de Urgencia Gíneco-Obstétrica: Se tiene a la vista cuaderno foliado de entrega de turno Matronas Urgencia. Se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (18/05/2015, 14/07/2015 y 24/07/2015) en turno de día y turno de noche.
     Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra seleccionada.

   Cumple el tercer elemento medible.
3. Se constatan los registros de entrega de turnos de médicos en Unidad de Emergencia, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional, para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días en cada área. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Entrega de turno médicos Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica: Se tiene a la vista el "libro de novedades médicas" (para registros clínico administrativos del Servicio), no se presentan registros del formulario "Entrega de turno del Paciente Complejo UE" (registro clínico asistencial por paciente) para las fechas solicitadas, Enfermera Encargada declara al momento de la entrevista que a partir del mes de junio del año en curso, los médicos de la Unidad dejaron de confeccionar dicho registro. Se revisa el libro de novedades en cada uno de los días seleccionados (12/05/2015, 24/07/2015 y 31/10/2015).
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra, en lo que se indica:
     a. Libro de novedades médicas, sin registro de ingresos en el total de días seleccionados en turno diurno y nocturno, se consigna en su lugar "ver libro"; día 12/05/2015 turno diurno se consigna sólo los nombres de profesionales en turno.
     b. Formulario "Entrega de turno del paciente complejo UE", no es posible constatar registros de los días de la muestra, los médicos tratantes de los pacientes en atención en la Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica, han dejado de efectuar dicho registro a contar del mes de junio de 2015. Se deja constancia que no existe otro registro de entrega de turno en la Unidad de Emergencia que consigne datos relevantes de cada paciente en atención.
   - Entrega de turno médicos Unidad de Emergencia Gíneco-Obstétrica: Se tienen a la vista formularios de las entregas de turno, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (18/05/2015, 14/07/2015 y 24/07/2015) un formulario por día, turno de 24 hrs.
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra, en lo que se indica: registros incompletos en los días 14 y 24/07/2015. El formulario no consiga el ítem para registro de "Detalle de situaciones administrativas y/o legales relevantes, según lo establece el procedimiento institucional.

   No cumple el cuarto elemento medible.

CARACTERÍSTICA AOC 2.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med	Ped.	NEO	Obstgine	URG
Primer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	0	1
Segundo elemento medible		0	1	0	0	0	NA	NA	0
Tercer elemento medible		NA	NA	0	NA	NA	0	0	1
Cuarto elemento medible		0	1	0	NA	NA	NA	0	0
Umbral de la característica:≥ 75%		Puntaje total: 11/24		Porcentaje obtenido: 46%				Cumple: No	

ÁMBITO COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

CARACTERÍSTICA RH 1.1 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

RH 1.1 – Primer al cuarto elemento medible: Se constata habilitación de médicos y cirujanos dentistas.

	Dirección o Gerencia			
Elemento Medible	N° Personal Prestador	N° Registros SIS	N° Certificados/Copias originales	N° No Cumplen
1° Médicos permanentes	229	229		Si
2° Médicos transitorios	88	71	17	
3° Cirujanos Dentistas permanentes	23	23		Si
4° Cirujanos Dentistas transitorios	2	2		Si

Observaciones:
En el punto de verificación Gerencia del Prestador, se solicita a la Dra. Alejandra Muñoz Meynet, Jefe de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP) del Hospital Regional de Antofagasta el listado de los Médicos - Cirujanos y Cirujanos -Dentistas que trabajan en el Hospital Regional de Antofagasta, en forma permanente y transitoria. La retrospectividad solicitada es de 6 meses para los profesionales que desarrollan funciones permanentes y de un año, para los que desempenan funciones transitorias. Posteriormente, se procede a verificar la inscripción de la nómina de los Médicos-Cirujanos y Cirujanos -Dentistas, a través del sistema informático de la Superintendencia de Salud, constatándose lo siguiente:

PRIMER HECHO MEDIBLE
Del total de 229 Médicos - Cirujanos que cumplen funciones permanentes, se encuentran los 229 inscritos en los registros de la Superintendencia de Salud.

SEGUNDO HECHO MEDIBLE
Del total de 88 Médicos - Cirujanos que cumplen funciones transitorias, se encuentran los 71 inscritos en los registros de la Superintendencia de Salud.
Los restantes 17 Médicos – Cirujanos, que no están en los registros de la Superintendencia de Salud, se encuentran habilitados legalmente a través de la autorización que otorgó la Secretaria Regional Ministerial, según lo dispone el Código Sanitario, en el inciso final de su Artículo 112, para ejercer en el Hospital Regional de Antofagasta:

1. Dra. Libia Cruz Hernández Fernández, Pasaporte NºA5436899200, Resolución Exenta N° 0654 de 05 de Febrero del 2014 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
2. Dra. Mery Yelenny Rodríguez Agreda, Pasaporte Nº 078304143, Resolución Exenta N° 4621 de 20 de julio del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
3. Dra. Karen Lorena Duque de Hernández, Pasaporte Nº 098808643, Resolución Exenta N° 1469 de 06 de Marzo del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
4. Dr. Jesús Salvador Hernández Yánez, Pasaporte Nº 098808423, Resolución Exenta N° 1562 de 11 de Marzo del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
5. Dra. Helimenia Medina Suniaga, Pasaporte Nº 085156421, Resolución Exenta N° 7659 de 14 de Noviembre del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
6. Dra. Carmen María Liporaci Zambrano, Pasaporte Nº 040151102 Resolución Exenta N° 4076 de 24 de Junio del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
7. Dr. Alvaro Cuarto Ugutz Soto López, Pasaporte Nº 107066312, Resolución Exenta N° 6705 de 30 de Septiembre del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
8. Dra. Ingrid Beatriz Sánchez Hernández, Pasaporte Nº 056734197, Resolución Exenta N° 1937 de 01 de Abril del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
9. Dra. Isabel Cecilia Santos Yovino, Pasaporte Nº 053312240, Resolución Exenta N° 3088 de 15 de Mayo del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
10. Dra. Adriana Aguilar Duarte, Pasaporte Nº 040647537, Resolución Exenta N° 7402 de 07 de Noviembre del 2014 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
11. Dr. Rafael Leonardo Angulo Ovalles, Pasaporte Nº 039660846, Resolución Exenta N° 4077 de 24 de Junio del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
12. Dra. Yuribel Briceño Guzmán, Pasaporte Nº 056133220, Resolución Exenta N° 5694 de 26 de Agosto del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
13. Dr. Jinnibal José Camacho Montero, Pasaporte Nº 093275767, Resolución Exenta N° 6237 de 15 de Septiembre del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
14. Dra. Verónica Abril Cárdenas Maraver, Pasaporte N° 098184123, Resolución Exenta N° 5253 de 10 de Agosto del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
15. Dr. Alexis Vicente Díaz Hernández, Pasaporte Nº 073246035, Resolución Exenta N° 4700 de 22 de Julio del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
16. Dr. José Silvino Fernández Olate, R.U.N Nº 13.951.493-9, Resolución Exenta N° 3077 de 22 de Mayo del 2014 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
17. Dra. Pamela González Contreras Rut Nº 13.050.395-0, Resolución Exenta N° 7403 de 7 de Noviembre del 2014 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.

TERCER HECHO MEDIBLE
Del total de 23 Cirujanos-Dentistas que cumplen funciones permanentes, se encuentran los 23 inscritos en los registros de la Superintendencia de Salud.

CUARTO HECHO MEDIBLE
Del total de 2 Cirujanos - Dentistas que cumplen funciones transitorias, se encuentran los 2 inscritos en los registros de la Superintendencia de Salud.

CARACTERÍSTICA RH 1.1 OBLIGATORIA /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM:1	4° EM:1
Umbral de la característica:≥ 75%	Puntaje total: 4/4	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA RH 1.2 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

RH 1.2 – Primer al veintidós elemento medible: Se constata habilitación de los siguientes estamentos:

Punto de verificación Dirección o Gerencia				
Elemento Medible	N° Personal Prestador	N° Registros SIS	N° Certificados Copias originales	N° No Cumplen
1° Enfermeras permanentes	207	207	0	0
2° Enfermeras transitorias	82	82	0	0
3° Matronas permanentes	72	72	0	0
4° Matronas transitorias	33	33	0	0
5° Tecnólogos Médicos permanentes	63	63	0	0

6° Tecnólogos Médicos transitorios	20	20	0	0
7° Kinesiólogos permanentes	7	7	0	0
8° Kinesiólogos transitorios	23	23	0	0
9° Sicólogos permanentes	12	12	0	0
10° Sicólogos transitorios	NA	NA	0	0
11° Terapeutas Ocupacionales permanentes	2	2	0	0
12° Terapeutas Ocupacionales transitorios	1	1	0	0
13° Nutricionistas permanentes	11	11	0	0
14° Nutricionistas transitorias	8	8	0	0
15° Fonoaudiólogos permanentes	2	2	0	0
16° Fonoaudiólogos transitorios	NA	NA	0	0
17° Químico Farmacéuticos permanentes	17	17	0	0
18° Químico Farmacéuticos transitorios	NA	NA	0	0
19° Bioquímicos permanentes	NA	NA	0	0
20° Bioquímicos transitorios	NA	NA	0	0
21° Técnicos Paramédicos permanentes	485	473	12	0
22° Técnicos Paramédicos transitorios	213	196	17	0

Observaciones: En el punto de verificación Gerencia del Prestador, se solicita a la Dra. Alejandra Muñoz Meynet, Jefe de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP) del Hospital Regional de Antofagasta, el listado de los profesionales de la salud que cumplen funciones permanentes y transitorias en el Hospital; constatando la inscripción como prestadores individuales, a través del sistema informático de la Superintendencia de Salud, de todos ellos; a excepción, de los siguientes Técnicos Paramédicos:

(12) Técnicos Paramédicos Permanentes:

1. Edith Barrientos Garrido, Rut 7.587.212-7
2. Miriam Del Carmen Cortés Zepeda, Rut 7.099.900-5
3. Jessica Elisa Durán Sepúlveda, Rut 16.706.415-9
4. Elba Hortensia Echaiz Araya, Rut 8.108.476-9
5. Katherine Betzabet Flores Contreras, Rut 17.936.321-6
6. Maritza Macarena Andrea Gómez Henríquez, Rut 15.691.694-3
7. Lucia Soledad de la Pena Núñez, Rut 7.957.521-6
8. Blanca Graciela Ramírez Castillo, Rut 7.214.499-6
9. Leslie Katarine Romero Cautín, Rut 15.012.525-1
10. Asturia Carmen Valdés Alfaro, Rut 7.638.632-3
11. Eugenia B Véliz Miranda, 7.162.197-9
12. Elba Mónica Vergara Arzic, Rut 8.989.125-6

(17) Técnicos Paramédicos Transitorios:

1. Claudia Alejandra Ampuero Montenegro, Rut 13.418.831-6
2. Karen Nicole Balcázar Paredes, Rut 18.752.062-2
3. Stephanie Nury Barraza Zúñiga, Rut 16.874.321-1
4. Daniela Franchesca Borbarán Ortiz, Rut 18.014.210-K
5. Makarena Marlenne Carmona Castillo, Rut 17.938.220-2
6. Viviana Edith Carmona Valdebenito, Rut 9.433.338-5
7. Rodrigo Enrique Gómez Arancibia, Rut 17.020.189-2
8. Nancy Angélica Cordero Concha, Rut 10.857.906-4
9. Francis Carolina Honores Leal, Rut 17.437.158-K
10. Jasmina Teresa Monardes Gradin, Rut 18.508.765-4
11. Jose Miguel Núñez Gallo, Rut 19.103.373-6
12. Camila Fernanda Peña Ramos, Rut 19.104.120-8
13. Luis Enrique Ramírez Patiño, Rut 19.214.962-2
14. Michel Vanessa Rojas Muñoz, Rut 17.735.144-K
15. Mitzi Andrea Sagua Gallardo, Rut 16.565.501-K
16. Stephanie Carol Urrelo Saire, Rut 18.792.094-9
17. Natalie Cristina Varela Milla, Rut 16.051.366-7

En los 12 casos precedentes de Técnicos Paramédicos Permanentes, se constatan los certificados debidamente autenticados.

En los 17 casos precedentes de Técnicos Paramédicos Transitorios, se constatan los certificados debidamente autenticados.

El Prestador declara que no cuenta con profesionales Bioquímicos en funciones permanentes. Adicionalmente, declara que no cuenta con los siguientes profesionales en funciones transitorias: Psicólogos, Fonoaudiólogos, Químico Farmacéuticos y Bioquímicos.

CARACTERÍSTICA RH 1.2 OBLIGATORIA /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado por cada elemento medible (1 – 0 – NA)																				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°	19°	20°	21°	22°
1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	NA	1	NA	NA	NA	1	1
Umbral de la característica: ≥ 90%				Puntaje total: 17/17								Porcentaje obtenido: 100%						Cumple: Si		

CARACTERÍSTICA RH 1.3 /HALLAZGOS

RH 1.3 Primer y Segundo elemento medible: Certificados de especialidad médica y odontológica emitidos por entidad competente de acuerdo a la legislación vigente.

Dirección o Gerencia			
Elemento Medible	N° Personal Prestador	N° Especialistas con Registro SIS	N° Especialistas sin Registro SIS
1° EM Médicos especialistas	210	210	0
2° EM Odontólogos especialistas	22	22	0

CARACTERÍSTICA RH 1.3 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2°EM: 1
Umbral de la característica:≥ 50%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA RH 2.1 /HALLAZGOS

RH 2.1 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el programa de inducción, que incluye temas generales relacionados con la seguridad de los pacientes.

Dirección o Gerencia		
Nombre del documento	Programa de Inducción Hospital Clínico Regional de Antofagasta	
N° Resolución:1964 (23 Marzo 2015)	Versión: 02	Fecha:23 Marzo 2015
Elaborado por: Romina Adaos Orrego, Encargada Unidad de Desarrollo Organizacional	Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director Hospital Regional de Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia:	N° páginas:
Breve descripción del contenido del documento: En el alcance se indica que será aplicable a todas las personas que ingresan por primera vez a la institución. En el punto 7 "Descripción del proceso", se incluye un diagrama y la descripción de las actividades, responsabilidades y registros asociados para la "Ley 18.834" y las Leyes "19.664 y 15.076". Para ambos grupos de funcionarios, se consigna el desarrollo de las 4 variables señaladas, en las etapas "Pre-inducción", "Ejecución de la inducción" y la etapa de "Evaluación del proceso de inducción". En la etapa de ejecución, se detallan las actividades y temas a abordar; entre otros: -Presentación General del Hospital Regional de Antofagasta. -Temas de la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente -Temas de la Unidad de Salud del personal -Temas de la Unidad de Prevención de riesgos -Temas IAAS En el punto 7.7.1 se consigna la meta del programa: Al menos el 85% En el punto 7.7.2 se incluye la Mantención general planilla de registro, identificada con el código RG-CAL-2 En el punto 8 "Documentos asociados" se incluyen los siguientes: -RG-CAL-1: El documento contendrá la documentación relacionada a los programas de inducción -RG-CAL-2: Planilla de inducción. En el punto 9, se incluyen los siguientes Anexos: -Anexo 1: Evaluación de inducción subjetiva -Anexo 2: Evaluación de inducción de conocimientos 1 -Anexo 3: Evaluación de inducción de conocimientos 2		

RH 2.1 – Segundo elemento medible: Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de inducción definido institucionalmente en al menos el 85% de los funcionarios que ingresaron a la institución en el último año.

Dirección o Gerencia			
Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con inducción	% Cump. Programa
Médicos y Odontólogos	10	3	30%
Personal de Enfermería (ENF. y TNS)	135	112	82,9%
Otros profesionales	47	39	82,9%
Total	**277**	**212**	**76,5%**
Observaciones: En entrevista con el Director del Hospital, informa a la evaluadora que, en el último año móvil (Noviembre 2014 a Octubre 2015) han ingresado 277 funcionarios y han cumplido el programa de inducción 212. Señala que hay 23 personas retrasadas. De acuerdo a los datos proporcionados, se obtiene un 76,5% de cumplimiento del programa. Dado que el elemento medible, requiere un cumplimiento de, al menos, 85%; se da por no cumplido.			

CARACTERÍSTICA RH 2.1 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2°EM: 0
Umbral de la característica:100%	Puntaje total: 1/2	Porcentaje obtenido: 50%	Cumple: No

CARACTERÍSTICA RH 2.2 /HALLAZGOS

RH 2.2 – Primer elemento medible: Se describe en un documento el programa de orientación que enfatiza en temas relacionados con la seguridad de la atención. El programa considera al menos: médicos, matronas, enfermeras y técnicos paramédicos.

PQ General - PQ Cardiovascular - PQ Gineco- Obst				
Nombre del documento 1	"Programa de orientación laboral de personal que ingresa a trabajar en Pabellón Central"			
Código: PG-PAB-01	Versión: 00	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 10
Elaborado por: EU. Karen Fernández		Aprobado por: Dr. Luis Medina Jefe Pabellón Central		
Nombre del documento 2	"Programa de orientación laboral de personal que ingresa a trabajar en el Pabellón Cardiovascular"			
Código: PG-PCV-01	Versión: 00	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 10
Elaborado por: Raúl Contreras Enfermero Supervisor Pabellón Cardiovascular		Aprobado por: Dr. Javier Labbé Jefe Pabellón Cardiovascular		
Nombre del documento 3	"Programa de orientación laboral"			
Código: PO-SDMT-05	Versión: 01	Fecha elab: Abril 2014	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 9
Elaborado por: MT. Karime Viralta - MT. Dayanna Hernández. Matrona Jefe Servicio Obstetricia y Ginecología		Aprobado por: MT. Sandra Soto V. Subdirectora Matronería		
Considera (Si/No)	1. Médicos: Si	2. Enfermeras: Si	3. Matronas: Si	4. Técnicos: Si
Breve descripción del contenido del documento: Documento 1: "Programa de orientación laboral de personal que ingresa a trabajar en Pabellón Central", contiene objetivo y alcance, incluye a: Médicos, Enfermeros y Técnicos Paramédicos que ingresan a la unidad. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe por estamento las responsabilidades que le corresponden a cada uno. En el punto 4 denominado " Actividades", describe las actividades a realizar, separadas por ítem, incluye: Presentación de la unidad al nuevo funcionario, Información propia al trabajador, Seguridad del personal y de forma explícita, las actividades relacionadas directamente con la Seguridad del paciente, contiene listado de documentos como: Identificación de pacientes, Prevención de caídas, Prevención de úlceras por presión, Prevención de error de medicamentos, Manejo específicos de la unidad, Normas de Control y Prevención de IAAS, Prevención de eventos adversos, entre otros y funcionamiento de la unidad. Describe que se aplicará Pauta de ingreso y se llevará un registro de funcionarios orientados, los cuales están contenidos en el anexo 1 denominado "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a Pabellón Central" y anexo 2 denominado "Formulario de registro de funcionarios orientados en Pabellón Central", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa. Documento 2: "Programa de orientación laboral de personal que ingresa a trabajar en el Pabellón Cardiovascular", contiene objetivo y alcance, incluye a: Médicos, Enfermeros y Técnicos Paramédicos que ingresan a la unidad. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe por estamento las responsabilidades que le corresponden a cada uno. En el punto 4 denominado " Actividades", describe las actividades a realizar por el funcionario que ingresa a la unidad , separadas por ítem, los que incluye: Presentación de la unidad, información propia al trabajador, seguridad del personal, y de forma explícita las actividades relacionadas con la seguridad del paciente, listado de documentos como: Identificación de pacientes, Prevención de caídas, Prevención de úlceras por presión, Prevención de error de medicamentos, Manejo específicos de la unidad, Normas de Control y Prevención de IAAS, Prevención de eventos adversos, entre otros y funcionamiento de la unidad. Describe que se aplicará Pauta de ingreso y se llevará un registro de funcionarios orientados los cuales están contenidos en el anexo 1 denominado "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a Pabellón Cardiovascular" y anexo 2 denominado "Formulario de registro de funcionarios orientados en Pabellón Cardiovascular", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa. Documento 3: "Programa de orientación laboral", de la Unidad de Pabellón Gineco-Obstetricia, contiene objetivo y alcance, describe a todos los funcionarios suplentes, trasladados de otros hospitales o que asumieron un cargo vacante en la unidad asistencial de Neonatología, UPC Neonatal, Unidad asistencial de Obstetricia y Ginecología, Urgencia, partos y Pabellones Gineco-Obstétricos, Consultorios Adosados de Especialidades de la Mujer, centro de dermatología UNACESS, VIH y Sida. En el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe las responsabilidades del Médico Jefe de la unidad asistencial y de la Matrona Supervisora unidades. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso" describe los aspectos generales, como duración variable, entrevista con la Sub directora de Matronería, se iniciará la orientación en el unidad con el Médico Jefe y Matrona Supervisora, quien elaborará el cronograma, designará la matrona tutora, presentación de los funcionarios, visita de la planta física, entrega de los Manuales, Normas, Reglamentos y Programas de la unidad. En el punto 7.1.9 describe que se dejará constancia de la realización del programa de Orientación laboral. En el punto 7.2 denominado "Aspectos específicos" se describe los contenidos mínimos a entregar en el programa como: Programa de Calidad y Seguridad del paciente, de la unidad y normas de prevención y control de IAAS. En el punto 9 denominado "Anexos" incluye Anexo 1: "Cronograma Programa de Orientación laboral", Anexo 2: "Pauta de Chequeo Programa de orientación laboral" y Anexo 3: "Formulario de Registro de funcionarios orientados en la unidad", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.				
UCI ADULTO-TIM MQ- UCI Coronaria				
Nombre del documento 1	"Programa de orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en Unidad de Paciente Crítico Adulto"			
Código: PG-UPCA-02	Versión: 02	Fecha elab: Abril 2015	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 9
Elaborado por: Gloria Moraga Enfermera. Supervisora UPC Adulto Tirsa González Enfermera Supervisora UCI Adulto		Aprobado por: Dra. Jacqueline Blanchard J. Encargada de Unidad de Paciente Crítico Adulto		
Nombre del documento 2	"Programa de orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en UCI Coronaria"			
Código: PG-UCIC-01	Versión: 00	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 10
Elaborado por: Raúl Contreras Enfermero Supervisor Subrogante UCI Coronaria		Aprobado por: Dr. Anthony Cataldo Jefe UCI Coronaria		
Considera (Si/No)	1. Médicos: Si	2. Enfermeras: Si	3. Matronas: N/ A	4. Técnicos: Si
Breve descripción del contenido del documento: Documento 1: "Programa de orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en Unidad de Paciente Crítico Adulto" contiene objetivo y alcance, incluye a todos los funcionarios que realicen atención directa de pacientes, en especial a los Médicos,				

Enfermeros y Técnicos Paramédicos que ingresan a la unidad. En el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe por estamento y cargo las responsabilidades que le corresponden a cada uno de ellos. En el punto 4 denominado " Actividades" describe las actividades a realizarse, separadas por ítem, los que incluye: Presentación de la unidad al nuevo funcionario, información propia al trabajador, Seguridad del personal y de forma explícita, las relacionadas a la Seguridad del paciente, contiene listado de documentos como: Identificación de pacientes, Prevención de caídas, Prevención de úlceras por presión, Prevención de error de medicamentos, Manejo específicos de la unidad, Normas de Control y Prevención de IAAS, Prevención de eventos adversos, entre otros y funcionamiento de la unidad. En el punto 5 denominado "Evaluación del programa" describe que se evaluará el programa en forma anual, con aplicación de pautas al menos al 85% del personal que ingresa a la unidad. En el punto 6 denominado "Anexos" incluye en el Anexo 1, el registro denominado "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a la Unidad de Paciente Crítico Adulto del Hospital Clínico Regional de Antofagasta" y Anexo 2, el registro denominado "Formulario de registro del personal orientado en la Unidad de Paciente Crítico Adulto del Hospital Clínico Regional de Antofagasta", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

Documento 2: "Programa de orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en UCI Coronaria" contiene objetivo y alcance, incluye a todos los funcionarios que realicen labores de atención directa de pacientes, especialmente a Médicos, Enfermeros y Técnicos Paramédicos que ingresan a la unidad. En el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe por estamento y cargo las responsabilidades que le corresponden a cada uno de ellos. En el punto 4 denominado " Actividades" describe las actividades a realizarse separadas por ítem, los que incluye la Presentación de la unidad al nuevo funcionario, información propia al trabajador, seguridad del personal, seguridad al paciente el cual contienen listado de documentos como: Identificación de pacientes, Prevención de caídas, Prevención de úlceras por presión, Prevención de error de medicamentos, Manejo específicos de la unidad, Normas de control y Prevención de IAAS, Prevención de eventos adversos, entre otros y funcionamiento de la unidad. Contiene en el punto 4.2 y 4.3 que esta etapa comienza el primer día de trabajo del funcionario nuevo y que se aplicará pauta de ingreso. En el punto 5 denominado Anexos incluye en el Anexo 1 registro denominado "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a Pabellón Cardiovascular" y Anexo 2 registro denominado "Formulario de registro del personal orientado en Pabellón Cardiovascular". Se describe en anexo 1: "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a UCI Coronaria" y en anexo 2 "Formulario de registros de funcionarios orientados en la UCI Coronaria", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

UPC Ped.

Nombre del documento	"Programa de Orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en Unidad de Paciente Crítico Pediátrico"			
Código: PG-UPCP-02	Versión:01	Fecha elab: Enero 2015	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 10
Elaborado por: EU. Verónica Contreras. Enfermera Supervisora UPC Pediátrico		Aprobado por: Dra. Pamela Schellman. Médico Jefe UPCP		
Considera (Si/No)	1. Médicos: Si	2. Enfermeras: Si	3. Matronas: N/A	4. Técnicos: Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento denominado "Programa de Orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en Unidad de Paciente Crítico Pediátrico", contiene objetivo y alcance, incluye a: Médicos, Enfermeros y Técnicos Paramédicos que ingresan a la unidad. En el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe por estamento, las responsabilidades que le corresponden a cada uno. En el punto 4 denominado " Actividades" describe las actividades a realizar por parte del funcionario, separadas por ítem, los que incluye: Presentación de la unidad, Información propia al trabajador, Seguridad del personal y de forma explícita las actividades relacionadas con la Seguridad del paciente, contiene listado de documentos como: Identificación de pacientes, Prevención de caídas, Prevención de úlceras por presión, Prevención de error de medicamentos, Manejo específicos de la unidad, Normas de Control y Prevención de IAAS, Prevención de eventos adversos, entre otros y Funcionamiento de la unidad. Describe que se aplicará Pauta de ingreso y se llevará un registro de funcionarios orientados, formularios contenidos en el anexo 1: "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico" y en el anexo 2: "Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

UPC Neo- Neo- Obst-gine

Nombre del documento	"Programa de orientación laboral"			
Código: PO-SDMT-05	Versión: 01	Fecha elab: Abril 2014	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 9
Elaborado por: MT. Karime Viralta - MT. Dayanna Hernández Matrona Jefe Servicio Obstetricia y Ginecología		Aprobado por: MT. Sandra Soto V. Subdirectora Matronería		
Considera (Si/No)	1. Médicos: Si	2. Enfermeras: Si	3. Matronas: Si	4. Técnicos: Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento denominado "Programa de orientación laboral", contiene objetivo y alcance, incluye a todos los funcionarios suplentes, trasladados de otros hospitales o que asumieron un cargo vacante en la unidad asistencial de Neonatología, UPC Neonatal, Unidad asistencial de Obstetricia y Ginecología, Urgencia, Partos y Pabellones Gineco- obstétricos, Consultorios Adosados de Especialidades de la Mujer y Centro de dermatología UNACESS, VIH y Sida. En el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe la responsabilidad del Médico Jefe de la unidad asistencial y de la Matrona Supervisora de las unidades. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso" describe los aspectos generales, como: duración, entrevista con la Sub directora de Matronería, inicio de la orientación en el unidad con el Médico Jefe y Matrona supervisora, cronograma, matrona tutora, presentación de los funcionarios, visita de la planta física, entrega de los manuales, normas, reglamentos y programas de la unidad. En el punto 7.1.9 describe que se dejará constancia de la realización del programa de Orientación laboral. En el punto 7.2 denominado "Aspectos específicos" se describe los contenidos mínimos a entregar en el programa como: Programa de Calidad y Seguridad del paciente, de la unidad y Normas de Prevención y Control de IAAS. En el punto 9 denominado "Anexos" incluye en el anexo 1: "Cronograma Programa de Orientación laboral" Anexo 2: "Pauta de Chequeo Programa de orientación laboral" y anexo 3: "Formulario de Registro de funcionarios orientados en la unidad", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

Med – Pensionado Medicina – UAPP

Nombre del documento 1	"Programa de orientación al personal que ingresa al Servicio de Medicina"			
Código: PG-MED-02	Versión:01	Fecha elab: Agosto 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 7
Elaborado por: EU. Mariela Berrios Ardiles		Aprobado por: Dra. Ruth Solís Voisin Médico Jefe Medicina		

Nombre del documento 2	"Procedimiento Programa de Orientación Servicio de Pensionado"			
Código: PG-PENS-01	Versión:01	Fecha elab: Marzo 2014	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 8
Elaborado por: EU. Supervisora Pensionado Mónica González B.			Aprobado por: EU. Sub- Directora de Enfermería Viviana Porcile Navarrete	
Nombre del documento 3	"Programa de Orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en la Unidad de Atención de Pacientes Progresivos"			
Código: PG-UAPP-01	Versión:00	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 10
Elaborado por: Claudia Quintana Enfermera Supervisora UAPP			Aprobado por: Dra. Ruth Solís Jefe Servicio Medicina CR (S) Atención Cerrada	
Considera (Si/No)	1. Médicos: Si	2. Enfermeras: Si	3. Matronas: N/A	4. Técnicos: Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento 1: "Programa de orientación al personal que ingresa al Servicio de Medicina", contiene objetivo y alcance, incluye a todos los funcionarios por suplencia, contrata o titular al servicio de Medicina del HCRA. En el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe el estamento y cargo con las responsabilidades que le corresponde a cada cual, enfermera(o) clínico será responsable de orientar al funcionario que ingrese ya sea Médico, Enfermera (o), Paramédico y Auxiliar. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso" describe por estamento las actividades que le corresponde efectuar, en el caso del Jefe de Servicio Medicina, a los Médicos y la duración de la orientación, Enfermera Supervisora y las actividades a realizar y Enfermera clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar. Las actividades incluyen la entrega de la información contenidas en los Manuales de organización, Programas de IAAS, Calidad, Identificación de pacientes, Prevención de caídas, UPP, Administración segura de medicamentos, Protocolos y Normas del servicio para los estamentos. En el punto 7.9 denominado "Duración orientación personal no médico", para enfermera de una semana, para los Paramédicos una semana diurna y posterior sistema de turno. En el punto 9 denominado "Anexos" incluye Anexo 1, denominado: "Pauta de orientación al ingreso de Medicina", con la cual se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

Documento 2: "Procedimiento Programa de Orientación Servicio de Pensionado", contiene objetivo y alcance, incluye a todos los funcionarios contratados, suplencias, reemplazos y/ o asignados al servicio de pensionado del Hospital Regional de Antofagasta. En el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe el estamento y cargo, con las responsabilidades que le corresponde a cada cual, enfermera(o) clínico será responsable de orientar al funcionario que ingrese ya sea de Enfermería, Paramédico y Auxiliar. En el punto 7 denominado "Descripción del proceso" describe por estamento las actividades que le corresponde efectuar a Jefe de Servicio Medicina, Médicos y la duración de la orientación, Enfermera Supervisora y Enfermera clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar. Las actividades incluyen la entrega de la información contenidas en los Manuales de organización, Programas de IAAS, Calidad, Identificación de pacientes, Prevención de caídas, UPP, Administración segura de medicamentos, Protocolos y Normas del servicio para los estamentos. En el punto 7.6 denominado "Actividades" describe de forma explícita en el ítem de Seguridad del paciente, las actividades a realizar, que incluye: Identificación de paciente, Prevención de caídas, UPP, Error de medicamentos, Criterios de ingreso y egreso de Unidad Crítica, Contención física de pacientes, Sistema de vigilancia de eventos adversos, Prevención de eventos adversos asociados a procesos quirúrgicos y asistenciales, Normas de control de IAAS y Consentimiento informado. En el punto 8 denominado "Duración" describe que será de una semana para todo el personal y con supervisión. En el punto 11 denominado "Pauta de cotejo realización, constancia del Programa de Orientación", describe listado de actividades a realizar y selección dicotómica (SI/NO - N/A), con la cual, se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

Documento 3:"Programa de Orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en la Unidad de Atención de Pacientes Progresivos", contiene objetivo y alcance, incluye: Médicos, Enfermeros y Técnicos Paramédicos que ingresan a la unidad. En el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe por estamento y cargo las responsabilidades que le corresponde a cada cual. En el punto 4 denominado " Actividades" describe las actividades a realizar, separadas por ítem, incluye: Presentación de la unidad al nuevo funcionario, Información propia al trabajador, Seguridad del personal, Seguridad al paciente, contiene listado de documentos como: Identificación de pacientes, Prevención de caídas, Prevención de úlceras por presión, Prevención de error de medicamentos, Manejo específicos de la unidad, Normas de Control y Prevención de IAAS, Prevención de eventos adversos, entre otros y Funcionamiento de la unidad. Contiene en el punto 4.2 y 4.3 la descripción que esta etapa comienza el primer día de trabajo del funcionario nuevo y que se aplicará pauta de ingreso. En el punto 5 denominado "Anexos" incluye en el Anexo 1 registro denominado "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a UAPP" y Anexo 2 registro denominado "Formulario de registro del personal orientado en UAPP", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

Cir. Ad. - Especialidades Quirúrgicas - Pensionado Quirúrgico

Nombre del documento 1	"Programa de orientación Laboral del Personal que ingresa a trabajar en la Unidad de Cirugía "			
Código: PG-CRA-01	Versión:04	Fecha elab: Diciembre 2013	Fecha vigencia:3 años	N° páginas: 8
Elaborado por: EU. Rosa Santander Enfermera Supervisora Servicio Cirugía			Aprobado por: Dr. Alberto Castillo Jefe Servicio de Cirugía	
Nombre del documento 2	"Programa de orientación laboral del personal que ingresa a trabajar al Bloque Médico Quirúrgico Especialidades"			
Código: PG-BMQ-01	Versión: 00	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 10
Elaborado por: EU. Doly Miranda Corrales Enfermera Supervisora Bloque Médico Quirúrgico			Aprobado por: EU. Janis Orellana Encargada de Calidad	
Nombre del documento 3	"Procedimiento Programa de Orientación Servicio de Pensionado"			
Código: PG-PENS-01	Versión:01	Fecha elab: Marzo 2014	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 8
Elaborado por: EU. Supervisora Pensionado Mónica González B.			Aprobado por: EU. Sub- directora de Enfermería Viviana Porcile Navarrete	
Considera (Si/No)	1. Médicos: Si	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: N/A	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento:
Documento 1: "Programa de orientación Laboral del Personal que ingresa a trabajar en la Unidad de Cirugía", contiene objetivo y alcance, incluye a todos los funcionarios contratados, suplencias y/ o asignados al servicio de cirugía del Hospital Regional de Antofagasta. En el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe por estamento y cargo las responsabilidades que les

corresponde a cada cual. En el punto 4 denominado "Indicador", describe la fórmula y umbral de cumplimento del 100% para el indicador. En el punto 8 denominado " Descripción del Proceso", incluye por cargo y estamento las actividades que debe realizar en relación a la orientación del funcionario nuevo, incluye el informar del Programa de IAAS y Calidad, instruir en las normas y protocolos del servicio, funciones administrativas y supervisar destrezas técnicas entre otras. La duración de la orientación para el estamento Médico será de una semana. Para el estamento no médico la orientación tendrá una duración de una semana para Enfermera y una semana diurna y luego turnos, para los Paramédicos. En el punto 9.5.10 describe de forma explícita que se realizará una evaluación del Programa de orientación anual, con una meta de cumplimiento de un 95%. En el punto 11 denominado "Anexos" se incluye, el Anexo 1 "Pauta de supervisión orientación en la Unidad de Cirugía" y Anexo 2 "Test de evaluación personal", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

Documento 2: "Programa de orientación laboral del personal que ingresa a trabajar al Bloque Médico Quirúrgico", contiene objetivos y alcance. En el punto 4 denominado "Actividades" contienen la descripción de las actividades relacionadas con la seguridad del paciente. Incluye Anexo 1 denominado "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos al Bloque Quirúrgico especialidades" y Anexo 2 "Formulario de registro de funcionarios orientados en el Bloque de especialidades", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

Documento 3: "Procedimiento Programa de Orientación Servicio de Pensionado", contiene objetivo y alcance, incluye a todos los funcionarios contratados, suplencias, reemplazos y/ o asignados al servicio de pensionado del Hospital Regional de Antofagasta. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe el estamento y cargo con las responsabilidades que le corresponde a cada cual, la Enfermera(o) clínico será responsable de orientar al funcionario que ingrese ya sea de Enfermería, Paramédico y Auxiliar. En el punto 7 denominado "Descripción del proceso", describe por estamento las actividades que le corresponde efectuar, en el caso del Jefe de Servicio Medicina, Médicos y la duración de la orientación, Enfermera Supervisora y las actividades a realizar y Enfermera clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar. Las actividades incluyen la entrega de la información contenidas en los Manuales de organización, Programas de IAAS, Calidad, Identificación de pacientes, Prevención de caídas, UPP, Administración segura de medicamentos, Protocolos y Normas del servicio para los estamentos. En el punto 7.6 denominado "Actividades", describe de forma explícita en el ítem de Seguridad del paciente, las siguientes actividades: Identificación de paciente, Prevención de caídas, UPP, Error de medicamentos, Criterios de ingreso y egreso de Unidad crítica, Contención física de pacientes, Sistema de vigilancia de eventos adversos, Prevención de eventos adversos asociados a procesos quirúrgicos y asistenciales, Normas de control de IAAS, Consentimiento informado. En el punto 8 denominado "Duración", describe que será una semana para todo el personal y con supervisión. En el punto 11 denominado "Pauta de cotejo realización, constancia del Programa de Orientación", describe listado de actividades a realizar y selección dicotómica (SI/NO -N/A), con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

Ped.

Nombre del documento	"Programa de orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en Pediatría"			
Código: PG-PED-05	Versión:00	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 10
Elaborado por: EU. Elda Laguna. Enfermera Supervisora		Aprobado por: Dr. A. Cárdenas. Médico Jefe Pediatría		
Considera (Si/No)	1. Médicos: Si	2. Enfermeras: Si	3. Matronas: N/A	4. Técnicos: Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento denominado "Programa de orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en Pediatría", contiene 4 objetivos a cumplir y el alcance del Programa, que incluye a todos los funcionarios que realicen atención directa del paciente: Médicos, Enfermeras(os) y Técnicos Paramédicos. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe que el Enfermero Supervisor es responsable de la evaluación y mantención del registro anual del personal, que se le ha aplicado el programa. En el punto 4 denominado "Actividades" contiene un ítem específico denominado "Seguridad del paciente", contiene listado de documentos que están asociados a los procesos de atención. En el punto 4.2 describe el tiempo de inicio y en el 4.3 que se aplicará una Pauta de ingreso de funcionarios nuevos de la unidad. En el punto 5 denominado Anexos incluye el documento "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a Pediatría" y "Formulario de registro del personal en orientación en Pediatría", con los cuales se realizará la evaluación del cumplimiento del programa.

APF

Nombre del documento	"Programa de orientación"			
Código: PG-FAR-02	Versión:02	Fecha elab: Abril 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 9
Elaborado por: Químico Farmacéutico. Sandra Trujillo H.		Aprobado por: QF. Rosana Ramos. Jefe Farmacia		
Considera (Si/No)	1. Médicos: Si	2. Enfermeras: Si	3. Matronas: Si	4. Técnicos: Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento denominado "Programa de orientación", contiene el objetivo del programa de Proporcionar al funcionario la información necesaria para poder asumir las funciones propias de la Unidad de manera que sea segura para el paciente y el alcance, que incluye a todo funcionario contratado, suplencias y/o asignados a la unidad, responsabilidades donde detalla que quien realiza la entrevista y evaluación es el Químico farmacéutico Jefe de Farmacia y que los Químicos farmacéuticos encargados de las diferentes áreas de la unidad educan en las materias básicas propias del trabajo.
En el punto 6 denominado "Descripción del Proceso", describe de forma explícita que el programa se debe aplicar a todos los funcionarios que ingresen a laborar a la unidad. Incluye la información acerca de la planta física de la unidad, información acerca de los accesos y vías de evacuación de la unidad, Plan de evacuación del Hospital Regional de Antofagasta, Alerta azul, Información de los servicios entregados por la unidad de farmacia, Reglas y Procedimientos internos, Beneficios ofrecidos y Relaciones humanas. En el punto 7 denominado registros asociados incluye "Listado de funcionarios que han recibido la orientación al puesto de trabajo en la unidad de farmacia", con el cual se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

APE

Nombre del documento	Programa de Orientación			
Código: PO-EST-01	Versión: 02	Fecha elab: Enero 2014	Fecha vigencia: 6 años	N° páginas: 6
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Paola Rojas L., Jefa Centro Responsabilidad Operaciones		
Considera (Si/No)	1. Médicos: N/A	2. Enfermeras: Si	3. Matronas: N/A	4. Técnicos: Si

Breve descripción del contenido del documento:

En el alcance se consigna que el programa de orientación está dirigido a todos los funcionarios contratados, suplencia y/o asignados a la Unidad. Incluye a los alumnos en práctica y profesionales en perfeccionamiento.
Se establece el objetivo, las responsabilidades y la descripción del proceso.
En el punto 7 se enumeran las actividades que se deben cumplir en la orientación, entre otras:
-Informar de normas básicas de IAAS
-Información relacionada con normas de esterilización
-Informar de equipos de protección personal, uniformes y otros similares

En el punto 8 se incluyen los documentos asociados: Registros de Orientación y Evaluación Funcionarios.

En el Anexo 1 se incluye el formato de la "Pauta de Orientación en Servicio".
En el Anexo 2 se incluye el formulario "Test de evaluación".

APD				
Nombre del documento	Orientación al personal que ingresa a trabajar a la Unidad de Hemodiálisis			
Código: PO-UHD-06	Versión: 01	Fecha elab.: Diciembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 8
Elaborado por: Ana Bacarreza R., Enfermera Supervisora de Diálisis		Aprobado por: Dra. Ruth Solís V., Jefe de Servicio Medicina y Diálisis		
Considera (Si/No)	1. Médicos: Si	2. Enfermeras: Si	3. Matronas: N/A	4. Técnicos: Si

Breve descripción del contenido del documento:
En el alcance se consigna que el programa de orientación está dirigido a todos los funcionarios: médicos, enfermeras y técnicos paramédicos que ingresen a la unidad en calidad de cargos vacantes, suplencia, inducciones y/o estadías de formación.
Se establecen los objetivos, las responsabilidades y la descripción del proceso en el punto 7.
En el punto 7.1 se consigna la información que entregará el Jefe Técnico de Unidad de Diálisis, entre otras:
-Instruir acerca del Manual de Organización y Procedimientos
-Informar del programa IAAS y Metas de Calidad y Seguridad del Paciente
-Instruir acerca de los protocolos y normas de la unidad
En el punto 7.2 se incluye la información que entregará el Médico de la Unidad; se define que éste, orientará al médico que ingresa, entre otros aspectos, respecto a los documentos que debe manejar el profesional para cumplir su función de registros: recetas, órdenes de exámenes e interconsultas.
En el punto 7.4 se consigna la información que entregará la Enfermera Supervisora.
En el punto 7.5 se indica la información que entregará la Enfermera Clínica.
Se especifica la duración de la orientación para los distintos estamentos.
En el Anexo 1 se incluye el formato de la "Pauta de Orientación al ingreso de la Unidad de hemodiálisis", la cual incluye criterios de cumplimiento de aspectos generales y otros en relación a Normas de IAAS y Calidad y Seguridad del Paciente.
En el Anexo 2 se incluye el "Formulario de Registro de Funcionarios Orientados en la Unidad de Hemodiálisis"

APQ Ad. – Infantil				
Nombre del documento 1	"Programa de orientación Laboral del personal que ingresa a trabajar en la Unidad Quimioterapia Adulto"			
Código: PG-APQADUL-01	Versión:02	Fecha elab: Febrero 2014	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 10
Elaborado por: Valeria Gómez Miranda Enfermera Oncología		Aprobado por: Dr. Marjorie Gil. Oncólogo Médico Jefe		
Nombre del documento 2	"Programa de orientación Laboral del personal que ingresa a trabajar en Quimioterapia Infantil"			
Código: PG-QINF-01	Versión: 00	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 10
Elaborado por: Elda Lagunas Milla		Aprobado por: Dr. B. Montenegro. Jefe Médico Quimioterapia Infantil		
Considera (Si/No)	1. Médicos: Si	2. Enfermeras: Si	3. Matronas: N/ A	4. Técnicos: Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento 1: "Programa de orientación Laboral del personal que ingresa a trabajar en la Unidad Quimioterapia Adulto", contiene 4 objetivos a cumplir relacionados a la Calidad y Seguridad de la atención del paciente y el alcance del Programa; el cual está dirigido a todos los funcionarios que realicen atención directa del paciente como: Médicos, Enfermeras(os) y Técnicos Paramédicos. En el punto 4 denominado "Actividades", contiene un ítem específico denominado "Seguridad del paciente", contiene listado de documentos asociados a los procesos de atención, que serán revisados por el funcionario que ingresa a la unidad. En el punto 5 denominado "Evaluación", describe el tiempo de inicio y Evaluación a través de Pauta de evaluación. En el punto 6 denominado "Anexos", incluye el documento "Pauta de evaluación programa de orientación de funcionarios nuevos que ingresan a la Unidad Quimioterapia" y "Formulario de registro del personal en orientación en la Unidad Quimioterapia", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

Documento 2: "Programa de orientación Laboral del personal que ingresa a trabajar en Quimioterapia Infantil", contiene 4 objetivos a cumplir, relacionados a la calidad y seguridad de la atención del paciente y el alcance del Programa, el cual está dirigido a todos los funcionarios que realicen atención directa del paciente como: Médicos, Enfermeras(os) y Técnicos Paramédicos. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe que el Enfermero Supervisor es responsable de la evaluación y mantención del registro anual del personal, al que se le aplica el programa. En el punto 4 denominado "Actividades", contiene un ítem específico denominado "Seguridad del paciente", describe listado de documentos asociados a los procesos de atención, los que serán revisados por el personal que ingresa a la Unidad. En el punto 4.2 describe el tiempo de inicio y en el 4.3 la forma de evaluación con Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a la unidad. En el punto 5 denominado "Anexos", incluye el documento "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a Quimioterapia Infantil" y "Formulario de registro del personal en orientación en Quimioterapia Infantil", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

RH 2.2 – Segundo elemento medible: Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de orientación establecido en al menos 85% de los funcionarios que ingresaron a la unidad en el último año.

PQ General - PQ Cardiovascular - PQ Gineco- Obst			
Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa

Personal Médico	5	5	100%
Personal no Médico	13	13	100%
Total	**18**	**18**	**100%**

Observaciones:
Pabellón Central: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 0 Enfermeros, 5 Técnicos Paramédicos y 5 Médicos Anestesistas durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a Pabellón Central" de los 5 Técnicos Paramédicos y de los 5 Médicos Anestesistas, más registro de "Formulario de registro de funcionarios orientados en Pabellón Central", con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.
Pabellón Gineco- Obstétrico: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 2 Matronas, 6 Técnicos Paramédicos y 0 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de chequeo programa de orientación laboral" para los 2 Matrones y los 6 Técnicos Paramédicos, más el registro de "Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad RG-SDMT-03", con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.
Pabellón Cardiovascular: Prestador declara que no tener funcionarios nuevos en la unidad durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata existencia de "Certificado" firmado por Jefatura Médica y de Enfermería que describe no tener ningún funcionario ingresado a la Unidad en el periodo Noviembre 2014 a Octubre 2015.

UCI ADULTO-TIM MQ- UCI Coronaria

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	4	4	100%
Personal no Médico	37	29	78,3%
Total	**41**	**33**	**80,48%**

Observaciones:
UCI Adulto: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 1 Enfermera, 10 Técnicos Paramédicos y 1 Médico, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de " Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a la Unidad de Paciente Crítico Adulto del Hospital Clínico Regional de Antofagasta", para 1 enfermera, 10 Técnicos de enfermería y 1 médico, más registro de "Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad de Pacientes críticos adultos del Hospital Clínico Regional de Antofagasta", con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.
TIM MQ: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 2 Enfermeras, 15 Técnicos Paramédicos y 0 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de " Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a la Unidad de Paciente Crítico Adulto del Hospital Clínico Regional de Antofagasta", para 2 Enfermeras , 7 Técnicos Paramédicos, más registro de " Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad de Pacientes críticos adultos del Hospital Clínico Regional de Antofagasta", con un cumplimiento del 60% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado según lo definido en el Programa de Orientación.
UCI Coronaria: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 0 Enfermeros, 9 TENS, 3 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a UCI Coronaria", para los 9 TENS y los 3 Médicos, más registro de "Formulario de registro de funcionarios orientados en la UCI Coronaria", con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.

UPC Ped.

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	3	3	100%
Personal no Médico	8	8	100%
Total	**11**	**11**	**100%**

Observaciones: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 5 Enfermeras, 3 Técnicos Paramédicos y 3 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia de los registros de "Programa de Orientación Normativas IAAS" y "Programa de orientación Procedimientos de Calidad", para 1 Enfermera orientada en el mes de noviembre 2014. Registro de "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico", para las 4 Enfermeras, 3 Técnicos de Enfermería y 3 Médicos, orientados en el período 2015 y el registro "Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico", con un cumplimiento del 100% del personal orientado en el período constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.

UPC Neo

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	0	0	-
Personal no Médico	7	7	100%
Total	**7**	**7**	**100%**

Observaciones: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 3 Matronas y 4 Técnicos Paramédicos y 0 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de Chequeo Programa de Orientación laboral RG-SDMT-02", para los 3 Matronas y los 4 Técnicos Paramédicos, más registro de " Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad RG-SDMT-03", con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.

Med – Pensionado Medicina – UAPP

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	7	7	100%
Personal no Médico	25	21	84%
Total	**32**	**28**	**87,5%**

Observaciones:
Medicina: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 3 Enfermeras, 10 TENS y 7 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de orientación al Ingreso de Medicina" para 2

Enfermeras, 9 TENS y los 7 Médicos, con un cumplimiento del 90% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.
Pensionado Medicina: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 2 Enfermeras, 1 TENS y 0 Médicos durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de cotejo realización, constancia del Programa de orientación", para las 2 Enfermeras y 1 TENS, con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.
UAPP: Prestador declara que han ingresado a la unidad 6 Enfermeras, 3 TENS y 0 Médicos durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a UAPP" para las 6 Enfermeras y 3 TENS, más "Formulario de registro de funcionarios orientados en UAPP", para 6 Enfermeros y 1 Técnico Paramédico que ingresaron a la unidad, con un cumplimiento del 78% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.

Cir. Ad. - Especialidades Quirúrgicas - Pensionado Quirúrgico

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	1	1	100%
Personal no Médico	36	36	100%
Total	**37**	**37**	**100%**

Observaciones:
Cirugía adulto: Prestador declara que han ingresado a la unidad 9 Enfermeras, 12 TENS y 1 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Test de evaluación Programa de orientación unidad de Cirugía Hospital Regional Antofagasta" y "Pauta de supervisión Programa de orientación Unidad de Cirugía Hospital Regional Antofagasta" para 9 Enfermeras, 12 TENS y 1 Médico, con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.
Especialidades quirúrgicas: Prestador declara que han ingresado a la unidad 3 Enfermeras, 9 TENS y 0 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a BMQ" y "Formulario de registro de funcionarios orientados en BMQ" para las 3 Enfermeras y 9 TENS, con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.
Pensionado Quirúrgico: Prestador declara que han ingresado a la unidad 2 Enfermeras, 1 TENS y 0 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de cotejo realización, constancia del Programa de orientación" para las 2 Enfermeras y 1 TENS, con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.

Ped.

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	2	2	100%
Personal no Médico	16	16	100%
Total	**18**	**18**	**100%**

Observaciones: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 7 Enfermeras, 9 TENS y 2 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a Pediatría" y "Formulario de registro del personal en orientación en Pediatría" para las 7 Enfermeras, 9 TENS y 2 Médicos, con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.

Neo

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	0	0	-
Personal no Médico	6	6	100%
Total	**6**	**6**	**100%**

Observaciones: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 0 Matronas , 6 Técnicos Paramédicos y 0 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de " Pauta de Chequeo Programa de Orientación laboral RG-SDMT-02", para los 6 Técnicos Paramédicos, más registro de "Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad RG-SDMT-03", con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.

Obst-gine

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	0	0	-
Personal no Médico	19	10	52,6%
Total	**19**	**10**	**52,6%**

Observaciones: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 4 Matronas , 15 Técnicos Paramédicos y 0 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de Chequeo Programa de Orientación laboral RG-SDMT-02" , para 3 Matrones y 7 Técnicos Paramédicos, más registro de "Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad RG-SDMT-03", para 4 Matrones y 14 Técnicos Paramédicos, con un cumplimiento del 52,6% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.

APF

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	0	0	-
Personal no Médico	2	2	100%
Total	**2**	**2**	**100%**

Observaciones: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 2 Químicos Farmacéuticos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Listado de funcionarios que han recibido la orientación al puesto de trabajo en la unidad de farmacia" para los dos Químicos Farmacéuticos, con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.

APE

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	0	0	0
Personal no Médico	5	5	100%
Total	**5**	**5**	**100%**
Observaciones: La responsable del servicio declara que han ingresado 5 técnicos paramédicos. Se constata la documentación de las orientaciones realizadas, según el procedimiento institucional.			
APD			
Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	0	0	N/A
Personal no Médico	6	6	100%
Total	**6**	**6**	**100%**
Observaciones: La responsable del servicio declara que han ingresado 3 enfermeras, 3 TENS y 1 empleado de servicio. Se constata la documentación de las orientaciones realizadas, según el procedimiento institucional.			
APQ Ad. – Infantil			
Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	1	1	100%
Personal no Médico	6	6	100%
Total	**7**	**7**	**100%**
Observaciones: APQ Adulto: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 0 Enfermeras, 3 Técnicos Paramédicos y 0 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de " Pauta de evaluación Programa de orientación de funcionarios nuevos que ingresan a la Unidad Quimioterapia" para los 3 Técnicos Paramédicos, más registro en el "Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad Quimioterapia", con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo 2015, según lo definido en el Programa de Orientación. APQ Infantil: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 2 Enfermeras, 1 TENS y 1 Médico durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a Quimioterapia Infantil", para las 2 Enfermeras, 1 TENS y 1 Médicos, más registros en el "Formulario de registro del personal en orientación en Quimioterapia Infantil", con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación, más " Certificado" firmado por Jefa de Administración del Personal que certifica que, durante el periodo consultado para el año 2014, no contó con nuevos ingresos de personal.			

CARACTERÍSTICA RH 2.2 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	PQ	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med.	Cir. Ad.	Ped.	Neo	Obst-gine	APF	APE	APD	APQ
1° EM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2° EM	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
Umbral de la característica:≥ 75%				Puntaje total:24/26		Porcentaje obtenido: 92%				Cumple: Si			

CARACTERÍSTICA RH 3.1 /HALLAZGOS

RH 3.1 – Primer elemento medible: Se describe un documento con el programa de capacitación anual el que incluye temas relacionados con prevención y control de infecciones y reanimación cardiopulmonar.

Dirección o Gerencia		
Nombre del documento	"Programa de Capacitación Hospital Regional Antofagasta"	
N° Resolución:8767 Código: PG-CAP-01	Versión:02	Fecha Resolución: 3 Noviembre 2015 Fecha documento: Septiembre 2015
Elaborado por: Sr. Bladimir Castillo Rivadera, Encargado Unidad de Capacitación CR de las personas	Aprobado por: Sr. Juan Urrutia Reyes Director (T y P) Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia:5 años	N° páginas:11
Considera (Si/No)	1. Prevención y control de infecciones: Si	2. Reanimación cardiopulmonar: Si
Breve descripción del contenido del documento: Documento actualizado, de carácter institucional denominado "Programa de Capacitación Hospital Regional Antofagasta", contiene el objetivo principal del Programa, orientado a "Lograr que los funcionarios adquieran y actualicen conocimiento y desarrollo de habilidades". Incluye, entre otros temas: Reanimación Cardiopulmonar y Control y Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. En el punto denominado "Alcances", incluye de forma explícita, a los funcionarios pertenecientes al Hospital de la Ley 18.834 y 19.664. En el punto 3 denominado "Responsables", describe las acciones a realizar por parte del Encargado de la Unidad de Capacitación, quien coordinará al comité de capacitación y planificará el Programa anual de capacitación, las responsabilidades del Comité Bipartito de Capacitación, Jefe CR desarrollo de las personas, Jefes de Unidades Clínicas, administrativas y de Apoyo, Supervisores de Unidades clínicas, Administrativas y de Apoyo y los funcionarios quienes deben asistir a las actividades de capacitación. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", describe las etapas desde la presentación de Proyectos, selección de los proyectos, aprobación, ejecución hasta el envío por parte del ejecutor de la actividad de la asistencia, notas y evaluación de satisfacción a la Unidad de Capacitación para el ingreso al sistema de capacitación y cierre académico en el sistema informático SIRH. En el punto 7.2 denominado "Meta", describe el porcentaje a cumplir para el logro de la meta sanitaria del 50% de los funcionarios que asisten a las actividades realizadas a los lineamientos estratégicos 1, 2, 3 y 4. Cada año se capacitará al 20% de la dotación total, con un plazo de 5 años para el 100% de la dotación de cada unidad en temas de Reanimación Cardiopulmonar e IAAS. En el punto 7.3 denominado "Evaluación", describe que los resultados de las capacitaciones serán analizados, con evaluación semestral del Programa Anual de Capacitación, a través de un Informe de Gestión, el cual será preparado por el Encargado de Capacitación, revisado por el Jefe de CR de Desarrollo de las personas, Aprobado por el Director,		

informado a los Comité Bipartito de Capacitación de la Ley 18.834 y 19.664 y terminando con la entrega del informe a las unidades clínicas con los % de funcionarios capacitados en temas de IAAS y Reanimación cardiopulmonar.
Observaciones: Prestador presenta Documento versión 01, de Junio 2013, denominado "Programa de Capacitación Hospital Regional Antofagasta".

RH 3.1 – Segundo elemento medible: La cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas asegura que el personal reciba una actualización al menos cada 5 años en estos temas.

PQ General - PQ Cardiovascular - PQ Gineco- Obst
Descripción de la cobertura y periodicidad: Punto de verificación incluye Pabellón Central, Pabellón Gineco- Obstétrico y Pabellón Cardiovascular. Pabellón Central: Prestador presenta Memorándum N° 400, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, con Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP, cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 41; con una cobertura del 64,1% y diferencia 23. Capacitados en RCP: 41; con una cobertura del 64,1% y diferencia 23. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 1, con una cobertura del 8% y diferencia 12, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 13. En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 52% de capacitación en IAAS y un 42% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible. Pabellón Gineco – Obstétrico: Prestador presenta Memorándum N° 401, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 42; con una cobertura del 70% y diferencia 18. Capacitados en RCP 34; con una cobertura del 56,67% y diferencia 26. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 0, con una cobertura del 0% y diferencia 9, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 9. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido Diciembre 2014, que contiene listado de profesionales Ley 19.664. Prestador declara que no se encuentran médicos de la unidad que hayan realizado curso de IAAS en listado del documento. En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 55% de capacitación en IAAS y un 39% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible. Pabellón Cardiovascular: Prestador presenta Memorándum N° 399, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 2; con una cobertura del 33,3% y diferencia 4. Capacitados en RCP: 3; con una cobertura del 50% y diferencia 3. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 0, con una cobertura del 0% y diferencia 16, curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% y una diferencia de 16. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido en Diciembre 2014, que contiene listado de profesionales Ley 19.664. El Prestador declara que no se encuentran médicos de la unidad que hayan realizado curso de IAAS, en el listado del documento. En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2013 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 9% de capacitación en IAAS y un 14% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible. Se constata los registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.
Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.
UCI ADULTO-TIM MQ- UCI Coronaria
Descripción de la cobertura y periodicidad: UCI Adulto: Prestador presenta Memorándum N° 406, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 26; con una cobertura del 52% y diferencia 24. Capacitados en RCP: 27; con una cobertura del 54% y diferencia 23. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 2, con una cobertura del 11% y diferencia 17, Curso de RCP: 2 funcionarios capacitados, con una cobertura del 11% con una diferencia de 17. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido en diciembre 2014, que contiene listado de profesionales Ley 19.664. El Prestador declara que se encuentran 2 Médicos de la unidad que realizaron curso de IAAS en el listado del documento; se constata que están incluidos en la nómina anterior. En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 32% de capacitación en IAAS y un 36% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible. TIM MQ: Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 26; con una

cobertura del 44,83% y diferencia 32. Capacitados en RCP 35; con una cobertura del 60,34% y diferencia 23. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 2, con una cobertura del 17% y diferencia 10, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 12. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido diciembre 2014 que contiene listado de profesionales Ley 19.664 , prestador declara que se encuentran 3 Médicos de la unidad que realizaron curso de IAAS en el listado del documento.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 36% de capacitación en IAAS y un 43% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
UCI Coronaria: Prestador presenta Memorándum N° 407, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 20; con una cobertura del 60,6% y diferencia 13. Capacitados en RCP 17; con una cobertura del 51,5% y diferencia 16. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 0, con una cobertura del 0% y diferencia 9, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 9. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido en Diciembre 2014 que contiene listado de profesionales Ley 19.664 , prestador declara que no se encuentran Médicos de la unidad que hayan realizado curso de IAAS, en el listado del documento. Se constata que están incluidos en nómina anterior.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2013 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 43% de capacitación en IAAS y un 31% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

UPC Ped.

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Prestador presenta Memorándum N° 410, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 27; con una cobertura del 69,2% y diferencia 12. Capacitados en RCP: 26; con una cobertura del 66,7% y diferencia 13. Presenta segundo documento denominado "Certificado", emitido en Diciembre 2014 que contiene listado de profesionales Ley 19.664 , prestador declara que no se encuentran médicos de la unidad que hayan realizado curso de IAAS, en el listado del documento. Presenta tercer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 0, con una cobertura del 0% y diferencia 5, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% y diferencia de 5.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2013 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 48% de capacitación en IAAS y un 30% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

UPC Neo

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 34; con una cobertura del 68% y diferencia 16. Capacitados en RCP 40; con una cobertura del 80% y diferencia 10. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 2, con una cobertura del 25% y diferencia 6, con curso de RCP: 7 funcionarios capacitados, con una cobertura del 88% con una diferencia de 1. Presenta tercer documento denominado " Certificado", emitido en diciembre 2014, que contiene listado de profesionales Ley 19.664 , prestador declara que se encuentran 2 Médicos de la unidad que realizaron curso de IAAS, en el listado del documento. Se constata que nombres están incluidos en la nómina anterior.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 55% de capacitación en IAAS y un 74% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

Med – Pensionado Medicina – UAPP

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Medicina: Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los

funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 25; con una cobertura del 64,1% y diferencia 14. Capacitados en RCP 27; con una cobertura del 69,2% y diferencia 12. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 1, con una cobertura del 7,7% y diferencia 12, con curso de RCP: 2 funcionarios capacitados, con una cobertura del 15,4% con una diferencia de 11. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido en Diciembre 2014, que contiene listado de profesionales Ley 19.664, prestador declara que se encuentra 1 Médico de la unidad que realizó curso de IAAS, en el listado del documento, se constata que nombre está incluido en la nómina anterior.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 48% de capacitación en IAAS y un 33% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Pensionado: Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 13; con una cobertura del 76,5% y diferencia 4. Capacitados en RCP 15; con una cobertura del 88,2% y diferencia 2. Declara no tener Médicos en la unidad.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 71% de capacitación en IAAS y un 65% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
UAPP: Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 7; con una cobertura del 54% y diferencia 6. Capacitados en RCP: 8; con una cobertura del 62% y diferencia 5.Declara que los Médicos que van a la unidad son de otras unidades clínicas.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 28,5% de capacitación en IAAS y un 33% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

Cir. Ad. - Especialidades Quirúrgicas - Pensionado Quirúrgico

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Cirugía: Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 14; con una cobertura del 34% y diferencia 27. Capacitados en RCP 21; con una cobertura del 51% y diferencia 20. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 1, porcentaje 6% y diferencia 15, con curso de RCP: 1 funcionario capacitado, con una cobertura del 6% con una diferencia de 15. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido en diciembre 2014, que contiene listado de profesionales Ley 19.664, prestador declara que se encuentra 1 Médico de la unidad que realizó curso de IAAS, en listado de documento, se constata que nombre está incluido en la nómina anterior.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2013 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 21% de capacitación en IAAS y un 21% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Especialidades Quirúrgicas: Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 35; con una cobertura del 80% y diferencia 9. Capacitados en RCP 32; con una cobertura del 73% y diferencia 12. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 0, con una cobertura del 0% y diferencia 26, con curso de RCP: 0 funcionario capacitado, con una cobertura del 0% con una diferencia de 26.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2013 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 17% de capacitación en IAAS y un 14,5% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Pensionado Quirúrgico: Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 13; con una cobertura del 76,5% y diferencia 4. Capacitados en RCP 15; con una cobertura del 88,2% y diferencia 2. Declara no tener Médicos en la unidad.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 71% de capacitación en IAAS y un 65% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del

Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

Cir. Inf.

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 5; con una cobertura del 83,3% y diferencia 1. Capacitados en RCP: 5; con una cobertura del 83,3% y diferencia 1. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 1, con una cobertura del 17% y diferencia 5, con curso de RCP: 0 funcionario capacitado, con una cobertura del 0% con una diferencia de 6. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido en Diciembre 2014, que contiene listado de profesionales Ley 19.664 , prestador declara que no se encuentran Médicos de la unidad que hayan realizado curso de IAAS en el listado del documento.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2013 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 50% de capacitación en IAAS y un 42% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

Ped.

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 30; con una cobertura del 75% y diferencia 10. Capacitados en RCP 21; con una cobertura del 53% y diferencia 19. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH 3, con una cobertura del 19% y diferencia 13, con curso de RCP: 0 funcionario capacitado , con una cobertura del 0% con una diferencia de 16. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido en Diciembre 2014 que contiene listado de profesionales Ley 19.664 , prestador declara que se encuentran 2 Médicos de la unidad que realizaron curso de IAAS en el listado del documento, se constata que nombres están incluidos en nómina anterior.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 57% de capacitación en IAAS y un 25% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

Neo

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 9; con una cobertura del 56,3% y diferencia 7. Capacitados en RCP 12; con una cobertura del 75% y diferencia 4. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 2, con una cobertura del 25% y diferencia 6, con curso de RCP: 7 funcionarios capacitados, con una cobertura del 88% con una diferencia de 1. Declara que en la unidad no hay Médicos residentes y que solo corresponde un Médico a la unidad, que se encuentra en el listado de capacitación de IHH y RCP, con una cobertura del 100% para el estamento Médico.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 44% de capacitación en IAAS y un 44% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

Obst-gine

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Prestador presenta Memorándum N° 397, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 15; con una cobertura del 42% y diferencia 21. Capacitados en RCP 20; con una cobertura del 56% y diferencia 16. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 0, con una cobertura del 0% y diferencia 18, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 18. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido

en Diciembre 2014, contiene listado de profesionales Ley 19.664, prestador declara que no se encuentran Médicos de la unidad que hayan realizado curso de IAAS, en el listado del documento.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 26% de capacitación en IAAS y un 31% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

APD

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 6; con una cobertura del 43% y diferencia 8. Capacitados en RCP 10; con una cobertura del 71,4% y diferencia 4. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 1, con una cobertura del 100% y diferencia 0, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 1.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 33% de capacitación en IAAS y un 60% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

APQ Ad – Infantil

Descripción de la cobertura y periodicidad:
APQ Adulto: Prestador presenta Memorándum N° 582, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 7; con una cobertura del 88% y diferencia 1. Capacitados en RCP: 6; con una cobertura del 75% y diferencia 2.Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 0, con una cobertura del 0% y diferencia 7, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 7. El Prestador declara que los Médicos que atienden en la unidad son del COA.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 47% de capacitación en IAAS y un 40% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
APQ Infantil: Prestador presenta Memorándum N° 398, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 3; con una cobertura del 75% y diferencia 1. Capacitados en RCP: 1; con una cobertura del 25% y diferencia 3. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 1, con una cobertura del 50% y diferencia 1, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 2.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 67% de capacitación en IAAS y un 17% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

API

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 8; con una cobertura del 44% y diferencia 10. Capacitados en RCP 13; con una cobertura del 72% y diferencia 5. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 0, con una cobertura del 0% y diferencia 10, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 10.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 29% de capacitación en IAAS y un 36% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.

Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

Dental

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 6; con una cobertura del 21,4% y diferencia 22. Capacitados en RCP: 21; con una cobertura del 75% y diferencia 7. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 5, con una cobertura del 25% y diferencia 15, con curso de RCP: 15 funcionarios capacitados, con una cobertura del 75% con una diferencia de 5. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido en Diciembre 2014 que contiene listado de profesionales Ley 19.664. El Prestador declara que se encuentra un Médico Odontólogo de la unidad que realizó curso de IAAS, en el listado del documento, se constata que nombre está incluido en nómina anterior.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 13% de capacitación en IAAS y un 71% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

URG ADULTO-URG PED – URG Gineco- Obstétrica

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Urgencia Adulto- Pediátrica: Prestador presenta Memorándum N° 404, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 9; con una cobertura del 10% y diferencia 77. Capacitados en RCP: 26; con una cobertura del 30% y diferencia 60. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 2, con una cobertura del 3% y diferencia 62, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 64. Prestador presenta un tercer documento MEMO N° 347, emitido en Agosto 03 de 2015, contiene Nómina de Médicos Pediatras y Adultos con información de PALS y ATLS –ACLS vencidos.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 9,5% de capacitación en IAAS y un 16% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Urgencia Gineco- Obstétrica: Prestador presenta Memorándum N° 584, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 42; con una cobertura del 70% y diferencia 18. Capacitados en RCP: 34; con una cobertura del 57% y diferencia 26.Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 0, con una cobertura del 0% y diferencia 20, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 20.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 49% de capacitación en IAAS y un 34% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

CARACTERÍSTICA RH 3.1 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	Direc ción	PQ	UPC Ad.	UPC Ped	UPC Neo	Med	Cir. Ad.	Cir. Inf.	Ped	Neo	Obst-gine	APD	APQ	API	Dent al	URG
1° EM	1															
2° EM		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Umbral de la característica: ≥ 50%		Puntaje total: 1/16				Porcentaje obtenido: 6,3%							Cumple: No			

CARACTERÍSTICA RH 4.1 /HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué?
APR: Prestador declara no realizar dichas prestaciones en sus dependencias.

RH 4.1 – Primer elemento medible: Se ha designado responsable institucional del programa de salud laboral.

Dirección o Gerencia			
Documento que designa encargado salud laboral: Resolución Exenta N° 0811			
Fecha elab:28 de Enero 2015	Fecha vigencia: 5 años	Aprobado por: Marcelo Flores Varas, Director (S) Hospital Regional Antofagasta	
Encargado: " Encargado de la Unidad de Prevención de Riesgos y Salud Ambiental"		N° horas asignadas: No	Define funciones: No
Observaciones: La Resolución N° 0811 no incluye información del N° de Horas asignadas para el Encargado de la Unidad de Prevención de Riesgos y Salud Ambiental", ni las funciones explícitas a realizar. El documento no explicita que al profesional se le ha designado como responsable institucional del Programa de Salud Laboral. Se da por no cumplido el elemento medible.			

RH 4.1 – Segundo elemento medible: Se describe en documento de carácter institucional el programa de control de riesgos que contempla acciones relacionadas con:

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento	"Programa de Control de Riesgo a Exposiciones "		
N° Resolución: 4077 Código: PG-USP-03	Versión:03	Fecha Resolución: 13 Marzo 2014 Fecha Documento: Noviembre 2013	
Elaborado por: Michaell Cárdenas G. Prevencionista de Riesgos	Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall Director Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia:5 años	N° páginas:18	
Contempla (si/No)	Controles de dosimetría en Imagenología, Hemodinamia y RT: Si	Examen de salud en personal que manipula y administra QMT: Si	Exposición a gases en Esterilización y Anatomía Patológica: Si

Breve descripción del contenido del documento:
En el punto 1 se incluye el "Objetivo": "Establecer las medidas preventivas relacionadas con los riesgos ocupacionales a que están expuestos los funcionarios y que pueden generar enfermedades profesionales".
En el punto 2 denominado "Alcance", explicita que el programa se encuentra dirigido a los funcionarios expuestos a los agentes químicos y físicos, del Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta.
En el punto 3 denominado "Responsabilidades", menciona las actividades a realizar por el Prevencionista de Riesgos, como: Identificación de agentes de riesgos en base al D.S. 594 y el Control de los agentes de riesgos.
En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", incluye en el punto 7.1 denominado "Control de Riesgo relacionado con agentes químicos: exposición gases":
-En la Tabla 1: "Agentes químicos con riesgos conocidos utilizados en el establecimiento", según normativa vigente de Óxido de Etileno y Formaldehido.
-En la Tabla 2: "Evaluación de las concentraciones de los agentes químicos presentes en el ambiente laboral", describe que en el caso de Bajo Riesgo, el criterio de evaluación es que no procede la aplicación de medidas de control específicas, correspondiendo una próxima evaluación máximo 3 años para agentes químicos y agentes físicos. En el caso de Mediano Riesgo, el criterio de evaluación es que se entregarán recomendaciones y medidas técnicas y/o ingenieriles de control que sean necesarias de implementar, se elaborará una nómina de los trabajadores para ser ingresados al Programa de Vigilancia Médica de Enfermedades Profesionales (PROVIMED) de carácter preventivo. En caso de Riesgo Alto, el criterio de evaluación es que se entregarán recomendaciones o medidas técnicas y/o ingenieriles de control que sean necesarias de implementar, se elaborará una nómina de los trabajadores para ser ingresados al PROVIMED.
En el punto 7.1.3 incluye que se solicitarán reevaluaciones en caso de cambios en el proceso de utilización del agente, cambios estructurales en el área o del agente y cambios en el equipo de extracción o inyección de aire.

En el punto 7.2 denominado "Control de riesgo relacionado con agentes químicos: exposición a citostáticos", describe que "la evaluación cuantitativa de los citostáticos no se encuentra establecida en el DS N° 594, por lo que el control de exposición a seguir en relación a los agentes citostáticos es el establecido por la Asociación Chilena de Seguridad. Incluye en la Tabla 4 las Unidades en las cuales se manipulan agentes citostáticos de manera regular: Sala de mezcla (Unidad de Farmacia), Oncología Adulto Hospitalizado y Oncología Pediátrica. En el Punto 7.2.1 denominado "Aplicación de Lista de Chequeo de Evaluaciones de Citostáticos", incluye los siguientes aspectos: Condiciones de preparación, Evaluación de equipos de protección personal, Almacenamiento de los citostáticos y Medidas de eliminación. En el punto 7.2.2 denominado "Periodicidad de aplicación de la lista de chequeo", éstas se realizarán una vez al año, extraordinariamente si hay cambios en los procesos o estructurales.

En el punto 7.3 denominado "Control de riesgo relacionado con agentes físicos. Radiaciones ionizantes", describe en la Tabla 5 un Listado de "Unidades con personal expuesto a radiaciones ionizantes y características de la fuente generadora".
En el punto 7.3.1.1 denominado "Vigilancia y control radiológico personal", describe que ésta se llevará a cabo a través de control dosimétrico permanente a todos los funcionarios expuestos de las unidades de la Tabla 5. Los dosímetros serán enviados cada 3 meses a la Comisión Chilena de Energía Nuclear (CCHEN). Los resultados serán enviados a la Oficial de Protección Radiológica y Prevención de Riesgos del Hospital, quien cada 3 meses emitirá un informe con los resultados y novedades al Departamento de Prevención de Riesgos del Hospital. En caso de alerta de dosis significativa en dosímetro la CCHEN emitirá un correo con la información.
En el punto 7.3.1.3 denominado "Pasos a seguir ante una lectura dosimétrica por sobre lo permitido", se indica que se realizará una investigación de las causales de la lectura elevada. Los resultados serán emitidos al Departamento de Dosimetría de la CCHEN con copia al Departamento de Riesgos del Hospital. En caso que la investigación determine que la lectura elevada es producto de fugas, se derivará al funcionario a la ACHS para control y seguimiento médico.

En el punto 7.5 denominado "Programa de vigilancia médica de las exposiciones ocupacionales otorgado por el administrador de salud (ACHS), describe en la Tabla 8, que en caso de agentes químicos como: Óxido de Etileno, Formaldehido y Citostáticos, el examen de pesquisa será control médico según Protocolo ACHS más hemograma c/ Rcto de plaquetas anual, más encuestas de síntomas respiratorios cada 2 años y más hemograma anual, respectivamente. En la Tabla 9 describe el caso de agentes físicos; Radiaciones ionizantes, se vigilará con el examen de pesquisa de Dosimetría y vigilancia trimestral.

RH 4.1 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de acuerdo a lo establecido.

API

Describa la verificación de la ejecución del programa:
Prestador presenta registros de control de dosimetría realizados por la Comisión Chilena de Energía Nuclear bimensual de los funcionarios expuestos de las Unidades de Pabellón Cirugía, Pabellón de Cardiología, Hemodinamia, Policlínico Dental e Imagenología.
Presenta libro de registro "Libreta de Correspondencia" N° 181, contiene la fecha y número de informes de resultados de los Dosímetros, enviados a las unidades donde se encuentran los expuestos.
Presenta un segundo libro "Actas", contiene listado del personal por unidad de expuestos con el número de dosímetro que le corresponde a cada funcionario, describe si es de uso externo o anillo dosimétrico, fecha del recambio y firma.
Se tiene a la vista "Informes dosimétricos" de evaluaciones bimestrales, emitidos el 10 y 20 de Agosto, 9 y 27 de Octubre 2015, con el Nombre del funcionario expuesto, número de Dosímetro, dosis del periodo, de 12 meses acumulados y de 5 años de las Unidades de Pabellón Cirugía, Pabellón de Cardiología, Hemodinamia, Policlínico Dental e Imagenología, en donde se desempeña la Encargada de Protección Radiológica y Ambiental del Hospital. Se constatan resultados de dosimetría sobre los límites de dosis permitidos, prestador presenta documento ORD N° 01894 emitido el 6 de Noviembre 2015, Jefe del Departamento Salud Ocupacional del Hospital informa al Director del Hospital situación de dosis significativas en trabajadores del Hospital, con listado de funcionarios y resultados de dosis del periodo 08/07 a 08/09 2015, solicita realizar las gestiones para determinar las posibles causas. Presenta correo de Ing. en Prevención de Riesgos de la Unidad de Salud del Personal del Hospital a Oficial encargada del Hospital solicitando ingreso de los funcionarios con dosis significativas a la vigilancia médica y generar las órdenes de los exámenes, más correo de reunión con Asociación Chilena de Seguridad y correos de comunicación con CCHEN donde se realiza investigación de las condiciones ambientales, las que declara se mantienen sin cambios.
Presenta "Informe Evaluación alerta dosimétrica significativa Tercer Trimestre 2015 Hospital Regional Antofagasta" con fecha 3 de Diciembre 2015, documento elaborado por Encargada de Protección Radiológica y Ambiental, resume las acciones realizadas post recepción de resultados de dosímetros de las Unidades de Imagenología y Hemodinamia.
Se constata ejecución del programa según lo establecido.

PRO Hemod.

Describa la verificación de la ejecución del programa: Se tiene a la vista "Informes dosimétricos" de evaluaciones bimestrales, emitidos el 10 de Agosto y 27 de Octubre 2015 , que incluyen Nombre del funcionario expuesto, número de Dosímetro, dosis del periodo, de 12 meses acumulada y de 5 años de la Unidad de Hemodinamia. Se encuentran resultados sobre los límites de dosis, prestador presenta documento ORD N° 01894 emitido el 6 de Noviembre 2015, que respalda el proceso de investigación descrito en programa, Jefe del Departamento Salud Ocupacional del Hospital informa al Director del Hospital situación de dosis significativas en trabajadores del Hospital, con listado de funcionarios y resultados de dosis del periodo 08/07 a 08/09 2015, solicita realizar las gestiones para determinar las posibles causas. Presenta correo de Ing. en Prevención de Riesgos de la Unidad de Salud del Personal del Hospital a Oficial encargada del Hospital solicitando ingreso de los funcionarios con dosis significativas a la vigilancia médica y generar las órdenes de los exámenes, más correo de reunión con Asociación Chilena de Seguridad y correos de comunicación con CCHEN donde se realiza investigación de las condiciones ambientales, las que declara se mantienen sin cambios. Presenta un segundo documento emitido el 05 de Agosto 2015 por la Universidad de Tarapacá firmado por Responsable Técnico Proyecto RLA 9075 del Organismo Internacional de Energía Nuclear donde concluye que los niveles de tasa de dosis están todos bajos el límite en la Normativa Chilena.
Prestador presenta "Informe Evaluación alerta dosimétrica significativa Segundo Trimestre 2015 Unidad Hemodinamia Hospital Regional Antofagasta", emitido 3 de Diciembre 2015 , documento elaborado por Encargada de Protección Radiológica y Ambiental , que resume las acciones realizadas post recepción de resultados de dosímetros de las Unidades de Hemodinamia e "Informe Evaluación alerta dosimétrica significativa Tercer Trimestre 2015 Hospital Regional Antofagasta", emitido el 3 de Diciembre 2015 , documento elaborado por Encargada de Protección Radiológica y Ambiental , que resume las acciones realizadas post recepción de resultados de dosímetros de las Unidades de Imagenología y Hemodinamia.
Se constata ejecución del programa según lo establecido.

APF

Describa la verificación de la ejecución del programa:
Prestador presenta documento que respalda la ejecución del control anual en ACHS por medio de documento "Informe de funcionarios con exposición a agentes citostáticos del Hospital Regional Antofagasta controlados por ACHS", emitido en Junio 2015, de la ejecución del control médico al 75% de los expuestos a agentes citostáticos de la medición 2014, refiere que para el 2015 se encuentra en proceso, pendiente un Químico Farmacéutico por acudir al control médico. Se tiene a la vista documento impreso del correo del proceso con fecha 7 Septiembre 2015, emitido por Ing. Prevencionista de Riesgos de la Unidad de Salud del Personal, informa inicio de la vigilancia médica correspondiente al año 2015. Se tiene a la vista segundo documento de correo enviado por Ing. Prevencionista de Riesgos que adjunta planilla emitida por ACHS con listado del personal que ha acudido al control y control de hemograma.
Presenta informe del Control ambiental con fecha 21 de Octubre 2014 confeccionado por Jefe Equipo Cliente, emitido post mejora e implementación de nueva campana de flujo laminar, que se ocupa exclusivamente, para la preparación de las muestras con Formaldehido. Declara que se encuentra pendiente la emisión de Lista de chequeo realizada el 2015 de la evaluación cuantitativa de la Central de mezcla. Informe Técnico 2014 N°201410018937.
Presenta documento emitido el 9 de Diciembre 2014 firmado por Jefe Equipo Cliente que adjunta "Informe Técnico" N° 201412010670, contiene resumen de verificación y control de higiene industrial, Agente Formaldehido y las acciones planificadas con los siguientes resultados: 100% Medidas ingenieriles, 0% medidas administrativas y 0% medidas asociadas a elementos de protección personal, donde concluye que se realizará una nueva evaluación según programación. Presenta documento que respalda evaluación programada, "Informe Técnico N° 7726, Informe de Formaldehido", emitido en Julio 2015, por ACHS, que concluye el uso de un funcionario de farmacia (Auxiliar de Farmacia), de máscara facial desechable en el puesto de trabajo durante la preparación del Formaldehido, presentando valores críticos en la medición de concentraciones, con un nivel de riesgo Crítico. Las recomendaciones indicadas por la ACHS son las siguientes: Proveer al funcionario de equipo de protección respiratoria máscara de medio rostro con cartuchos contra Formaldehido filtro P100. Prestador declara no contar con documentación que respalde la supervisión del uso de protección personal indicada en documento mencionado.
"Informe de funcionarios con exposición a agente Formaldehido del Hospital Regional Antofagasta controlados por ACHS" del

periodo Junio 2014 a Junio de 2015, incluye listado de funcionarios que asistieron a control ACHS, con un % cumplimiento de 0%.
Se constata ejecución incompleta del programa según lo establecido.

APQ Adulto e Infantil.

Describa la verificación de la ejecución del programa:
Prestador presenta documento que respalda la ejecución del control anual en ACHS por medio de documento "Informe de funcionarios con exposición a agente citostáticos del Hospital Regional Antofagasta controlados por ACHS", emitido en Junio 2015 que incluye a los expuestos de Quimioterapia adulto con un resultado de cumplimiento del 50% y Oncología Infantil con un resultado de cumplimiento del 0%.
Presenta segundo documento correo emitido por Ing. Prevencionista de Riesgos del Hospital, "Informe Nómina Expuestos Agentes Químicos"; N° Informe de prevención 201312024557, con planilla de expuestos de la Unidad de Oncología infantil y Quimioterapia que han acudido al control en ACHS.
Se constata ejecución incompleta del programa según lo establecido.

APA

Describa la verificación de la ejecución del programa:
Prestador presenta documento "Informe Técnico" N°201309012818 del 5 de Noviembre 2013, contiene listado de funcionarios expuestos que acudieron a control.
Presenta un segundo documento, "Informe" N°70697 (N° 2000335300) de evaluación ambiental del 8 de agosto 2015, con fecha de emisión por ACHS Septiembre 2015. Confirma periodicidad de las evaluaciones. Se constatan mediciones por debajo de los niveles de exposición, con recomendación de ingreso del personal a vigilancia médica.
Presenta documento, "Informe de funcionarios con exposición a agente Formaldehido del Hospital Regional Antofagasta controlados por ACHS" del periodo Junio 2014 a Junio de 2015; emitido Junio 2015, incluye listado de funcionario que asistieron a control ACHS con un % cumplimiento de 100%.
Se constata ejecución del programa según lo establecido.

APE

Describa la verificación de la ejecución del programa: La responsable de la Central de Esterilización, presenta el Informe Técnico de Óxido de Etileno N°201502015567 de la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) emitido con fecha marzo 2015, en el cual se consigna que las mediciones ambientales realizadas dio como resultado valores que están bajo el Límite Permisible Ponderado (LPP), que establece el Decreto Supremo N°594 del MINSAL. En el Programa de Control de Riesgo a Exposiciones se consigna que la periodicidad de la vigilancia es anual.
Se constata la ejecución del programa, según lo establecido, para el personal expuesto a gas de Óxido de Etileno.

CARACTERÍSTICA RH 4.1 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección	API	APR	PRO Hemod	APF	APQ	APA	APE
1° elemento medible	0							
2° elemento medible		1	N/A	1	1	1	1	1
3° elemento medible		1	N/A	1	0	0	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 10/13			Porcentaje obtenido: 77%			Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA RH 4.2 /HALLAZGOS

RH 4.2 Primer elemento medible: Se describe en documento(s) de carácter institucional el procedimiento establecido para el manejo de accidentes relacionados con: Sangre o fluidos corporales de riesgo; Medicamentos antineoplásicos y Materiales radioactivos.

Dirección o Gerencia										
Nombre del documento 1	"Manejo de exposición Ocupacional a Sangre o Fluidos corporales de riesgo"									
N° Resolución:1238 Código: PO-USP-01	Versión:06						Fecha Resolución:23 Enero 2014 Fecha Documento: Noviembre 2013			
Elaborado por: Ana María Cortés, Enfermera Salud del Personal							Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L, Director Hospital Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia:3 años						N° páginas:10			
Nombre del documento 2	"Procedimiento Manejo de accidentes con Medicamentos Antineoplásicos"									
N° Resolución: 8418 Código: PO-USP-03	Versión:00						Fecha Resolución:27 Mayo 2014 Fecha Documento: Mayo 2014			
Elaborado por: Michael Cárdenas Carvajal Prevencionista de Riesgos							Aprobado por: Dra. Juana Pérez Moraga Director (S) Hospital Regional Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años						N° páginas: 11			
El (los) documento (s) incluye (n) los siguientes procedimientos:										
1. Sangre o fluidos corporales de riesgo	Si	2. Medicamentos antineoplásicos	Si	3. Materiales radioactivos	N/A					
El (los) documento (s) descrito (s) se constatan en los siguientes puntos de verificación:										
Dirección (1, 2 y 3)	PQ (1)	UPC Ad. (1)	Med. (1 y 2)	Obst-gine (1)	URG (1)	Dental (1)	Toma Muestra (1)	APF (2)	APQ (2)	APR (3)
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	N/A
Registrar los Servicios que componen los distintos puntos de verificación y su cumplimiento										
Observaciones: PQ: Pabellón Central, Pabellón Gineco-obstétrico, Pabellón Cardiovascular. Cumplen. UPC Ad.: Unidad de Paciente Crítico (UPC adulto), Tratamiento Intermedio (TIM), Unidad de Paciente Crítico Coronario (UTI Coronaria). Cumplen.										

Med.: Medicina, Unidad de Atención Progresiva del Paciente (UAPP), Medicina Pensionado. Cumplen.
Obst-gine: Obstetricia y Ginecología.Cumple.
URG: Unidad de emergencia Adulto -Pediátrica y Gineco-obstétrica. Cumplen.
Dental: Servicio Dental. Cumple.
Toma de Muestra: Toma de Muestras de Laboratorio. Cumple.
APF: Farmacia. Cumple.
APQ: Adulto e Infantil. Cumplen.

RH 4.2 – Segundo elemento medible: Existen registros implementados y en uso de los accidentes ocurridos.

Dirección o Gerencia
Sistema de registros: Documento 1: "Notificación de la exposición Ocupacional a Fluidos de Riesgo Biológico" (RG-USP-01-00) Documento 2: "Hoja de Notificación accidentes por contacto con Citostáticos" (RG-USP-03-00)
Breve descripción del contenido del documento/Observaciones: Documento 1 denominado "Notificación de la exposición Ocupacional a Fluidos de Riesgo Biológico" (RG-USP-01-00), en caso de exposición, la siguiente información debe ser completada: I- Datos generales de la unidad y funcionario, II- Datos accidentes: lugar, dispositivo, tipo de accidente, tipo de exposición y fluido, tipo de elemento de protección utilizado al ocurrir la exposición, III- vacunación Hepatitis B, IV- Fuente y V- Clasificación de Riesgo y Responsable de la Notificación, fecha y hora. Documento 2 denominado "Hoja de Notificación accidentes por contacto con Citostáticos" (RG-USP-03-00), contiene los siguientes Ítem para ser completados; I- Individualización de la persona que notifica: Nombre, cargo, firma. II- Individualización del accidente: Servicio y/o Unidad, fecha de ocurrencia, Área específica de ocurrencia y hora. III- Individualización del accidentado: Nombre, Rut, cargo, antigüedad, derivación a ACHS para control médico (SI/NO). IV- Datos del accidente: Tipo de contacto que incluye los siguientes para seleccionar: Exposición indirecta por derrame del citostáticos, Salpicadura de la droga en el rostro u otra parte del cuerpo que se encuentre descubierta, Punción con aguja u otro elemento punzante o cortante contaminado con citostáticos. Contiene sección para la descripción del accidente y medidas de control ante la exposición. Responsable del control de accidente, nombre, cargo y firma.

RH 4.2 – Tercer elemento medible: Existe un análisis global que da cuenta de la evaluación de los accidentes ocurridos y las decisiones adoptadas al respecto.

Dirección o Gerencia		
Nombre del documento del análisis	Informe accidentes corto punzantes Hospital Regional Antofagasta Primer Semestre 2015	
Fecha de elaboración	Julio 2015	
Considera (Si/No)	1. Evaluación de accidentes ocurridos: Si	2. Decisiones adoptadas: Si
Responsable del informe	Unidad de Salud del Personal	
Informe firmado por	Ana María Cortés, Enfermera Salud del Personal	
Breve descripción del contenido del documento: Documento denominado "Informe accidentes corto punzantes Hospital Regional Antofagasta Primer Semestre 2015", con un Objetivo general orientado a "Dar a conocer la accidentabilidad semestral ocurridos en el periodo comprendido entre Enero a Junio del año 2015". Contiene, en el punto 4, denominado "Análisis de Datos generales", el resultado de cumplimiento del Indicador establecido de accidentes notificados y derivación atención médica, con un resultado del 100% de cumplimiento, análisis por meses con una ocurrencia de 15 accidentes el 2015, gráfico comparativo del 2015 con el 2014, análisis de 12 accidentes por exposición percutánea. En el punto 5 denominado "Datos para análisis causalidad", incluye tabla de accidentes por estamentos: con 6 accidentes en Paramédicos, 1 en auxiliar, 3 en Médicos, 5 en Enfermeras y 0 en Matronas, por servicios, con un 20% ocurrido en Pabellón Cirugía. En el punto 6.3 denominado "Causas de los accidentes en base a su fuente", con un 86% accidentes ocurridos en el momento que se manipula el material corto punzante. En el punto 7 denominado "Conclusiones y sugerencias", concluye una disminución de 35 a 15 accidentes cortopunzantes en el primer semestre 2015. En el punto 7.1 denominado "Sugerencias", incluye: Programar capacitaciones priorizando los servicios con mayor número de accidentabilidad, reforzar supervisiones de procedimientos, dirigir las capacitaciones de las normas de precauciones estándar, uso adecuado de las cajas de bioseguridad y continuar con las campañas preventivas dentro del Plan de colaboración con ACHS.		
Nombre del documento del análisis	Análisis de Accidentes por Exposición Directa a Drogas Citostáticas	
Fecha de elaboración	Julio 2015	
Considera (Si/No)	1. Evaluación de accidentes ocurridos: Si	2. Decisiones adoptadas: Si
Responsable del informe	Unidad de Prevención de Riesgos	
Informe firmado por	Ingeniero en Prevención de Riesgos Hospital Regional de Antofagasta	
Breve descripción del contenido del documento: Documento denominado "Análisis de Accidentes por Exposición Directa a Drogas Citostáticas", establece un Objetivo general de "Determinar las causas de los accidentes con exposición a drogas citostáticos durante el primer semestre 2015". En el punto 5 denominado "Desarrollo", incluye la Obtención de los datos de análisis, servicios y/ o unidades a evaluar, como: Sala de mezclas de Farmacia, Quimioterapia adulto, Oncología Pediátrica y Policlínico de curaciones; más, la metodología de análisis. En el punto 6 denominado "Resultados", describe los accidentes ocurridos por unidad, se incluye a: Sala de mezclas de Farmacia , Quimioterapia adulto, Oncología Pediátrica y Policlínico de curaciones (No presenta exposición directa a drogas Citostáticas por accidente). En el punto 7 denominado "Conclusiones y Sugerencias" incluye mantener los procedimientos de trabajos establecidos e informar al Departamento de Prevención de Riesgos sobre los cambios en los procedimientos de trabajo y del cambio de funcionarios ocupacionalmente expuestos.		

RH 4.2 – Cuarto elemento medible: Se constata conocimiento del procedimiento local para el manejo de estos accidentes en el personal entrevistado.

Punto de verificación	N° Entrevistados	N° Respuestas correctas	N° Respuestas incorrectas	% Cumplimiento

PQ	10	27	3	90%
Pabellón Gineco-Obstétrico	11	24	9	72,7%
Pabellón Cardiovascular	5	9	6	60%
UPC Ad.	11	33	0	100%
Tratamiento Intermedio (TIM)	19	54	3	94,7%
Unidad de Paciente Crítico Coronario (UTI Coronaria)	8	24	0	100%
Med.	9	21	6	77,8%
Unidad de Atención Progresiva del Paciente (UAPP)	4	12	0	100%
Medicina Pensionado	6	12	6	66,7%
Obst-gine	9	24	3	88,8%
URG	15	45	0	100%
Dental	10	27	3	90%
Toma de Muestras	6	15	3	83,3%
APF (Farmacia Oncológica)	11	27	6	81,8%
APQ	3	9	0	100%
APR	N/A	N/A	N/A	N/A
Total	**137**	**361**	**48**	**87,8%**
Observaciones: Se realizan 3 preguntas a cada entrevistado.				

CARACTERÍSTICA RH 4.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	Dirección	PQ	UPC Ad.	Med.	Obst-gine	URG	Dental	Toma Muestra	APF	APQ	APR
1° EM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	N/A
2° EM	1										
3° EM	1										
4° EM		1	1	1	1	1	1	1	1	1	N/A
Umbral de la característica: ≥ 75%		Puntaje total: 21/21					Porcentaje obtenido: 100%			Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA RH 4.3 / HALLAZGOS

RH 4.3 – Primer elemento medible: Se describe en un documento el programa de vacunación del personal que incluye al menos vacuna anti hepatitis B.

Dirección o Gerencia				
Nombre del documento	"Programa Vacunación del Personal de Salud"			
Código: PO-USP-02	Versión:03	Fecha Documento: Noviembre 2013	Fecha vigencia:3 años	N° páginas:13
Elaborado por: EU. Ana María Cortés. Enfermera Unidad Salud de Personal - EU. Patricia Cáceres J. Unidad Control IAAS y Epidemiología		Aprobado por: Dr. Juan Mattatall L. Director Hospital Regional Antofagasta		
Considera (Si/No)	1. Vacuna anti hepatitis B: Si	2. Otras vacunas: Si		
Breve descripción del contenido del documento: Documento denominado "Programa Vacunación del Personal de Salud", contiene un Objetivo orientado a "Prevenir a todo funcionario del Hospital Regional de Antofagasta del riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas a través de la inmunización ", con un alcance que aplica a todo funcionario que labore en las Unidades Clínicas, Unidades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico y Unidades de Riesgo. Incorpora al personal de empresas contratistas que laboren en el hospital y alumnos de carrera de salud. Incluye la inmunización del personal con la vacuna Anti hepatitis B y vacuna Anti influenza y vacunas indicadas por el Ministerio de Salud, según exista alerta epidemiológica. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe por cargo, estamento y establecimiento, cuáles serán las responsabilidades de cada uno. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso (actividades)", contiene la descripción de los pasos de la vacunación, la que incluye la solicitud de las vacunas, recepción, almacenamiento, difusión de la campaña de vacunación, administración, eliminación y registros. En el punto 8 denominado "Meta", describe el indicador de cobertura de la vacuna Hepatitis B, el que tendrá un valor óptimo de 85 a 95% de los funcionarios. En el punto 9 denominado "Evaluación", se aplicará de forma anual y con informe final. En el Anexo 1: Flujograma de Vacunación Hepatitis B y Anexo 2: Indicador de Vacunación Hepatitis B.				

RH 4.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con la cobertura del personal de riesgo.

Dirección o Gerencia		
Nombre del indicador	Funcionarios de Atención Clínica vacunados con Vacuna Hepatitis B	
Fórmula matemática	N° de personal clínico vacunados con vacuna Hepatitis B según esquema / N° total de personal clínico x 100	
Umbral de cumplimiento: 85 %		Periodicidad de la evaluación: Anual

RH 4.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

Dirección o Gerencia

Nombre documento	Informe Indicador. Funcionarios clínicos con Vacuna Hepatitis B
Responsable medición	Enfermera Salud Personal
Fuente primaria	Planilla listado de funcionarios con fecha de vacunación de Unidad Salud del Personal
Fuente secundaria	Informes del indicador: Funcionarios clínicos con Vacuna Hepatitis B.
Periodo evaluado	Enero- Diciembre 2014
Metodología de medición	Se revisa los registros de los funcionarios vacunados con ciclo completo, anualmente.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Dirección o Gerencia						
Mes /Año	Enero-Diciembre 2014					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	694 / 763					
% Cumplimiento	94%					

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Dirección o Gerencia						
Describir constatación: Se selecciona, de forma aleatoria las nóminas de unidades clínicas a revisar, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. Se realiza muestreo sistematizado (763/30=25) se selecciona una muestra de 30 registros de la planilla de vacunación. Se revisan las fechas de vacunación con las tres dosis completas, se constata que cumplen los 7 primeros funcionarios según lo establecido en el Programa. Se constata consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N° 2 de 19 agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Enero-Diciembre 2014					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: Programa establece evaluación del cumplimiento de la cobertura de la Vacunación Hepatitis B, de forma anual. No se cuenta con Informe 2015 por encontrarse en curso dicho periodo.						

CARACTERÍSTICA RH 4.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM:1	2° EM: 1	3° EM:1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

AMBITO REGISTROS

CARACTERÍSTICA REG 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

REG 1.1 – Primer elemento medible: Se describe en documento institucional la existencia de Ficha Clínica única individual y su manejo.

Dirección o Gerencia				
Nombre del documento: Procedimiento Manejo de Ficha Clínica				
N° Resolución: 1923 Código: PO-ARC-01	Versión:03		Fecha de la Resolución Exenta : 10/2015 Fecha del Documento : 10/2015	
Elaborado por: Mariela Berrios Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente		Aprobado por: Sr. Juan Urrutia Director del Hospital Regional de Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 10/2020		N° páginas: 23	
Considera: (Si/No)	1. Descripción Ficha Clínica única:	Si	2. Manejo Ficha Clínica única:	Si

Breve descripción de los aspectos relevantes del documento:
En páginas 2 a 4 del documento constan el objetivo del procedimiento, su alcance, las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento y las definiciones de los términos utilizados en el documento.
De las páginas 5 a la 18 consta la descripción del proceso, el que considera los siguientes puntos:

- **Integralidad de la información de la Ficha Clínica**: Se considera la Ficha Clínica, como un documento único, ordenado y completo que reúne en forma clara y concisa toda la información concerniente a la salud de un paciente, su evolución y las atenciones recibidas.
    a) El acceso a la Ficha Clínica es a través de un código único, que es el Número de Ficha Clínica. .
    b) En las Unidades Satélites, se mantiene una carpeta con los registros de las atenciones recibidas en la unidad, registros que son posteriormente son integrados a la Ficha Clínica. El vínculo de estos registros con la Ficha Clínica es a través de un timbre en la carátula de la Ficha Clínica, indicando "Paciente con ficha en UNACESS", "Paciente con Ficha Clínica en Unidad de Diálisis" o "Paciente con Ficha Clínica en Oncología Infantil".
    c) En el área ambulatoria del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) y Dental: se utiliza registros electrónicos, o episodio clínico de la consulta, la que posteriormente se imprime y se adjunta a la Ficha Clínica, al final del día laboral.
- **Apertura Ficha Clínica:** Se crea Ficha Clínica única e individual a todo paciente nuevo, cualquiera sea la especialidad que consulte, ingresando en la Unidad de Archivo los datos al sistema informático, se imprime carátula con la información relevante (Nombre del establecimiento código, membrete, N° de Ficha Clínica, nombre del paciente, fecha de nacimiento, sexo, N° de teléfono, residencia habitual, etc.). Se deja constancia que, en caso de corresponder la Ficha Clínica a un recién nacido que aún no tiene identificación, se procede según los apellidos de los padres, para su regulación posterior. En pacientes NN, se consigna el Dato de Atención de Urgencia, sexo, fecha de ingreso, edad aproximada.

- **Conservación y mantención de la Ficha Clínica Física en Unidad de Archivo:** Es función de la Unidad de Archivo el mantener las carátulas de las Fichas Clínicas en buenas condiciones, mantener el orden en los anaqueles, asegurar la trazabilidad de éstas. En relación a la ficha electrónica, toda la información ingresada al sistema, (CICLOPE) queda almacenada en el servidor principal, el cual cuenta con condiciones de seguridad, que garantiza la confidencialidad y seguridad de los datos.
- **Solicitud Fichas Clínica desde las Unidades Asistenciales:** La solicitud de las Fichas Clínicas se realiza por escrito a través de memo o correo electrónico, dirigido al Jefe de la Unidad de Archivo del Hospital, regulándose formalidades según área que requiera la información (ambulatoria o de atención cerrada u hospitalización). Del área ambulatoria, se realiza de acuerdo al listado de los pacientes citados. Los pacientes que ingresan pos urgencia, esta unidad solicita la Ficha Clínica, directamente a archivos por correo electrónico. La solicitud de fichas para estudio investigación el profesional del equipo de salud la solicita por escrito, previa autorización del director del establecimiento, no se entrega ninguna ficha a familiares o terceros, de acuerdo a lo explicitado en la Ley N° 20.584
- **Retiro y Entrega de Fichas Clínicas desde Archivo:** Se describen las modalidades que se utilizan en el establecimiento para entregar en forma oportuna las Fichas Clínicas a los servicios clínicos, consultorio de especialidades etc.
- **Manejo Ficha Clínica en las Unidades Clínicas:** Una vez recepcionada la Ficha Clínica en la unidad clínica, ésta queda custodiada en el lugar dispuesto por la Unidad. Cuando el paciente es dado de alta, se adjunta a la ficha central, los registros de la hospitalización actual (la que debe contener Hoja de Dato de Urgencia (DAU) u orden de hospitalización, registro de traslado de otros centros de salud si aplica, ingreso médico, evoluciones médicas, interconsultas si aplica, registros médicos quirúrgicos, etc.). Todos los registros deben estar vinculados con el N° de Ficha Clínica del paciente.
- **Procedimiento Recepción de la Ficha Clínica en la Unidad de Archivo:** Se describe el procedimiento, se consigna el responsable de la actividad y los plazos para la devolución de la Ficha Clínica en archivo desde las unidades clínicas.
- **Eliminación de Fichas Clínicas en la Unidad de Archivo:** Se describe el tiempo que debe mantenerse la ficha posterior a la última atención y los procedimientos que deben llevarse a cabo, previo a la eliminación de la Ficha Clínica de acuerdo a la Ley N° 20.584.
- **Archivo pasivo:** En caso de Fichas Clínicas inactivas por más de 5 años y menos de 15 años, posterior a su último registro.
- **Manejo de Registros Clínicos en Unidades Satélites:** Los registros clínicos en las unidades satélites como UNACESS, Diálisis, Oncología Infantil, son enviados a la Unidad de Archivo después de 6 meses del último ingreso de información al registro clínico para ser anexados a la Ficha Clínica central del paciente. En caso de paciente fallecido, los registros deben ser enviados a la Unidad de Archivo para ser anexado a la Ficha Clínica Única en un plazo no mayor a 48 horas.
- **Confidencialidad de la Ficha Clínica:** En cuanto a la responsabilidad respecto de la exactitud y veracidad de los datos contenidos en la Ficha Clínica. El manejo de la confidencialidad se ciñe a lo descrito en la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones de salud, particularmente en el título: "De la reserva de la información contenida en la Ficha Clínica".
- **Entrega de Información Contenida en la Ficha Clínica:** Se señala los casos y los procedimientos a seguir para la entrega de información de contenidos de la Ficha Clínica a terceros.

En página 21 y 22 constan Anexo N°1: "Pauta de supervisión de proceso de mantención y conservación de la Ficha Clínica Física, en Unidad de Archivo". Anexo N° 2: "Indicador de Cumplimiento".
El Prestador presenta versión anterior del documento Protocolo manejo de Ficha Clínica, Versión N° 02 Fecha de Emisión: 05/2013 Fecha de Vigencia: 06/2016.
Se da por Cumplido el Primer Elemento Medible de la Característica REG 1.1

REG 1.1 – Segundo elemento medible: Se constata la existencia de Ficha Clínica Única individual en hospitalización.

General

Metodología de constatación:
El establecimiento cuenta con Ficha Clínica Única Mixta en formato papel y sistema de registro electrónico denominado CICLOPE, el cual almacena información relativa a datos personales de los pacientes, diagnósticos, resultados de exámenes y atenciones realizadas en las unidades de Dental, Consultorio de Especialidades, Unidad de Atención y Control de Salud Sexual (UNACESS) y Diálisis; registros que, posteriormente, son impresos e integrados a la Ficha Clínica Única de papel.
Los atributos para la constatación son:
a) Vinculación de registro papel y registro electrónico mediante N° de Ficha Clínica
b) Presencia del registro del sistema CICLOPE impreso en la Ficha Clínica de papel
c) Presencia de timbre vinculante de las Unidades Satélites en la caratula de la Ficha de papel
d) Presencia del Dato Atención de Urgencia, en los pacientes atendidos en Urgencia.

Constatación:
a) Se realiza una visita a la Unidad de Paciente Crítico Adulto, con el propósito de verificar el acceso a los registros de las prestaciones realizadas al paciente hospitalizado que están en formato digital (CICLOPE). Se solicita al enfermero de la unidad ingrese a los registros, lo cual realiza ingresando al sistema con su perfil y clave personal, el acceso a los datos del paciente lo realiza con el N° de Ficha Clínica de éste. Se realiza la verificación en 6 pacientes hospitalizados, verificándose el cumplimiento de lo descrito en el documento institucional.
b) Se realiza revisión de Fichas Clínicas en formato de papel en los servicios de:
   - Cirugía Adulto; se verifica en 8 pacientes hospitalizados que el número de Ficha Clínica consignado está vinculado con los registros en el sistema informático, en relación a prestaciones anteriores, resultados de exámenes, altas e ingresos.
   - Gíneco-Obstetricia, se verifican 12 fichas de pacientes hospitalizadas que el número de Ficha Clínica consignado está vinculado con los registros en el sistema informático, en relación a prestaciones anteriores, resultados de exámenes, altas e ingresos.
c) Se constata la Vinculación de las fichas de las Unidades de: Dental, Diálisis, Unidad de Atención y Control de Salud Sexual, (UNACESS); tomando al azar 4 registros de pacientes del sistema CICLOPE en cada una de las unidades antes mencionadas, de los cuales se solicita la Ficha Clínica a la unidad de archivo, constatándose la existencia del registro impreso de las atenciones tenidas a la vista en el sistema CICLOPE y el timbre vinculante en la carátula, de acuerdo a lo establecido en el procedimiento institucional.

d) Se solicita la nómina de pacientes atendidos en las unidades de: Dental, Unidad de Diálisis, Unidad de Atención y Control de Salud Sexual, (UNACESS) y Unidad de Oncología Pediátrica, durante el periodo evaluado y se toma muestra randomizada de 30 Fichas Clínicas, de todas las unidades mencionadas; con el propósito de constatar la vinculación de estas a la Ficha Clínica Única, mediante la presencia del timbre correspondiente en la carátula de cada ficha.

e) Se solicita la nómina de los pacientes atendidos en la unidad de Urgencia, durante el periodo evaluado y se toma una muestra randomizada de 30 fichas clínicas; con el propósito de constatar la presencia del Dato de Atención de Urgencia en la ficha clínica.

La evaluadora se forma la convicción de la existencia de Ficha Clínica Única e Individual en el Hospital Regional de Antofagasta.
Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2" de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

N° fichas revisadas: 30	N° fichas que cumplen: 30	N° fichas no cumplen: 0
Observaciones:		

CARACTERÍSTICA REG 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	1° EM (Dirección):1		2° EM (General): 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA REG 1.2 / HALLAZGOS

REG 1.2 – Primer elemento medible: Se describen en documento de carácter institucional las características de los registros clínicos que contempla: Responsables del llenado y contenidos mínimos a llenar por cada registro.

Dirección o Gerencia								
Nombre del documento: Procedimiento Manejo de Registros Clínicos								
N° Resolución:5902 Código: PO-SDM-03		Versión: 02				Fecha: 14/04/2014 Fecha: 04/2014		
Elaborado por: Dra. Alejandra Muñoz Encargada Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente				Aprobado por: Dr. Juan Mattatal Director del Hospital Regional de Antofagasta				
Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 04/2019				N° páginas: 15		
El documento contempla:								
1. Responsable del llenado	Si	2. Contenidos mínimos a llenar x cada registro	Si	3. Legibilidad	Si			
El documento debe incluir al menos los registros de:								
1. Ingreso médico	Si	2. Protocolo operatorio	Si	3. Protocolo anestesia	Si			
4. Evolución diaria paciente hospitalizado	Si	5. Epicrisis	Si	6. Registro consultas profesionales ambulatorias	Si			
Interconsultas	Si	Atención de Urgencia	Si	Hoja de atención de enfermería:	Si			
Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación:								
Dirección	PQ	UPC Ad.	Med.	Cir. Ad.	Pediatría	Obst-gine	Cons. Amb.	URG
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los servicios que componen los distintos puntos de verificación y su cumplimiento:
Los Servicios que componen los puntos de verificación son:
- Dirección del establecimiento,
- Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ
- Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Paciente Crítico Adulto Coronario, Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, para punto de verificación UPC Ad.
- Servicio de Medicina, Pensionado de Médico-Quirúrgico y Unidad de Atención Progresiva del Paciente, para punto de verificación Med.
- Servicio Cirugía, Bloque Quirúrgico y de Especialidades, para punto de verificación Cir Ad.
- Pediatría,
- Obstetricia y Ginecología,
- Consultas Ambulatorias,
- Emergencia Adulto y Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica.

Cumplimiento: Se constata la presencia del documento en todos los puntos de verificación antes señalados. Se da por cumplido el Primer Elemento Cumplido de la Característica REG 1.2

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, en páginas 2 y 3, constan el objetivo del procedimiento, su alcance el que especifica que el documento aplica a los registros clínicos derivados de la atención de salud realizadas en las Unidades Clínicas del establecimiento y que incluyen los siguientes registros: Protocolo Operatorio; Protocolo de Anestesia; Evolución Diaria de Paciente Hospitalizado; Epicrisis; Registro de Consultas Profesionales Ambulatorias; Interconsultas; Atención de Urgencia y Hoja de Atención de Enfermería. Además, constan los responsables de su aplicación, en este punto se señala que cada miembro del equipo multidisciplinario de salud es responsable de realizar un registro completo y legible de la atención de salud otorgada por el y las definiciones de los términos utilizados en el documento.
De página 4 a 8 se consigna la descripción del procedimiento. Se precisan los requisitos generales de los registros clínicos (Completitud, legibilidad; los registros solo podrán ser realizados por Prestadores individuales certificados por la Superintendencia de Salud, Verificación de datos del paciente); los registros son los siguientes:
Ingreso Médico : El responsable de este registro es el médico que realiza el ingreso del paciente y los contenidos mínimos son:
- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha de ingreso
- Anamnesis

- Examen físico general
- Hipótesis Diagnóstica
- Plan de atención y/o tratamiento
- Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico que realiza el ingreso.

Protocolo Operatorio: El responsable de este registro es el médico cirujano que realiza la intervención y los contenidos mínimos son:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha de la intervención
- Diagnóstico pre operatorio
- Diagnóstico post operatorio
- Descripción de la intervención quirúrgica
- Equipo de salud que participó en la intervención, al menos cirujano y anestesista (Nombre, apellido y/o firma y/o timbre)

Protocolo de Anestesia: El responsable de este registro es el médico anestesiólogo y los contenidos mínimos son:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha
- Diagnóstico quirúrgico
- Técnica anestésica
- Fármacos y agentes anestésicos y tipo de fluidos y volúmenes administrados
- Volumen de egresos de fluidos corporales
- Control de parámetros vitales
- Indicaciones para el post operatorio inmediato
- Evaluación del Dolor
- Nombre y apellidos del auxiliar de anestesia
- Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del Médico Anestesiólogo

Evolución Diaria de Paciente Hospitalizado: El responsable de este registro es el médico u profesionales no médicos, y los contenidos mínimos son:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos)
- Fecha
- Observaciones clínicas
- Indicaciones
- Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del Médico que realiza la evolución

Epicrisis: El responsable de este registro es el Médico tratante o el médico de la sala de hospitalización, que realiza el alta del paciente y los contenidos mínimos son:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y RUT)
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Diagnóstico de ingreso
- Resumen de la evolución clínica que incluyan los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos realizados
- Diagnóstico de Egreso
- Indicaciones
- Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del Médico que da el alta

Registro de Consultas Profesionales Ambulatorias: El responsable de este registro es el Médico que otorga la atención y los contenidos mínimos son:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y RUT)
- Fecha
- Anamnesis abreviada
- Examen físico acotado a la patología que genera la consulta
- Indicaciones
- Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del Médico que otorga la atención.

Interconsulta: El responsable de este registro es el Médico que solicita la interconsulta y el Médico que responde a la solicitud de interconsulta y los contenidos mínimos son:

- Solicitud de la Interconsulta
- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y edad)
- Información clínica que motiva la interconsulta de especialidad
- Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del Médico que solicita la interconsulta
- Respuesta a la interconsulta debe contener el resumen del análisis clínico e indicaciones
- Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del Médico que responde la interconsulta

Dato de Atención de Urgencia: Responsables de este registro son Médico, Matrona, Administrativo de Admisión de Urgencia, Enfermera Categorizadora de pacientes y los contenidos mínimos son:

- N° de Dato de Atención de Urgencia
- Fecha de atención (Día, Mes, Año)
- Hora de Admisión
- Categorización del usuario
- Hora de atención del usuario
- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y edad Rut)
- Motivo de la consulta
- Diagnóstico presuntivo
- Signos Vitales
- Exámenes solicitados
- Tratamiento e indicaciones
- Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del profesional responsable médico o matrona

Hoja de Atención de Enfermería: Responsables de este registro son la Enfermera y Técnico Paramédico y los contenidos

mínimos son:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y edad Rut)
- Fecha
- Categorización
- Registro de actividades diarias de enfermería
- Registro de elementos invasivos
- Nombre, apellido y/o firma y/o timbre de Enfermera y Técnico Paramédico responsable.

En páginas 10 a la 15 figuran los indicadores y las pautas de cotejo para la evaluación de los diferentes registros:
Anexo N° 1" Pauta de Supervisión del Proceso de Mantención y Conservación de la Ficha Clínica Física en la Unidad de Archivo"
Anexo N° 2 Indicador "Cumplimiento de Contenidos Mínimos de Epicrisis";
Anexo N°4: "Pauta de Supervisión Registros Clínicos Ingreso Médico";
Anexo N°5: "Pauta de Supervisión Registros Clínicos Protocolo Operatorio";
Anexo N° 6: "Pauta de Supervisión Registro Clínico Dato Atención de Urgencia";
Anexo N°7: "Pauta de Supervisión Registros Clínicos Epicrisis";
Anexo N° 8: "Pauta de Supervisión Registro Clínico Consulta Profesional Ambulatoria"
Constatando los registros contenidos en el documento, se da por Cumplido el Primer Elemento Medible de la Característica REG 1.2.

REG 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

PQ: Pabellón Central	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Protocolo Operatorio.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos protocolo operatorio que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos protocolo operatorio evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ: Pabellón Maternidad	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Protocolo Operatorio.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos protocolo operatorio que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos protocolo operatorio evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ: Pabellón Cardiovascular	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Protocolo Operatorio
Fórmula matemática	N° de registros clínicos protocolo operatorio que cumple con la totalidad de los datos mínimos/N° (de total de registros clínicos protocolo operatorio evaluados)*100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad.: UCI Adulto	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Ingreso Médico.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos ingreso médico que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos ingreso médico evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad.: UCI Coronaria.	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Ingreso Médico.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos ingreso médico que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos ingreso médico evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad.: UTI MQ.	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Ingreso Médico.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos ingreso médico que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos ingreso médico evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med.: Servicio Medicina	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Epicrisis.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos epicrisis que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos epicrisis evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med.: Unidad Atención Progresiva del Paciente.	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Epicrisis.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos epicrisis que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos epicrisis evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med.: Pensionado Médico Quirúrgico	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos:

	Epicrisis.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos epicrisis que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos epicrisis evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Cir. Ad.: Servicio Cirugía	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Epicrisis.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos epicrisis que cumple con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos epicrisis evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Cir. Ad.: Bloque Quirúrgico de Especialidades	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Epicrisis.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos epicrisis que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos epicrisis evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Pediatría	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Epicrisis.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos epicrisis que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos epicrisis evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Obst-gine	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Epicrisis.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos epicrisis que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos epicrisis evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Consultas Ambulatorias	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Consulta Profesional Ambulatoria.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos Atención Ambulatoria que cumplen con la totalidad de los datos mínimos según procedimiento/N° total de registros clínico Atención Ambulatoria evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
URG: Emergencia Adulto-Pediátrica	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Dato Atención de Urgencia (DAU).
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos DAU que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos DAU evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
URG: Emergencia Gíneco-Obstétrica	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Dato Atención de Urgencia (DAU).
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos epicrisis evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

REG 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

PQ: Pabellón Central	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Protocolo Operatorio
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Evaluación, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad, envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. El Servicio de Pabellón Central, aplica una pauta diaria de Lunes a Domingo, (30 pautas /mes), seleccionando aleatoriamente una cirugía. • Nombre/ apellido paciente • Fecha operatoria • Diagnóstico pre operatorio • Diagnóstico post operatorio • Descripción de la Intervención • Equipo de salud que participó en la intervención (al menos cirujano y anestesiólogo) • Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del 1er cirujano • Legibilidad • Cumplimiento Se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados

PQ: Pabellón Cardiovascular	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador Protocolo Operatorio
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Protocolo Operatorio
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Evaluación, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad, envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. El Servicio de Pabellón Cardiovascular, aplica una pauta diaria de Lunes a Domingo, (30 pautas /mes), seleccionando aleatoriamente una cirugía. Nombre/ apellido paciente • Fecha operatoria • Diagnóstico pre operatorio • Diagnóstico post operatorio • Descripción de la Intervención • Equipo de salud que participo en la intervención(al menos cirujano y anestesiólogo) • Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del 1er cirujano • Legibilidad • Cumplimiento Se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados
PQ: Pabellón Maternidad	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador Protocolo Operatorio
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Protocolo Operatorio
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Evaluación, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad, envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. El Servicio de Pabellón de Ginecología y Obstetricia, aplica una pauta diaria de Lunes a Domingo, (30 pautas /mes), seleccionando aleatoriamente una cirugía. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Nombre/ apellido paciente • Fecha operatoria • Diagnóstico pre operatorio • Diagnóstico post operatorio • Descripción de la Intervención • Equipo de salud que participo en la intervención(al menos cirujano y anestesiólogo) • Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del 1er cirujano • Legibilidad • Cumplimiento Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador
UPC Ad.: UCI Adulto	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador Ingreso Médico
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Ingreso Médico
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Evaluación, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad, envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. La Unidad de Paciente Crítico Adulto, aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Fecha • Nombre/ apellido paciente • Edad • Anamnesis • Examen físico general • Hipótesis diagnóstica • Plan de estudio y/o tratamiento • Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados

UPC Ad.: UCI Coronaria	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador Ingreso Médico
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Ingreso Médico
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Evaluación, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad, envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. La Unidad Coronaria, aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Fecha • Nombre/ apellido paciente • Edad • Anamnesis • Examen físico general • Hipótesis diagnóstica • Plan de estudio y/o tratamiento • Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados
UPC Ad.: UTI MQ	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador Ingreso Médico
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Ingreso Médico
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Evaluación, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad, envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. La Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgica aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Fecha • Nombre/ apellido paciente • Edad • Anamnesis • Examen físico general • Hipótesis diagnóstica • Plan de estudio y/o tratamiento • Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador
Med.: Servicio Medicina	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador Epicrisis
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Epicrisis
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Evaluación, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad, envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución, el Servicio de Medicina aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza el número de ficha a la cual se le aplicará la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Nombre/ apellido paciente • Rut • Fecha de ingreso • Fecha de alta • Diagnóstico (s) de ingreso • Diagnóstico (s) de egreso • Resumen de evolución clínica • Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos • Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad

	• Cumplimiento Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador
Med: Unidad Atención Progresiva del Paciente	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador Epicrisis
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Epicrisis
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución, se aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Nombre/ apellido paciente • Rut • Fecha de ingreso • Fecha de alta • Diagnóstico (s) de ingreso • Diagnóstico (s) de egreso • Resumen de evolución clínica • Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos • Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados
Med: Pensionado Médico Quirúrgico	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Epicrisis
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. Se aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Nombre/ apellido paciente • Rut • Fecha de ingreso • Fecha de alta • Diagnóstico (s) de ingreso • Diagnóstico (s) de egreso • Resumen de evolución clínica • Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos • Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados
Cir Ad: Servicio Cirugía	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Epicrisis
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. Se aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Nombre/ apellido paciente • Rut • Fecha de ingreso

	• Fecha de alta • Diagnóstico (s) de ingreso • Diagnóstico (s) de egreso • Resumen de evolución clínica • Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos • Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados
Cir Ad: Bloque Quirúrgico de Especialidades	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Epicrisis
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. Se aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Nombre/ apellido paciente • Rut • Fecha de ingreso • Fecha de alta • Diagnóstico (s) de ingreso • Diagnóstico (s) de egreso • Resumen de evolución clínica • Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos • Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados
PED	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Epicrisis
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. Se aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión, Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Nombre/ apellido paciente • Rut • Fecha de ingreso • Fecha de alta • Diagnóstico (s) de ingreso • Diagnóstico (s) de egreso • Resumen de evolución clínica • Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos • Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados
Obst-gine	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Epicrisis
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad envía un calendario con

	los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. Se aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza en el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión, Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Nombre/ apellido paciente • Rut • Fecha de ingreso • Fecha de alta • Diagnóstico (s) de ingreso • Diagnóstico (s) de egreso • Resumen de evolución clínica • Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos • Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados
Consultas Ambulatorias: CAE	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador Consulta Profesional Ambulatoria
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Consulta Profesional Ambulatoria
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. Cada enfermera a cargo de los Policlínicos del CAE (Policlínico Adulto, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, y Dermatología) aplica 4 pautas mensuales para lo cual se randomizan, las fichas de los pacientes atendidos en el policlínico el día asignado, a la cuales se le aplica la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Nombre/ apellidos paciente • Rut • Anamnesis • Examen físico relacionado a la patología de consulta • Indicaciones • Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados
URG: Emergencia Adulto-Pediátrica	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador Dato Atención de Urgencia (DAU)
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Dato Atención de Urgencia (DAU)
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad, envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución, se randomizan los Datos de Atención de Urgencia (DAU), a los cuales se le aplica la Pauta de Supervisión, el día asignado en el calendario de Lunes a viernes. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • N° de DAU • Fecha de atención: día, mes, año • Hora de admisión • Categorización del usuario • Hora de atención del usuario • RUT • Nombre/ apellido paciente • Edad • Motivo de la consulta • Diagnóstico presuntivo • Control signos vitales • Exámenes solicitados • Tratamiento e indicaciones • Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad

	• Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados
URG: Emergencia Gíneco-Obstétrica	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Dato Atención de Urgencia (DAU)
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad, envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución, se randomizan los Datos de Atención de Urgencia (DAU), a los cuales se le aplica la Pauta de Supervisión el día asignado en el calendario de Lunes a viernes. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • N° de DAU • Fecha de atención: día, mes, año • Hora de admisión • Categorización del usuario • Hora de atención del usuario • RUT • Nombre/ apellido paciente • Edad • Motivo de la consulta • Diagnóstico presuntivo • Control signos vitales • Exámenes solicitados • Tratamiento e indicaciones • Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Central

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	29	28	30	30	29	28
N° Total Pautas	30	30	30	30	30	30
% Cumplimiento	96,6%	93,3%	100%	100%	96,6%	93,3%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Central

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestadory los registros de las "Pautas de Supervisión Protocolo Operatorio". El resultado reportado del trimestre es de 97%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 90 pautas del periodo seleccionado del. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Cardiovascular

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Cardiovascular

Describir constatación:
Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestadory los registros de las "Pautas de Supervisión Protocolo Operatorio". El resultado reportado del trimestre es de 100%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del

total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Agosto, Septiembre Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Maternidad

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Maternidad

Describir constatación**:** Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Protocolo Operatorio". El resultado reportado del trimestre es de 100%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UCI Adulto

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	24	22	26	26	22	19
N° Total Pautas	26	27	27	28	23	25
% Cumplimiento	92%	81%	97%	95%	96%	76%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UCI Adulto

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestadory los registros de las "Pautas de Supervisión Ingreso Médico" El resultado reportado del trimestre es de 90%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 80 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio y Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UCI Coronaria

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	25	22	20	19	32	21
N° Total Pautas	27	24	20	20	32	23
% Cumplimiento	92,5%	91,6%	100%	95%	100%	91%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UCI Coronaria

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestadory los registros de las

"Pautas de Supervisión Ingreso Médico". El resultado reportado del trimestre es de 96%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 75 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Agosto, Septiembre Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UTI MQ

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	18	19	18	17	20	17
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	90%	95%	90%	85%	100%	85%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UTI MQ

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Ingreso Médico". El resultado reportado del trimestre es de 92%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras una de ellas no cumple por lo que se revisan las 30 pautas cumplen 28/30. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	28					
N° Total Pautas	30					
% Cumplimiento	93%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en Med: Servicio Medicina

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	19	20	18	19	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	95%	100%	90%	95%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: Servicio Medicina

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Epicrisis". El resultado reportado del trimestre es de 98,3%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en Med: Unidad Atención Progresiva del Paciente

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	6	6	6	5	3	5
N° Total Pautas	6	6	7	5	3	6
% Cumplimiento	100%	100%	85,7%	100%	100%	83,3%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: Unidad Atención Progresiva del Paciente

Describir constatación: Se considera el universo de las pautas aplicadas (33), a objeto de constatar la consistencia entre el

resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Epicrisis". El resultado reportado del semestre es de 94%. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible.

Mes /Año	Mayo a octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	31					
N° Total Pautas	33					
% Cumplimiento	94%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med: Pensionado Médico-Quirúrgico

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	18	13	10	4	4
N° Total Pautas	20	18	13	10	4	4
% Cumplimiento	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: Pensionado Médico-Quirúrgico

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Epicrisis". El resultado reportado del trimestre es de 100%. Se constata el total de 18 pautas del periodo seleccionado. Dado que existe consistencia entre el resultado informado por el Prestador y los registros, se da por cumplido el hecho medible.

Mes /Año	Agosto a Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	18					
N° Total Pautas	18					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en Cir Ad: Servicio Cirugía

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	7	17	7	10	15	18
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	35%	85%	35%	50%	75%	90%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Cir Ad: Servicio Cirugía

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestadory los registros de las "Pautas de Supervisión Epicrisis". El resultado reportado del trimestre es de 72%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras, dado que una de ellas no cumple, se revisan las 30. Cumplen 21 /30. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Agosto, Septiembre Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	21					
N° Total Pautas	30					
% Cumplimiento	70%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en Cir Ad: Bloque Quirúrgico de Especialidades

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	19	20	18	19	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	95%	100%	90%	95%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Cir Ad: Bloque Quirúrgico de Especialidades

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Epicrisis". El resultado reportado del trimestre es de 95%". Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre

el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Agosto, a Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en Ped

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	16	16	16	19	19
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	80%	80%	80%	95%	95%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Ped

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestadory los registros de las "Pautas de Supervisión Epicrisis". El resultado reportado del trimestre es de 87%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio y Julio					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Gine -Obst

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	16	19	17	18	20	18
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	80%	95%	85%	90%	100%	90%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Gine -Obst

Describir constatación Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Epicrisis". El resultado reportado del trimestre es de 87%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras, dado que una de ellas no cumple se revisan las 30. Cumplen 27 /30. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio y Julio					
N° Pautas cumplidas /	27					
N° Total Pautas	30					
% Cumplimiento	90%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en Consultas Ambulatorias

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	19	19	19	20	18	19
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	95%	95%	95%	100%	90%	95%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Consultas Ambulatorias

Describir constatación Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Epicrisis". El resultado reportado del trimestre es de 95%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de

acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Agosto Septiembre Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en URG: Emergencia Adulto-Pediátrica

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	8	10	8	11	13	11
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	40%	50%	40%	55%	65%	55%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG: Emergencia Adulto-Pediátrica

Describir constatación Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Dato Atención de Urgencia". El resultado reportado del trimestre es de 58,%, Se toma una muestra aleatoria de 40 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que una de ellas no cumple, se revisan las 40 pautas. Cumplen 23/40. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.

Mes /Año	Agosto, Septiembre Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	23					
N° Total Pautas	40					
% Cumplimiento	57%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en URG: Emergencia Gíneco-Obst

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	16	19	17	18	20	18
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	80%	95%	85%	90%	100%	90%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG: Emergencia Gíneco-Obst

Describir constatación Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Dato de Atención de Urgencia". El resultado reportado del trimestre es de 93%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Agosto Septiembre Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

REG 1.2 – Cuarto elemento medible: Se constata legibilidad y contenidos mínimos de protocolos operatorios y epicrisis

PQ: Pabellón Central

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Protocolo Operatorio se realiza, mediante la revisión de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación Post Operatoria y al Servicio de Cirugía Adulto. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente

de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores correspondientes al periodo evaluado constatando en la Ficha Clínica:

- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional

Se revisan 8 Fichas Clínicas en Recuperación y en 10 Fichas Clínicas en el Servicio de Médico Quirúrgico para punto de verificación cirugía adulto, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en las fichas de los 18 pacientes.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual, mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de Cirugías Mayores informadas por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario de Protocolo Operatorio y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha y hora de la intervención
- Diagnóstico pre operatorio
- Diagnóstico post operatorio
- Descripción de la intervención quirúrgica
- Equipo de salud que participó en la intervención, al menos cirujano y anestesista (Nombre, apellido y/o firma y/o timbre)

c) La constatación del uso de la Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra de Fichas Clínicas seleccionadas al azar, de pacientes sometidos a cirugías mayores, seleccionadas del periodo evaluado verificando :

- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

d) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínica de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual, mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total Cirugías Mayores informadas por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario de Protocolo Operatorio y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:

- Nombre/ apellido paciente
- Rut
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Diagnóstico (s) de ingreso-
- Diagnóstico (s) de egreso
- Resumen de evolución clínica
- Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
- Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

Revisados los formularios de Protocolo Operatorio y de Epicrisis; como también, los aspectos del uso de éstos, en ambas muestras de Fichas Clínicas seleccionadas; se constata el cumplimiento de los procedimientos institucionales. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	30	N° protocolos que no cumplen	0
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	28	N° epicrisis que no cumplen	2
Atributo de contenidos mínimos					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	30	N° protocolos que no cumplen	0
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	25	N° epicrisis que no cumplen	5

PQ: Pabellón Cardiovascular

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Protocolo Operatorio se realiza, mediante la revisión de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación Post Operatoria del pabellón cardiovascular. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores de la especialidad, correspondientes al periodo evaluado constatando:

- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional

Se revisa 1 Ficha Clínica en Recuperación del Pabellón de Cardiovascular, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de Cirugías de la especialidad, informadas por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha y hora de la intervención
- Diagnóstico pre operatorio
- Diagnóstico post operatorio
- Descripción de la intervención quirúrgica

- Equipo de salud que participó en la intervención, al menos cirujano y anestesista (Nombre, apellido y/o firma y/o timbre)

c) La constatación del uso de la Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra de Fichas Clínicas seleccionadas al azar, de pacientes sometidos a cirugías cardiovasculares, del periodo evaluado constatando:
- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el Documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

d) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de las Cirugías de la especialidad informadas por el Prestador para el periodo evaluado Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:

- Nombre/ apellido paciente
- Rut
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Diagnóstico (s) de ingreso
- Diagnóstico (s) de egreso
- Resumen de evolución clínica
- Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
- Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico

Revisados los formularios de Protocolo Operatorio y de Epicrisis; como también, los aspectos del uso de éstos, en ambas muestras de Fichas Clínicas seleccionadas; se constata el cumplimiento de los procedimientos institucionales. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	30	N° protocolos que no cumplen	0
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	29	N° epicrisis que no cumplen	1
Atributo de contenidos mínimos					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	29	N° protocolos que no cumplen	1
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	27	N° epicrisis que no cumplen	3

PQ: PabellónGíneco-Obst

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Protocolo Operatorio se realiza, mediante la revisión de Fichas Clínica de pacientes sometidos a cirugías mayores hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación Post Operatoria y al Servicio de Gíneco Obstetricia. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores correspondientes al periodo evaluado constatando en la Ficha Clínica:
- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional

Se revisan 4 Fichas Clínicas en Recuperación del Pabellón de Ginecología y Obstetricia, y en 10 Fichas Clínicas en el servicio de Ginecología y obstetricia, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en las fichas de las 14 pacientes constatando el cumplimiento del procedimiento institucional.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de las Cirugías de la especialidad informadas por el Prestadorpara el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario de Protocolo Operatorio y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:
- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha y hora de la intervención
- Diagnóstico pre operatorio
- Diagnóstico post operatorio
- Descripción de la intervención quirúrgica
- Equipo de salud que participó en la intervención, al menos cirujano y anestesista (Nombre, apellido y/o firma y/o timbre)

c) La constatación del uso de la Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra Fichas Clínica seleccionadas al azar, de pacientes sometidas a cirugías de Gíneco Obstetricia, seleccionadas del periodo evaluado verificando la Legibilidad del documento y la presencia de los contenidos mínimos :
- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

d) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de las Cirugías de la especialidad informadas por el Prestador para el periodo evaluado Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:
- Nombre/ apellido paciente
- Rut
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta

- Diagnóstico (s) de ingreso-
- Diagnóstico (s) de egreso
- Resumen de evolución clínica
- Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
- Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

Revisados los formularios de Protocolo Operatorio y de Epicrisis; como también, los aspectos del uso de éstos, en ambas muestras de Fichas Clínicas seleccionadas; se constata el cumplimiento de los procedimientos institucionales. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	30	N° protocolos que no cumplen	0
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	28	N° epicrisis que no cumplen	2
Atributo de contenidos mínimos					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	29	N° protocolos que no cumplen	1
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	25	N° epicrisis que no cumplen	5

UPC Ad.: UCI Adulto

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso de la Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra Fichas Clínica seleccionadas al azar, de pacientes egresados de la Unidad de Paciente Crítico Adulto, seleccionadas del periodo evaluado constatando:
   - Presencia del documento en la Ficha Clínica
   - Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados de la Unidad de Paciente Crítico Adulto, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de los pacientes egresados y declarados por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos
   - Nombre/ apellido paciente
   - Rut
   - Fecha de ingreso
   - Fecha de alta
   - Diagnóstico (s) de ingreso
   - Diagnóstico (s) de egreso
   - Resumen de evolución clínica
   - Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
   - Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

   Revisados los Formularios de Epicrisis y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados en las 30 Fichas Clínicas seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	26	N° epicrisis que no cumplen	4
Atributo de contenidos mínimos					
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	28	N° epicrisis que no cumplen	2

UPC Ad.: UCI Coronaria

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Formulario Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra Fichas Clínicas, seleccionadas al azar del periodo evaluado constatando:
   - Presencia del documento en la Ficha Clínica
   - Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados de la Unidad Coronaria, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de los pacientes egresados y declarados por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos
   - Nombre/ apellido paciente
   - Rut
   - Fecha de ingreso
   - Fecha de alta
   - Diagnóstico (s) de ingreso
   - Diagnóstico (s) de egreso
   - Resumen de evolución clínica
   - Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
   - Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico

   Revisados los Formularios de Epicrisis y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados en las 30 Fichas Clínica

seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	28	N° epicrisis que no cumplen	2
Atributo de contenidos mínimos					
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	29	N° epicrisis que no cumplen	1

UPC Ad.: UTIMQ

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Protocolo Operatorio se realiza, mediante la revisión de Fichas Clínica de pacientes sometidos a cirugías mayores hospitalizados al momento de la visita de acreditación en la Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores y egresados de la Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, correspondientes al periodo evaluado, constatando en la Ficha Clínica:
- Presencia del documento
- Si el documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional

Se revisan 3 Fichas Clínicas la Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en las fichas de los 3 pacientes constatando el cumplimiento del procedimiento institucional.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados de la Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de pacientes informadas por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario de Protocolo Operatorio y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:
- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha y hora de la intervención
- Diagnóstico pre operatorio
- Diagnóstico post operatorio
- Descripción de la intervención quirúrgica
- Equipo de salud que participó en la intervención, al menos cirujano y anestesista (Nombre, apellido y/o firma y/o timbre)

c) La constatación del uso del Formulario Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra Fichas Clínica seleccionadas al azar, de pacientes egresados de la Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, del periodo evaluado constatando:
- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

d) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados de la Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de los pacientes informados por el Prestador para el periodo evaluado Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario de Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:

- Nombre/ apellido paciente
- Rut
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Diagnóstico (s) de ingreso
- Diagnóstico (s) de egreso
- Resumen de evolución clínica
- Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
- Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

Revisados los formularios de Protocolo Operatorio y de Epicrisis; como también, los aspectos del uso de éstos, en ambas muestras de Fichas Clínicas seleccionadas; se constata el cumplimiento de los procedimientos institucionales. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	30	N° protocolos que no cumplen	0
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	26	N° epicrisis que no cumplen	4
Atributo de contenidos mínimos					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	28	N° protocolos que no cumplen	2
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	26	N° epicrisis que no cumplen	4

Med: Servicio Medicina

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Formulario Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra Fichas Clínicas,

seleccionadas al azar de pacientes egresados del Servicio de Medicina, del periodo evaluado constatando:

- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados del Servicio de Medicina, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de los pacientes egresados declarados por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínica la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos

- Nombre/ apellido paciente
- Rut
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Diagnóstico (s) de ingreso
- Diagnóstico (s) de egreso
- Resumen de evolución clínica
- Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
- Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

Revisados los Formularios de Epicrisis y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados en las 30 Fichas Clínica seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	27	N° epicrisis que no cumplen	3
Atributo de contenidos mínimos					
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	29	N° epicrisis que no cumplen	1

Med: Unidad Atención Progresiva del Paciente

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Formulario Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra Fichas Clínica, seleccionadas al azar, de pacientes egresados de la Unidad de Atención Progresiva del Paciente, en el periodo evaluado constatando:

- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados de la Unidad Atención Progresiva del Paciente, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de los pacientes egresados, declarados por el Prestadorpara el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos

- Nombre/ apellido paciente
- Rut
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Diagnóstico (s) de ingreso
- Diagnóstico (s) de egreso
- Resumen de evolución clínica
- Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
- Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

Revisados los Formularios de Epicrisis y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados en las 30 Fichas Clínica seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	26	N° epicrisis que no cumplen	4
Atributo de contenidos mínimos					
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	28	N° epicrisis que no cumplen	2

Pensionado Médico Quirúrgico

Metodología de constatación**:**

a) La constatación del uso del Protocolo Operatorio se realiza, mediante la revisión de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores hospitalizados al momento de la visita de acreditación en Pensionado Médico Quirúrgico. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores y egresados de la **Pensionado Médico Quirúrgico,** correspondientes al periodo evaluado, constatando en la Ficha Clínica:

- Presencia del documento
- Si el Documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional

Al momento de la visita no hay pacientes quirúrgicos hospitalizados

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados del Pensionado Médico Quirúrgico, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de pacientes informadas por el Prestadorpara el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínica la existencia del Formulario de Protocolo Operatorio y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha y hora de la intervención
- Diagnóstico pre operatorio
- Diagnóstico post operatorio
- Descripción de la intervención quirúrgica
- Equipo de salud que participó en la intervención, al menos cirujano y anestesista (Nombre, apellido y/o firma y/o timbre).

c) La constatación del uso del Formulario Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra Fichas Clínicas, seleccionadas al azar, de los pacientes egresados del Servicio de Pensionado Médico Quirúrgico, del periodo evaluado constatando:

- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

d) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados del Pensionado Médico Quirúrgico, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de los pacientes egresados declarados por el Prestadorpara el periodo evaluado Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos

- Nombre/ apellido paciente
- Rut
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Diagnóstico (s) de ingreso
- Diagnóstico (s) de egreso
- Resumen de evolución clínica
- Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
- Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

Revisados los formularios de Protocolo Operatorio y de Epicrisis; como también, los aspectos del uso de éstos, en ambas muestras de Fichas Clínicas seleccionadas; se constata el cumplimiento de los procedimientos institucionales. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	30	N° protocolos que no cumplen	0
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	28	N° epicrisis que no cumplen	4
Atributo de contenidos mínimos					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	29	N° protocolos que no cumplen	1
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	25	N° epicrisis que no cumplen	5

Observaciones:

Cir Ad

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Protocolo Operatorio se realiza, mediante la revisión de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el Servicio de Cirugía. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores y egresados del Servicio de Cirugía Adulto, correspondientes al periodo evaluado, constatando en la Ficha Clínica:

- Presencia del documento
- Si el documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional

Se revisan 10 Fichas Clínicas en el Servicio de Cirugía Adulto, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en las fichas de los 10 pacientes.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados del Servicio de Cirugía Adulto, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de pacientes informadas por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario de Protocolo Operatorio y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha y hora de la intervención
- Diagnóstico pre operatorio
- Diagnóstico post operatorio
- Descripción de la intervención quirúrgica
- Equipo de salud que participó en la intervención, al menos cirujano y anestesista (Nombre, apellido y/o firma y/o timbre)

c) La constatación del uso del Formulario Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra Fichas Clínica, seleccionadas al azar de pacientes egresados del Servicio de Cirugía, del periodo evaluado constatando:
- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el Documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

d) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados del Servicio de Cirugía, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de los pacientes egresados declarados por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos
- Nombre/ apellido paciente
- Rut
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Diagnóstico (s) de ingreso
- Diagnóstico (s) de egreso
- Resumen de evolución clínica
- Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
- Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

Revisados los formularios de Protocolo Operatorio y de Epicrisis; como también, los aspectos del uso de éstos, en ambas muestras de Fichas Clínicas seleccionadas; se constata el cumplimiento de los procedimientos institucionales. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	30	N° protocolos que no cumplen	0
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	28	N° epicrisis que no cumplen	2
Atributo de contenidos mínimos					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	28	N° protocolos que no cumplen	2
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	29	N° epicrisis que no cumplen	1
Observaciones:					

Cir Ad: Bloque Quirúrgico de Especialidades

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Protocolo Operatorio se realiza, mediante la revisión de Fichas Clínica de pacientes sometidos a cirugías de las especialidades de Coloproctología, Cirugía Vascular Periférica, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Maxilo Facial, hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación post operatoria y en el Servicio de Cirugía de Especialidades. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías de las especialidades antes mencionadas, correspondientes al periodo evaluado con el propósito de verificar en la Ficha Clínica
- Presencia del documento
- Si el documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional

Se revisan 10 Fichas Clínicas en el Servicio de Médico Quirúrgico de Especialidades, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en las fichas de los 10 pacientes.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados del Servicio de Cirugía de Especialidades, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de pacientes informadas por el Prestadorpara el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínica la existencia del Formulario de Protocolo Operatorio y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:
- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha y hora de la intervención
- Diagnóstico pre operatorio
- Diagnóstico post operatorio
- Descripción de la intervención quirúrgica
- Equipo de salud que participó en la intervención, al menos cirujano y anestesista (Nombre, apellido y/o firma y/o timbre)

c) La constatación del uso de la Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra de Fichas Clínicas seleccionadas al azar, de pacientes egresados de las especialidades de Coloproctología, Cirugía Vascular Periférica, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Maxilo Facial del periodo evaluado constatando:
- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

d) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados del Servicio de Cirugía de Especialidades, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de los pacientes egresados declarados por el Prestador para el periodo evaluado Se procede a revisar en las Fichas Clínica la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes

contenidos mínimos
- Nombre/ apellido paciente
- Rut
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Diagnóstico (s) de ingreso
- Diagnóstico (s) de egreso
- Resumen de evolución clínica
- Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
- Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

Revisados los formularios de Protocolo Operatorio y de Epicrisis; como también, los aspectos del uso de éstos, en ambas muestras de Fichas Clínicas seleccionadas; se constata el cumplimiento de los procedimientos institucionales. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	30	N° protocolos que no cumplen	0
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	29	N° epicrisis que no cumplen	1
Atributo de contenidos mínimos					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	28	N° protocolos que no cumplen	2
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	27	N° epicrisis que no cumplen	3

Observaciones: Para

Observaciones: Para la constatación de Protocolo Operatorio y Epicrisis en el punto de verificación Cirugía de Especialidades se selecciona una muestra randomizada de 30 fichas del total de los egresos del Servicio de Cirugía de Especialidades.

Ped

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Formulario Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra de Fichas Clínicas, seleccionadas al azar, de pacientes egresados del Servicio de Pediatría del periodo evaluado constatando:
   - Presencia del documento en la Ficha Clínica
   - Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados del Servicio de Pediatría, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de los pacientes egresados declarados por el Prestadorpara el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos
   - Nombre/ apellido paciente
   - Rut
   - Fecha de ingreso
   - Fecha de alta
   - Diagnóstico (s) de ingreso
   - Diagnóstico (s) de egreso
   - Resumen de evolución clínica
   - Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
   - Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

   Revisados los Formularios de Epicrisis y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados en las 30 Fichas Clínicas seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015

Atributo de legibilidad					
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	29	N° epicrisis que no cumplen	1
Atributo de contenidos mínimos					
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	28	N° epicrisis que no cumplen	2

Observaciones:

Obst-gine

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Protocolo Operatorio se realiza, mediante la revisión de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores hospitalizados en el Servicio de Gíneco Obstetricia, al momento de la visita de acreditación. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de Fichas Clínicas de pacientes sometidas a cirugías mayores y egresadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia, correspondientes al periodo evaluado, constatando en la Ficha Clínica:
   - Presencia del documento
   - Si el documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional

   Se revisan 12 Fichas Clínicas en el Servicio Obstetricia y Ginecología, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en las fichas de los 12 pacientes.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados del Servicio de Obstetricia y Ginecología, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de pacientes informadas por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas, la existencia del Formulario de Protocolo Operatorio y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha y hora de la intervención
- Diagnóstico pre operatorio
- Diagnóstico post operatorio
- Descripción de la intervención quirúrgica
- Equipo de salud que participó en la intervención, al menos cirujano y anestesista (Nombre, apellido y/o firma y/o timbre)

c) La constatación del uso del Formulario Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra de Fichas Clínicas seleccionadas al azar, de pacientes egresadas del Servicio de Gíneco Obstetricia, del periodo evaluado constatando:

- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

d) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados del Servicio de Obstetricia y Ginecología, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de los pacientes egresados declarados por el Prestador para el periodo evaluado Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos

- Nombre/ apellido paciente
- Rut
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Diagnóstico (s) de ingreso
- Diagnóstico (s) de egreso
- Resumen de evolución clínica
- Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
- Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

Revisados los formularios de Protocolo Operatorio y de Epicrisis; como también, los aspectos del uso de éstos, en ambas muestras de Fichas Clínicas seleccionadas; se constata el cumplimiento de los procedimientos institucionales. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	30	N° protocolos que no cumplen	0
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	25	N° epicrisis que no cumplen	4
Atributo de contenidos mínimos					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	28	N° protocolos que no cumplen	2
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	26	N° epicrisis que no cumplen	4

CARACTERÍSTICA REG 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	Dirección	PQ	UPC Ad.	Med.	Cir. Ad.	Pediatría	Obst-gine	Cons. Amb.	URG
1° EM	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2° EM		1	1	1	1	1	1	1	1
3° EM		1	1	1	1	1	1	1	1
4° EM		1	1	1	1	1	1		

Umbral de la característica:≥ 75%	Puntaje total: 31/31	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA REG 1.3 / HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué? No aplica Radioterapia, debido a que el tratamiento de Radioterapia se realiza en dependencias del Centro Oncológico Ambulatorio, el cual para efectos de esta acreditación no forma parte del proceso; según lo establecido en el Ordinario IP N° 2964 del 20/11/2013 de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud.

REG 1.3 – Primer elemento medible: Se describen en un documento de carácter institucional los informes que deben ser entregados al paciente respecto a las prestaciones realizadas en al menos las siguientes ocasiones:

Nombre del documento: Procedimiento Entrega de Informes de prestaciones a Pacientes		
N° Resolución:5906 Código: PO-OCI-02	Versión: 01	Fecha:30/10/2012 08/2012

Elaborado por: Ismia Barrientos Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta

Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 08/2015	N° páginas: 6

El documento describe los informes a entregar al menos en las siguientes ocasiones:

1. Alta de hospitalización:	Si	2. Alta de tratamiento de RT o QMT:	Si	3. Atención de urgencia:	Si
Procedimientos diagnósticos y terapéuticos amb:	Si	Cirugía mayor ambulatoria:			Si

El documento describe los contenidos mínimos de los informes a entregar:

1. Diagnóstico:	Si	2. Procedimientos realizados:	Si	3. Indicaciones:	Si
Responsables de la aplicación	Si				

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación:

Pab. CMA	Pro End.	Dental	APR	APQ	API	Cir. Ad.	Med.	Ped.	Neo	URG
Si	Si	Si	N/A	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los servicios que componen los distintos puntos de verificación y su cumplimiento:
El documento descrito se tiene a la vista en:
- Pabellón de Cirugía Mayor ambulatoria,
- Procedimientos Endoscópicos,
- Dental,
- Unidad de Apoyo Quimioterapia Adulto e Infantil,
- Unidad de Apoyo Imagenología,
- Servicio de Cirugía, Bloque Quirúrgico de Especialidades y Pensionado Médico Quirúrgico para punto de verificación Cir Ad.
- Servicio de Medicina, Pensionado Médico Quirúrgico y Unidad Atención Progresiva del Paciente (UAPP)
- Servicio de Pediatría,
- Unidad de Neonatología,
- Unidad de Urgencia Adulto, Pediátrico y Gíneco-Obstétrica.

En todos los puntos antes mencionados, se constata la presencia del documento vigente.

Observaciones:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, en página 2 del documento se consigna el objetivo del procedimiento, su alcance y los responsables de su aplicación.
En página 3 se señala el equipo y material necesario y se describe el proceso, consignando que el Hospital ha definido que se entregue informe por escrito en los siguientes casos:
- Alta de hospitalización
- Alta de tratamiento de Radioterapia y/o Quimioterapia
- Atención de urgencia
- Procedimientos diagnósticos terapéuticos ambulatorios de endoscopía, imagenología intervencional
- Alta cirugía mayor ambulatoria

Los requisitos mínimos de los informes a entregar son (general):
- Nombre del paciente
- Diagnóstico
- Procedimientos realizados
- Indicaciones según corresponda
- Nombre y firma del profesional responsable

En el caso de los procedimientos invasivos en Dental, se entregan indicaciones por escrito post tratamiento realizado.
En página 5 consta Anexo N°1: "Indicador".
En página 6 figura "Pauta de Cotejo de Informe de Prestaciones
Se constata que el documento "Procedimiento Entrega de Informes de Prestaciones a Pacientes", solicitado por el Elemento Medible y presentado por el Prestador, solo menciona los informes a entregar y señala los contenidos mínimos en general.
El documento tenido a la vista tiene su fecha de vigencia vencida, se solicita documento vigente, el prestador no presenta documento actualizado. Se da por No Cumplido el elemento Primer Medible de la Característica REG 1.3.

REG 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

Observaciones: El Prestador no presenta documentos del Indicador, para ninguno de los puntos de verificación que le aplican, por lo que se da por No Cumplido el 2° Elemento Medible de la Característica REG 1.3

REG 1.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

Observaciones: El Prestador no presenta documentos de evaluación periódica del Indicador, para ninguno de los puntos de verificación que le aplican, por lo que se da por No cumplido el 3er Elemento Medible de la Característica REG 1.3

CARACTERÍSTICA REG 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	Pab. CMA	Pro End.	Dental	APR	APQ	API	Cir. Ad.	Med.	Ped.	Neo	URG
1° EM	0	0	0	N/A	0	0	0	0	0	0	0
2° EM	0	0	0	N/A	0	0	0	0	0	0	0
3° EM	0	0	0	N/A	0	0	0	0	0	0	0

Umbral de la característica:≥ 50%	Puntaje total: 0/30	Porcentaje obtenido: 0%	Cumple: No

CARACTERÍSTICA REG 1.4 / HALLAZGOS

REG 1.4 – Primer elemento medible: Se describen en documento(s) los procedimientos de entrega, recepción y conservación de fichas clínicas y se han designado los responsables de su aplicación.

Archivo (U otra Unidad donde se realizan los procedimientos pertinentes)

Nombre del documento	Procedimiento Manejo Ficha Clínica		
Fecha elab:10/2015 Código: PO-ARC-01	Fecha vigencia: 10/2020	Versión: 03	N° páginas:23
Elaborado por: Mariel Berrios Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	Aprobado por: Sr. Juan Urrutia Director del Hospital Regional de Antofagasta		
Incluye proced. (Si/No)	1. Entrega de fichas: Si	2. Recepción de fichas: Si	3. Conservación de fichas: Si
Responsable aplicación	Jefe de la Unidad de Archivo		

Breve descripción del contenido del documento:

En la Unidad de Archivos se tiene a la vista documento "Procedimiento Manejo Ficha Clínica", en páginas 2 y 3, constan los objetivos, su alcance, y las responsabilidades de los implicados en el proceso:

- Subdirector Administrativo: Es el responsable de gestionar y velar por el cumplimiento de este procedimiento
- Jefe de archivo, Recepcionista de archivo: Responsables del manejo administrativo de la Ficha Clínica física o tradicional; además, de la apertura de ésta, en los casos nuevos.
- Recepcionista de Archivo: Es el responsable de recibir todas las fichas clínicas físicas que ingresen a la unidad de archivo, chequearlas e incorporarlas al sistema informático como reincorporadas.
- Encargado de buzón, Administrativo de archivo: Responsables de recibir las solicitudes espontáneas de fichas clínicas físicas
- Administrativo de Archivo: Es el responsable de retirar desde los anaqueles todas las fichas clínicas, según solicitudes de las unidades clínicas y de apoyo del establecimiento y entregarlas al despachador.
- Despachador de archivo: Es el responsable de seleccionar las fichas clínicas para su despacho, de acuerdo a las solicitudes de las diferentes unidades clínicas y de apoyo
- Auxiliar de servicio de Archivo: Es el responsable de llevar las fichas clínicas a las diferentes unidades solicitantes, como también, del retorno de estas a la unidad de archivo.
- Jefe Informática: Es responsable del control, seguridad y mantención del sistema digital de la ficha clínica. Debe velar por la mantención del equipamiento informático y mantener la red de datos disponible.

Desde página 5 a 18 se describe el procedimiento, que contempla:

- **Integralidad de la información de la ficha clínica:** Se señala, respecto de la individualización del paciente, su evolución y las atenciones recibidas; pudiendo accederse a ella a través de la ficha clínica central y registros clínicos en unidades satélites, gracias a su vinculación por medio del número código único. Se indica plazos y formalidades para adjuntar la información, por parte de las distintas áreas del establecimiento, por las que puede acceder el paciente.
- **Apertura ficha clínica**: Se consigna todo el procedimiento para la creación de una nueva ficha clínica, los datos del paciente que deben ser consignados en la carátula, los timbres, membretes y códigos del establecimiento, que ésta debe llevar. Se hace mención al procedimiento en caso de pacientes NN y recién nacidos sin identificación.
- **Mantención y conservación de la ficha clínica física:** En la unidad de archivo, a objeto de evitar el deterioro y la pérdida de información contenida en la ficha clínica. Igualmente se indica el procedimiento para archivar en Unidad de Archivo.
- **Solicitud de fichas desde las unidades asistenciales**: Las fichas clínicas deben ser solicitadas por escrito a través de un memo o correo electrónico al jefe de la Unidad de Archivo. Se identifican solicitudes dependiendo de las áreas ambulatorias o de atención cerrada.
- **Otras solicitudes de fichas clínicas**: Se indica que la ficha clínica puede ser solicitada; en casos de estudio e investigación, tramitación de beneficios o procesos judiciales, por el paciente o representante legal, por tribunales de justicia, fiscales del ministerio público y para prestaciones realizadas al paciente fuera de la institución.
- **Retiro de las fichas clínicas de los anaqueles:** Se describe el procedimiento para realizar el seguimiento de la ficha clínica, mediante el empleo de un "Tarjetón de Reemplazo" que consigna el N° de la ficha clínica, servicio o unidad asistencial de destino, entre otros datos.
- **Entrega de las fichas clínicas**, dependiendo de las diferentes situaciones que pueden generar la solicitud de fichas clínicas, los registros que se generan y los responsables de la entrega de las fichas en las unidades asistenciales.
- **Manejo de la ficha clínica en las unidades clínicas**: Se señala el deber de custodia de la misma en el lugar dispuesto por la unidad. Se indica antecedentes a adjuntar a la ficha, una vez que el paciente es dado de alta (hoja de DAU, hoja de ingreso, evoluciones médicas, epicrisis, exámenes, etc.).
- **Recepción de las fichas clínicas físicas en la unidad de archivo**: Se indica el lapso de tiempo considerado para cada unidad asistencial o caso especial para reintegrar la ficha clínica a la unidad de archivo y su registro en sistema informático por el funcionario de archivo.
- **Eliminación fichas clínicas**: Se indican los plazos que se deben mantener las fichas clínicas, tras el ingreso del último registro. Las fichas digitales quedan almacenadas en los servidores informáticos. En caso de eliminación, ésta es propuesta por el Encargado de Centro de Responsabilidad Activo de Recursos Físicos y Financieros a su jefatura inmediata. Se autoriza por medio de Resolución Exenta del Director del Establecimiento. Del cumplimiento se deja constancia en acta levantada al efecto. (Circular. N° 028704, de agosto de 1981, Contraloría General de la República).
- **Archivo pasivo**: donde se trasladan y mantienen las fichas que están inactivas por un periodo superior a 5 años.
- **Manejo de registros clínicos en Unidades Satélites de pacientes inactivos y fallecidos**, indicándose plazos para su envío a unidad de archivo.
- **Confidencialidad de la ficha clínica**: En este punto se refiere a la confidencialidad y la responsabilidad de quienes registran los datos que se consignan. Se señala que el personal de archivo no puede proporcionar antecedentes de los datos contenidos en la ficha clínica. (Ley 20.584, arts. 29 y 30 Ley 17.374 y secreto profesional; Código. Penal). Las excepciones señaladas por requerimiento de la autoridad o del paciente y familiares. Formalidades.

En página 21 consta Anexo N° 1: "Pauta de Supervisión del Proceso de mantención y Conservación de la Ficha Clínica Física en la Unidad de Archivo".

En página 22 consta Anexo 2: "Indicador de Cumplimiento"

El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Manejo Ficha Clínica. Versión 02 del 06/05/2013

Observaciones: El documento que contiene los requisitos solicitados en el Elemento Medible de la Característica REG 1.4, están

comprendidos en el documento presentado por el Prestador "Procedimiento Manejo de Ficha Clínica" de la Característica REG 1.1 Se da por cumplido el elemento medible.

REG 1.4 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

(U otra Unidad donde se realizan los procedimientos pertinentes)	
Nombre del indicador	Porcentaje de áreas de anaqueles que cumplen con los criterios mínimos de mantención y conservación de fichas clínicas según procedimiento en la unidad de archivo.
Fórmula matemática	N° de áreas de anaqueles que cumplen con los criterios mínimos de mantención y conservación de fichas clínicas según procedimiento en la unidad de archivo/ N° total de áreas de anaqueles dispuestas en la unidad de archivo x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Semestral

REG 1.4 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

Archivo (U otra Unidad donde se realizan los procedimientos pertinentes)	
Nombre documento	Informe Semestral de Pauta de Supervisión del Proceso de Mantención y Conservación de la Ficha Clínica en la Unidad de Archivo.
Responsable medición	Jefe de la unidad de archivo
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Proceso de Mantención y Conservación de la Ficha Clínica en la Unidad de Archivo.
Fuente secundaria	Informe Semestral de Pauta de Supervisión del Proceso de Mantención y Conservación de la Ficha Clínica en la Unidad de Archivo
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas de supervisión con criterio de sustitución, se aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual, se randomiza el número de Área de Anaquel al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión, Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Área de anaquel con fichas clínicas ordenadas y enumeradas • Área de anaquel con fichas clínicas protegidas de la humedad • Área de anaquel cuenta con iluminación • Área de anaquel con fichas clínicas con carátulas indemnes En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Archivo						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Archivo						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión del Proceso de Mantención y Conservación de la Ficha Clínica en la Unidad de Archivo". El resultado reportado del trimestre es de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA REG 1.4 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Archivo	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

ÁMBITO SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO

CARACTERÍSTICA EQ 1.1 / HALLAZGOS

EQ 1.1 Primer elemento medible: Se describe en documento de carácter institucional el procedimiento para la adquisición de equipamiento que considera al menos:

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento: Procedimiento de Adquisición de Equipamiento Médico					
N° Resolución: 7145 del 07/05/2014		Versión: 00		Fecha: Abril 2014	
Elaborado por: Priscila Hachin D. y Mauricio Sierra F., Ingenieros Biomédicos			Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director (S) Hospital Regional de Antofagasta		
Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 5 años		N° páginas: 9	
El documento considera al menos:					
1. Responsable de adquisición	Si	2. Participación de personal técnico y usuario	Si	3. Sistema de evaluación de calidad técnica del equipamiento a ser adquirido	Si
Observaciones: En la Unidad de Equipos Médicos, para punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional, denominado "Procedimiento de Adquisición de Equipamiento Médico", código PO-EQ-02, primera versión, firmado por quienes elaboran, revisan y aprueba. En páginas 2, se indica que el alcance del procedimiento será a todo tipo de equipamiento médico que se adquiera en unidades clínicas y de apoyo del hospital. En ítem n° 3 se establecen las responsabilidades en el procedimiento: Director, determinar pertinencia de las solicitudes y aprobar bases de licitación; Subdirección Administrativa, gestiona recursos y aprueba compra; Jefatura Unidad de Abastecimiento, confección de bases y de proceso de licitación; Unidad de Proyectos, levanta demanda y entrega criterios de evaluación para la adquisición; Unidad de Equipos Médicos, apoya levantamiento de especificaciones técnicas y proceso de evaluación; Usuario, elabora especificaciones técnicas y Comisión evaluadora, evalúa técnicamente las ofertas y recomienda adquisición. En página 5, ítem 7 "Proceso", punto 7.1, se describe la participación del usuario, quien valida las especificaciones técnicas, y en punto 7.2 el sistema de evaluación de la calidad del equipamiento a ser adquirido, establecido en las bases técnicas de cada licitación.					

EQ 1.1 – Segundo elemento medible: Existe constancia de la participación de personal técnico y usuarios en la compra del equipamiento.

Dirección o Gerencia
Describe verificación del EM: Se tienen a la vista las actas de pre adjudicación de equipamiento clínico de 2015, en las cuales se constata la descripción técnica del equipo a adquirir y la recomendación de adjudicación, para ello se reúne la contraparte técnica del Hospital, de la cual forma parte el Jefe o un representante de la Unidad solicitante, quien también firma las actas. Se constata la participación del usuario en los siguientes equipos: 1. Microspcopio Trinocular, solicitado para Unidad de Anatomía Patológica, firma el acta de pre adjudicación de fecha 17/02/2015, Roxana Parra, Tecnóloga Médica Supervisora de la Unidad de Anatomía Patológica. 2. Nasofaringolaingoendoscopio, solicitado para Policlínico Otorrino, firma el acta de pre adjudicación de fecha 05/03/2015, don. Ramón Jimenez J., Médico Policlínico Otorrino. 3. Microspcopio Trinocular (segunda unidad), solicitado para Unidad de Anatomía Patológica, firma el acta de pre adjudicación de fecha 11/03/2015, Hugo Benítez C. Médico Jefe Unidad de Anatomía Patológica. 4. Calentador de suero, solicitado para Pabellón Central, firman el acta de pre adjudicación de fecha 30/04/2015, don. Manuel Pizarro E., TENS Pabellón Central y Jeannette Flores Arancibia, Enfermera Supervisora Pabellón Central. 5. Transductores para ecógrafo, solicitado para Policlínico Urología, firma el acta de pre adjudicación de fecha 26/06/2015, don. Francisco Bilbao P., Médico Jefe Urología. 6. Electrofulgurador, solicitado para el Servicio de Dermatología, firma el acta de pre adjudicación de fecha 18/08/2015, don. Juan Carlos Valencia G., Médico Jefe Servicio Dermatología.

CARACTERÍSTICA EQ 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA EQ 1.2 / HALLAZGOS

EQ 1.2 – Primer elemento medible: Existe un documento de carácter institucional donde se describe un sistema de seguimiento de vida útil del equipamiento relevante para la seguridad de los usuarios que incluye al menos:

Dirección o Gerencia							
Nombre del documento	Procedimiento de seguimiento de vida útil de equipamiento médico crítico						
N° Resolución: 1704 del 09/04/2012		Versión: 00		Fecha: Marzo 2012			
Elaborado por: Priscila Hachin D., Jefa Unidad de Equipos Médicos			Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director (S) Hospital Regional de Antofagasta				
Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 5 años		N° páginas: 9			
El documento describe al menos:							
1. Equipamiento de anestesia	Si	2. Equipos de monitorización hemodinámica	Si	3. Monitores desfibriladores	Si		
4. Ventiladores fijos	Si	5. Ventiladores de transporte	Si	6. Monitores de diálisis	Si	7. Incubadoras	Si
Observaciones: En la Unidad de Equipos Médicos, para punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional, denominado, que en su alcance considera un programa de seguimiento de vida útil de todos los equipos críticos contemplados en el elemento medible, para evaluar y planificar su reposición, siendo el responsable de la aplicación del procedimiento el Jefe de la Unidad de Mantención de Equipos Médicos.							

EQ 1.2 – Segundo elemento medible: Existe un informe anual de las necesidades de reposición del equipamiento crítico.

Nombre del informe: Informe anual de necesidades de reposición de equipamiento crítico
Responsable del informe: Priscila Hachin D. y Mauricio Sierra F.
Informe firmado por: Priscila Hachin D. y Mauricio Sierra F., revisado por Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente
Fecha de elaboración: 15/01/2015
Breve descripción del contenido del documento: En la Unidad de Equipos Médicos, para punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento elaborado por la Jefa de la Unidad dirigido a la Dirección del Hospital y la Sub Dirección Administrativa, emitido en enero de 2015 que considera 5 ítems: Ámbito de aplicación, bajas de equipos, estado de equipos médicos críticos con vida útil cumplida, recomendaciones para adquisición de equipos médicos y anexos. El documento establece en página 4 que en 2014 se dieron de baja 3 equipos (monitores de signos vitales). En página 5 se indica que la vida útil estándar es de 8 años para monitores de signos vitales, monitores cardiofetales, máquinas de diálisis, desfibriladores, incubadoras y ventiladores mecánicos, de 9 años para máquinas de anestesia y 5 años para ambulancias, de acuerdo a lo anterior habría un total de 172 equipos con vida útil cumplida al año 2015: - 113 Monitores de signos vitales - 19 ventiladores mecánicos - 15 desfibriladores - 12 incubadoras - 10 monitores cardiofetales - 3 máquinas de anestesia En página 8 se encuentran las recomendaciones de los equipos a reponer, según tipo y cantidad. En anexo 1, se detallan los 172 equipos con vida útil residual inferior a 1.

CARACTERÍSTICA EQ 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 50%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA EQ 2.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

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

Dirección o Gerencia		
Documento que designa nombramiento: Resolución Exenta		
N° Resolución: 0689	Versión: NA	Fecha: 26/01/2015
Elaborado por: NA	Aprobado por: Marcelo Flores Varas, Director (S), Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: No indica	N° páginas: 1
Nombre responsable: No se consigna en el documento	Cargo: Jefe Unidad de Equipos Médicos	Profesión: No se consigna en el documento
Observaciones: El documento tenido a la vista no consigna el nombre ni la profesión del responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional. En documentación institucional se verifica que el Jefe de la Unidad de Equipos Médicos es ingeniero biomédico.		

EQ 2.1 – Segundo elemento medible: Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos:

Dirección o Gerencia											
Nombre del documento: Programa de Mantenimiento preventivo de equipos críticos											
N° Resolución: 3323 del 28/04/2015		Versión: 2		Fecha: Abril 2015		Fecha vigencia: 5 años		N° páginas: 36			
Elaborado por: Priscila Hachin D. y Mauricio Sierra F., Ingenieros Biomédicos				Aprobado por: Francisco Bueno Natush, Director (S), Hospital Regional de Antofagasta							
El documento incluye al menos los siguientes equipos:											
1. Equipos de monitorización hemodinámica:	Si	2. Monitores desfibriladores:	Si	3. Ventiladores fijos	Si	4. Ventiladores de transporte	Si	5. Máquinas de anestesia	Si	6. Ambulancias de urgencia	Si	7. Incubadoras	Si
El documento considera:											
1. Características del mantenimiento	Si	2. Periodicidad	Si								
Observaciones: En la Unidad de Equipos Médicos, para punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento con el Programa de mantenimiento preventivo del equipamiento crítico, en el cual se enumeran en definiciones los equipos críticos solicitados en el elemento medible. En responsabilidades, página 4 ítem n° 3 se establece que el responsable institucional de la ejecución del programa es el Jefe de la Unidad de mantención de Equipos Médicos En páginas 10 a 20, ítem n° 7 "Descripción del Proceso" se detallan las actividades a realizar en el mantenimiento preventivo y la periodicidad de éste según el tipo de equipo, según se detalla: 1. Actividades a realizar en la mantención preventiva estándar: - Calibración - Verificación o inspección - Pruebas de operatividad - Limpieza											

- Lubricación
- Pruebas de funcionamiento

2. Periodicidad de la mantención por tipo de equipo:
   - Equipos de monitorización hemodinámica, frecuencia cuatrimestral
   - Desfibriladores, frecuencia cuatrimestral
   - Incubadoras, frecuencia cuatrimestral
   - Máquinas de anestesia, frecuencia semestral
   - Ventiladores mecánicos fijos y de transporte, frecuencia trimestral
   - Ambulancias, frecuencia en base a kilometraje programado +/- 2500 km

Se exceptúan del programa los equipos nuevos que se encuentran en período de garantía con mantenimiento preventivo incluido en la venta. El programa considera la reprogramación del mantenimiento preventivo cuando: el equipo esté en uso con un paciente y no exista equipo de reemplazo, no disponible por alta demanda, no disponible por contaminación, se encuentre no operativo, se encuentre extraviado o en préstamo, entre otras. La reprogramación podrá aplazarse hasta por 3 meses.
En Anexos, las pautas de mantención preventiva por cata tipo de equipo.

EQ 2.1 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa, en los equipos mencionados.

Se constata en Dirección o Gerencia del Prestador

Mantenimiento preventivo de equipos de monitorización hemodinámica

Metodología de constatación:
El prestador declara un total de 359 equipos de monitorización hemodinámica excluidos los monitores de anestesia, clasificados como monitores de signos vitales, clasificación que incorpora, en el mismo ítem, los equipos de monitoreo hemodinámico y los equipos de monitoreo de signos vitales no invasivos. Para la constatación del cumplimiento del mantenimiento preventivo se toma una muestra aleatoria de 37 equipos, de los cuales se procede a revisar la documentación que da cuenta del mantenimiento realizado. Con objeto de comprobar el cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa de Mantención institucional se solicita al prestador presentar la documentación de la última y la penúltima mantención efectuada.
Los atributos de cumplimiento considerados son:

1. Presencia del equipo en Carta Gantt Equipos Críticos 2015
2. Existencia de Orden de trabajo o equivalente y Ficha de mantención preventiva para monitor de signos vitales, de la mantención correspondiente.
3. Cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa Institucional, para efecto de los monitores de signos vitales cuatrimestral. Se excluyen de esta periodicidad los equipos en garantía.
4. Reprogramación no mayor a 3 meses.

Equipo/serie /código (N° Inventario)	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Monitor signos vitales/ 101106209/0-45078-06	Cuatrimestral	Septiembre/2015	04/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 101103060/ 0-45082-10	Cuatrimestral	Agosto/2015	04/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 70001086/0-45718-06	Cuatrimestral	Noviembre/2015	05/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 4993707/0-46287-24	Cuatrimestral	Agosto/2015	14/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/SN/ 0-49898-28	Cuatrimestral	Noviembre/2015	09/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 05084A5V-104/0-49899-28	Cuatrimestral	Agosto/2015	13/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 5513617571/0-50326-06	Cuatrimestral	Septiembre/2015	07/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ A06P60546/0-51072-24	Cuatrimestral	Junio/2015	26/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ AO7960713/0-51204-15	Cuatrimestral	Septiembre/2015	16/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y	Si	Si

				precedente		
Monitor signos vitales/ 5399198650/0-52864-10	Cuatrimestral	Septiembre/2015	07/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 5399241158/0-52883-03	Cuatrimestral	Noviembre/2015	03/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 3031042275LA/0-59210-45-10	Cuatrimestral	Septiembre/2015	14/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 1A010A0168/0-61626-15	Cuatrimestral	Octubre/2015	08/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ V026E000231/0-62184-28	Cuatrimestral	Noviembre/2015	05/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ CC-21121141/0-62659-28	Cuatrimestral	Agosto/2015	12/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ CC-21121137/0-62664-28	Cuatrimestral	Agosto/2015	12/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 01317/0-62824-06	Cuatrimestral	Septiembre/2015	23/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ CC-21121445/0-62941-21	Cuatrimestral	Octubre/2015	22/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ CC-21121455/0-62963-06	Cuatrimestral	Octubre/2015	08/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ SF311283750WA/0-63117-116	Cuatrimestral	Término garantía	19/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual	Si	Si
Monitor signos vitales/ 791.02076/0-63164-06	Cuatrimestral	Noviembre/2015 En garantía instalado 2012	No programado, calendario 2016 no disponible	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva precedente.	Si	Si
Monitor signos vitales/ 800-12B-0186/0-64012-28	Cuatrimestral	Agosto/2015	19/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 106794 0-65139-20	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado 2014	14/07/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 00132/ 0-65866-20	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año	11/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 314321693/0-66587-20	Cuatrimestral	Instalado mayo 2015. Sin garantía	Programado diciembre 2015	Hoja de registro ingreso, mayo 2015	Si	Si
Monitor signos vitales/ DE12521708/0-67886-10	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado 2014	21/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ SH614472497SA/0-68191-82	Cuatrimestral	Instalado abril 2015. Sin garantía	26/11/2015	Hoja de registro ingreso, abril 2015. Orden de trabajo y	Si	Si

				Ficha mantención preventiva actual		
Monitor signos vitales/ 07273/0-68289-35	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado febrero 2015	26/07/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 113818/0-68668-23	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado abril 2015	06/11/2015	Hoja de registro ingreso, abril 2015. Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual	Si	Si
Monitor signos vitales/ 113736/0-68670-23	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado abril 2015	05/11/2015	Hoja de registro ingreso, abril 2015. Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual	Si	Si
Monitor signos vitales/ 113813/0-68683-45	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado abril 2015	11/11/2015	Hoja de registro ingreso, abril 2015. Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual	Si	Si
Monitor signos vitales/ SGF15110925WA/0-68702-24	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado mayo 2015	14/10/2015	Hoja de registro ingreso, mayo 2015. Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual	Si	Si
Monitor signos vitales/ 03850/0-69078-20	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado 2014	17/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 06043/0-69084-20	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado 2014	17/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 0113739/SN	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado junio 2015	19/11/2015	Formulario de Asistencia técnica. Instalación 26/06/2015. Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual.	Si	Si
Monitor signos vitales/ 06041/SN	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado junio 2015	Programado diciembre	Formulario de Asistencia técnica. Instalación 26/06/2015	Si	Si

Observaciones:
El prestador cumple con el programa de mantención establecido para monitores de signos vitales. Cumple lo solicitado por el elemento medible.

Mantenimiento preventivo de monitores desfibriladores

Metodología de constatación:
El prestador declara un total de 54 equipos desfibriladores, para la constatación del cumplimiento del mantenimiento preventivo se toma una muestra aleatoria de 30 equipos, de los cuales se procede a revisar la documentación que da cuenta del mantenimiento realizado. Con objeto de comprobar el cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa de Mantención institucional se solicita al prestador presentar la documentación de la última y la penúltima mantención efectuada.
Los atributos de cumplimiento considerados son:

1. Presencia del equipo en Carta Gantt Equipos Críticos 2015
2. Existencia de Orden de trabajo o equivalente y Ficha de mantención preventiva para monitor de signos vitales, de la mantención correspondiente.
3. Cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa Institucional, para efectos de los desfibriladores, cuatrimestral. Se excluyen de esta periodicidad los equipos en garantía.
4. Reprogramación no mayor a 3 meses.

Equipo/serie /código (N° Inventario)	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Desfibrilador/0001 1541/0-24454-23	Cuatrimestral	Septiembre 2015	22/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/B01C17	Cuatrimestral	Noviembre 2015	12/11/2015	Orden de trabajo y	Si	Si

675/0-43395-82				Ficha mantención preventiva actual y precedente		
Desfibrilador/94/0-48058-45	Cuatrimestral	Agosto 2015	11/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/13 /0-48133-82	Cuatrimestral	Septiembre 2015	22/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/96 0-48176-24	Cuatrimestral	Noviembre 2015	11/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/92 /0-48218-03	Cuatrimestral	Agosto 2015	19/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/93/0-48905-20	Cuatrimestral	Septiembre 2015	14/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/101160319/0-50372-10	Cuatrimestral	Octubre 2015	09/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/995/0-54049-21	Cuatrimestral	Noviembre 2015	06/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/993/0-54206-24	Cuatrimestral	Agosto 2015	19/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/994/0-54214-35	Cuatrimestral	Noviembre 2015	06/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/TO8F103176/0-54244-101	Cuatrimestral	Octubre 2015	06/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/AF11CO14919/0-61515-82	Cuatrimestral	Octubre 2015	21/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/2477/0-63115-116	Cuatrimestral	Septiembre 2015	14/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/M2JJ44G154/0-63199-16	Cuatrimestral	Agosto 2015	11/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/DG-1B004716/0-65520-06	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año. Reprogramado	12/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/AF13L033589/0-65870-10	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	21/07/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/AF13L033597/0-65873-10	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	21/07/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/AF13L033598/0-66709-20	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	14/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si

Desfibrilador/AF13L033592/0-66717-20	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	14/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/3356/0-67640-102	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	24/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/3353/0-67658-24	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	24/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/3362/0-67667-10	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	24/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/3333/0-67679-45	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	24/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/3358/0-67697-04	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	24/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/(21)AF14J041078/0-68189-82	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	26/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/(21)AF14J041074/0-68190-82	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	26/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/AF14J041079/0-69644-21	Cuatrimestral	Nuevo, recibido 20/10/2015		Acta de recepción conforme	NA	NA
Desfibrilador/649/8-3086-08	Cuatrimestral	Octubre 2015	22/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/M2G51A045/0-63212-15	Cuatrimestral	Octubre 2015	14/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si

Observaciones:
El prestador cumple con el programa de mantención establecido para desfibriladores. Cumple lo solicitado por el elemento medible.

Mantenimiento preventivo de ventiladores fijos

Metodología de constatación:
El prestador declara un total de 70 ventiladores mecánicos fijos, para la constatación del cumplimiento del mantenimiento preventivo se toma una muestra aleatoria de 30 equipos, de los cuales se procede a revisar la documentación que da cuenta del mantenimiento realizado. Con objeto de comprobar el cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa de Mantención institucional se solicita al prestador presentar la documentación de la última y la penúltima mantención efectuada.
Los atributos de cumplimiento considerados son:

1. Presencia del equipo en Carta Gantt Equipos Críticos 2015
2. Existencia de Orden de trabajo o equivalente y Ficha de mantención preventiva para monitor de signos vitales, de la mantención correspondiente.
3. Cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa Institucional, para efectos de los ventiladores, trimestral. Se excluyen de esta periodicidad los equipos en garantía.
4. Reprogramación no mayor a 3 meses.

Equipo/serie /código (N° Inventario)	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Ventilador/9372359/0-11669-20-21	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3501000721/0-44714-20	Trimestral	Octubre 2015	20/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y	Si	Si

				precedente		
Ventilador no invasivo/P250138/0-47728-20	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/ARWN-008/0-50324-06	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador no invasivo/T320043/0-50368-10	Trimestral	Octubre 2015	20/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3510073110/0-52184-10	Trimestral	Octubre 2015 Reprogramado	21/10/2015	Reporte de Servicio y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3510073118/0-52412-23	Trimestral	Octubre 2015 Reprogramado	27/11/2015	Reporte de Servicio y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3510074576/0-54024-20	Trimestral	Octubre 2015 Reprogramado	26/11/2015	Reporte de Servicio y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3510074332/0-54026-20	Trimestral	Octubre 2015 Reprogramado a Noviembre 2015	27/11/2015 No realizada, en uso, no disponible. No se constata reprogramación en 2015, el calendario 2016 no elaborado	Reporte de Servicio y Ficha de mantención preventiva precedente	Si	Si
Ventilador/3510074280/0-57249-20	Trimestral	Octubre 2015	19/10/2015	Reporte de Servicio y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3510092205/0-57512-10	Trimestral	Octubre 2015 Reprogramado a Noviembre 2015	27/11/2015 No realizada, en uso, no disponible. No se constata reprogramación en 2015, el calendario 2016 no elaborado	Reporte de Servicio y Ficha de mantención preventiva precedente	Si	Si
Ventilador no invasivo/B51114/0-60633-10	Trimestral	Octubre 2015	20/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador no invasivo/20110861919/0-61516-82	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3512100524/0-62130-116	Trimestral	Octubre 2015	23/10/2015, no disponible. No se constata reprogramació	Reporte de Servicio y Ficha de mantención preventiva precedente	Si	Si

			n en 2015, el calendario 2016 no elaborado			
Ventilador/BDY01100/0-65478-06	Trimestral	En garantía, mantención anual	29/07/2015	Orden de trabajo y Ficha de mantención preventiva	Si	Si
Ventilador/BDY01102/0-65480-06	Trimestral	En garantía, mantención anual	30/07/2015	Orden de trabajo y Ficha de mantención preventiva	Si	Si
Ventilador/BDY01104/0-65481-06	Trimestral	En garantía, mantención anual	29/07/2015	Orden de trabajo y Ficha de mantención preventiva	Si	Si
Ventilador no Invasivo/J510496/0-66473-20	Trimestral	En garantía, mantención anual	05/02/2015	Guía de servicio y Ficha de mantención preventiva	Si	Si
Ventilador no invasivo/J510480/0-66478-20	Trimestral	En garantía, mantención anual	05/02/2015	Guía de servicio y Ficha de mantención preventiva	Si	Si
Ventilador/ASFB-0013/0-66682-10	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año. Octubre 2015	11/11/2015	Hoja de Servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/ASFB-0016/0-66683-10	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año. Octubre 2015	11/11/2015	Hoja de Servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/ASFB-0015/0-66684-10	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año. Octubre 2015	11/11/2015	Hoja de Servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3512142869/0-67794-102	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año.	26/11/2015	Reporte de Servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3512142968/0-67796-102	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año.	27/11/2015	Reporte de Servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3512142997/0-67966-20	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año.	22/10/2015	Reporte de Servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3512142984/0-67967-20	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año.	25/11/2015	Reporte de Servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3512142980/0-67968-20	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año.	25/11/2015	Reporte de Servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3512131610/0-68001-20	Trimestral	Octubre 2015 Reprogramado a Noviembre 2015	27/11/2015 No realizada, en uso, no disponible. No se constata reprogramación en 2015, el calendario 2016 no elaborado	Reporte de Servicio y Ficha de mantención preventiva precedente	Si	Si
Ventilador/3512131570/0-68002-20	Trimestral	Octubre 2015	23/10/2015 En reparación en Santiago	Reporte de Servicio	NA	NA
Ventilador no invasivo/4752267/SN	Trimestral	Equipo en domicilio paciente durante todo 2015			NA	NA
Observaciones: El prestador cumple con el programa de mantención establecido para ventiladores fijos. Cumple lo solicitado por el elemento medible.						

Mantenimiento preventivo de ventiladores fijos: de Alta Frecuencia

Metodología de constatación:
El prestador declara un total de 3 ventiladores mecánicos de alta frecuencia, para la constatación del cumplimiento del mantenimiento preventivo, se procede a revisar la documentación que da cuenta del mantenimiento realizado al total de ellos. Con objeto de comprobar el cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa de Mantención institucional se solicita al prestador presentar la documentación de la última y la penúltima mantención efectuada.
Los atributos de cumplimiento considerados son:
1. Presencia del equipo en Carta Gantt Equipos Críticos 2015
2. Existencia de Orden de trabajo o equivalente y Ficha de mantención preventiva para monitor de signos vitales, de la mantención correspondiente.
3. Cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa Institucional, para efectos de los ventiladores, trimestral. Se excluyen de esta periodicidad los equipos en garantía.
4. Reprogramación no mayor a 3 meses.

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Ventilador Alta Frecuencia/AGW02085/0-51228-06	Trimestral	Octubre 2015	20/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador Alta Frecuencia/ AKW01186/0-58103-20	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador Alta Frecuencia/ BDW01649/SN	Trimestral	En garantía, 2 mantenciones año.	30/07/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si

Observaciones:
El prestador cumple con el programa de mantención establecido para ventiladores fijos de alta frecuencia. Cumple lo solicitado por el elemento medible.

Mantenimiento preventivo de ventiladores de transporte

Metodología de constatación:
El prestador declara un total de 14 ventiladores mecánicos de transporte, para la constatación del cumplimiento del mantenimiento preventivo, se procede a revisar la documentación que da cuenta del mantenimiento realizado al total de ellos. Con objeto de comprobar el cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa de Mantención institucional se solicita al prestador presentar la documentación de la última y la penúltima mantención efectuada.
Los atributos de cumplimiento considerados son:
1. Presencia del equipo en Carta Gantt Equipos Críticos 2015
2. Existencia de Orden de trabajo o equivalente y Ficha de mantención preventiva para monitor de signos vitales, de la mantención correspondiente.
3. Cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa Institucional, para efectos de los ventiladores, trimestral. Se excluyen de esta periodicidad los equipos en garantía.
4. Reprogramación no mayor a 3 meses.

Equipo/serie /código (N° Inventario)	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Ventilador de Transporte/4096200 K482710/0-52413-28	Trimestral	Octubre 2015	20/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador de Transporte/ 4096200K489711/0-53074-20	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador de Transporte/ E510429/0-61871-28	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador de Transporte/ E510349/0-61874-28	Trimestral	Octubre 2015	22/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención	Si	Si

				preventiva actual y precedente		
Ventilador de Transporte/ E510348/0-61877-102	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador de Transporte/ E510352/0-61880-102	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador de Transporte/ 11080071/0-62667-28	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015 (No operativo)	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	NA	NA
Ventilador de Transporte/ 11080078/0-62668-28	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015 (No operativo)	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	NA	NA
Ventilador de Transporte/ N13HT72121212918/ 0-65886-20	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año.	06/05/2015	Formulario asistencia Técnica y Ficha de mantención preventiva	Si	Si
Ventilador de Transporte/ N13HT721212912/0-65887-20	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año.	05/05/2015	Formulario asistencia Técnica y Ficha de mantención preventiva	Si	Si
Ventilador de Transporte/ N13HT721212919/0-65888-20	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año.	05/05/2015	Formulario asistencia Técnica y Ficha de mantención preventiva	Si	Si
Ventilador de Transporte/ IV37027/0-67129-10	Trimestral	En garantía, mantención anual	21/07/2015	Guía de servicio y Ficha de mantención preventiva	Si	Si
Ventilador de Transporte/ N14HT720113040/0-68108-102	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año.	19/06/2015	Formulario asistencia Técnica y Ficha de mantención preventiva	Si	Si
Ventilador de Transporte/ N14HT720113039/0-68109-102	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año.	18/06/2015	Formulario asistencia Técnica y Ficha de mantención preventiva	Si	Si

Observaciones:
El prestador cumple con el programa de mantención establecido para los ventiladores de transporte. Cumple lo solicitado por el elemento medible.

Mantenimiento preventivo de máquinas y monitores de anestesia

Metodología de constatación:
El prestador declara un total de 14 máquinas de anestesia, cada una con su correspondiente monitor de hemodinamia, para la constatación del cumplimiento del mantenimiento preventivo, se procede a revisar la documentación que da cuenta del mantenimiento realizado al total de ellos. Con objeto de comprobar el cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa de Mantención institucional se solicita al prestador presentar la documentación de la última y la penúltima mantención efectuada.
Los atributos de cumplimiento considerados son:

1. Presencia del equipo en Carta Gantt Equipos Críticos 2015
2. Existencia de Orden de trabajo o equivalente y Ficha de mantención preventiva para monitor de signos vitales, de la mantención correspondiente.
3. Cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa Institucional, para efectos de las máquinas de anestesia y su correspondiente monitor de Hemodinamia, semestral. Se excluyen de esta periodicidad los equipos en garantía.
4. Reprogramación no mayor a 3 meses.

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Máquina de anestesia/10181 0-44721-24	Semestral	Julio 2015	31/07/2015	Hoja de servicio y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si

Monitor de anestesia/FBWGO1808/0-46296-24	Semestral	Junio 2015	23/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/FBWGO1374/0-46297-24	Semestral	Junio 2015	23/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/FBWG01376/0-46298-24	Semestral	Junio 2015	23/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/AMXK00121/0-50587-24	Semestral	Junio 2015	23/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/6100098/0-50588-24	Semestral	Junio 2015	22/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/AMXK00907/0-50616-24	Semestral	Junio 2015	23/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/6159533/0-50617-24	Semestral	Julio 2015	22/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/ANCK00682/0-51066-24	Semestral	Junio 2015	22/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/6159532/0-51067-24	Semestral	Junio 2015	23/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/SP2100678/0-51071-24	Semestral	Junio 2015	18/06/2015	Verificación de funcionamiento máquina de anestesia y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/ARXN-0068/0-51074-24	Semestral	Julio 2015	28/07/2015	Hoja de servicio y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/5398062460/0-51075-24	Semestral	Julio 2015	31/07/2015	Hoja de servicio y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/ARXN-0069/0-51076-24	Semestral	Julio 2015	31/07/2015	Hoja de servicio y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/5398069952/0-51077-24	Semestral	Julio 2015	28/07/2015	Hoja de servicio y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/1261106/0-51091-24	Semestral	Junio 2015	17/06/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual	Si	Si
Monitor de anestesia/1369-005065/0-51092-24	Semestral	Junio 2015	18/06/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/AMXK00908/0-51096-24	Semestral	Junio 2015	23/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/6159528/0	Semestral	Junio 2015	23/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención	Si	Si

-51097-24				preventiva actual y precedente		
Monitor de anestesia/1370-000356/0-51108-24	Semestral	Junio 2015	17/06/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/SP2010768/0-51209-15	Semestral	Junio 2015	18/06/2015	Verificación de funcionamiento máquina de anestesia y Ficha mantención preventiva	Si	Si
Monitor de anestesia/6695717/0-60489-15	Semestral	Junio 2015	23/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/ANCR00127/0-62983-116	Semestral	Agosto 2015	18/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/2812/0-63119-116	Semestral	Noviembre 2015	18/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/ANCS00210/0-65543-15	Semestral	Junio 2015	26/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/SEW13203321HA/0-65544-15	Semestral	Junio 2015	26/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/ANCS00211/0-65646-15	Semestral	Junio 2015	26/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/SEW13203329HA/0-65647-15	Semestral	Junio 2015	26/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/ANCS00212/0-65703-15	Semestral	Junio 2015	26/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/SEW13203320HA/0-65704-15	Semestral	Junio 2015	26/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si

Observaciones:
Máquina de anestesia/ANCK00682/0-51066-24, error en n° inventario de ficha, se constata con n° serie.
El prestador cumple con el programa de mantención establecido para las máquinas de anestesia. Cumple lo solicitado por el elemento medible.

Mantenimiento preventivo de incubadoras

Metodología de constatación:
El prestador declara un total de 27 incubadoras, para la constatación del cumplimiento del mantenimiento preventivo, se procede a revisar la documentación que da cuenta del mantenimiento realizado al total de ellas. Con objeto de comprobar el cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa de Mantención institucional se solicita al prestador presentar la documentación de la última y la penúltima mantención efectuada.
Los atributos de cumplimiento considerados son:
1. Presencia del equipo en Carta Gantt Equipos Críticos 2015
2. Existencia de Orden de trabajo o equivalente y Ficha de mantención preventiva para monitor de signos vitales, de la mantención correspondiente.
3. Cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa Institucional, para efectos de las máquinas de anestesia y su correspondiente monitor de Hemodinamia, semestral. Se excluyen de esta periodicidad los equipos en garantía.
4. Reprogramación no mayor a 3 meses.

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Incubadora de transporte/00/0-41764-06	Cuatrimestral	Octubre 2015	07/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora de	Cuatrimestral	Agosto 2015	20/08/2015	Orden de trabajo y	Si	Si

transporte/VD03900/0-46240-06				Ficha mantención preventiva actual y precedente		
Incubadora/QSO8445/0-45493-06	Cuatrimestral	Septiembre 2015	24/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/UW07751/0-48038-06	Cuatrimestral	Septiembre 2015	24/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/ARVE-0010/0-48039-06	Cuatrimestral	Octubre 2015	06/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/LP14484/0-50329-06	Cuatrimestral	Noviembre 2015	16/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/ARWL0077/0-50338-06	Cuatrimestral	Agosto 2015	24/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/LP14483/0-50339-06	Cuatrimestral	Septiembre 2015	10/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/ LP14481/0-50340-06	Cuatrimestral	Noviembre 2015	03/11/2015 No operativa, en taller desde agosto	Orden de trabajo	NA	NA
Incubadora/LP14489/0-50341-06	Cuatrimestral	Agosto 2015	13/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/LG-23408/0-6458-06	Cuatrimestral	Noviembre 2015	09/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/TXOO433/0-59267-06	Cuatrimestral	Agosto 2015	18/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/18600-59268-06	Cuatrimestral	Agosto 2015	19/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50184/0-62715-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	16/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50193/0-62716-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	17/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50191/0-62717-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	17/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50180/0-62718-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	16/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50181/0-62719-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	16/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50183/0-62720-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	16/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si

Incubadora/HDHR50 187/0-62721-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	17/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50 182/0-62722-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	16/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50 192/0-62723-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	17/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50 186/0-62724-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	17/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50 190/0-62725-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	16/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50 185/0-62726-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	16/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50 188/0-62727-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	17/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50 189/0-62728-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	17/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Observaciones: El prestador cumple con el programa de mantención establecido para las incubadoras. Cumple lo solicitado por el elemento medible.						

CARACTERÍSTICA EQ 2.1 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA EQ 2.2 / HALLAZGOS

EQ 2.2 Primer elemento medible: Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos:

Dirección o Gerencia
Observaciones: El prestador no presenta documento con programa de mantenimiento preventivo, Jefa de Unidad de Equipos Médicos declara que el documento se encuentra en elaboración.

EQ 2.2 – Segundo elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado el mantenimiento preventivo según programa en los equipos mencionados.

Observaciones: El prestador no cuenta con programa de mantenimiento preventivo para ninguno de los equipos solicitados por el elemento medible. No cumple.

CARACTERÍSTICA EQ 2.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 0	2° EM: 0	
Umbral de la característica: ≥ 50%	Puntaje total: 0/2	Porcentaje obtenido: 0%		Cumple: No

CARACTERÍSTICA EQ 3.1 / HALLAZGOS

EQ 3.1 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el perfil técnico o profesional del personal autorizado para operar los equipos relevantes, que considera al menos:

Dirección o Gerencia
Nombre del documento: El prestador no presenta documento con perfil del personal autorizado para operar los equipos relevantes, la Jefa de unidad de Equipos Médicos declara que el documento se encuentra en elaboración.

CARACTERÍSTICA EQ 3.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS:

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	Primer elemento medible: 0	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 0/1	Porcentaje obtenido: 0%	Cumple: No

ÁMBITO SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES

CARACTERÍSTICA INS 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

INS 1.1 – Primer elemento medible: Se ha designado un responsable institucional del plan de prevención de incendios.

Dirección o Gerencia				
Documento que designa nombramiento: Resolución Exenta				
N° Resolución: 0692	Versión: NA	Fecha: 26/01/2015	Fecha vigencia: NA	N° páginas: 1
Elaborado por: NA		Aprobado por: Marcelo Flores Varas, Director (S) Hospital Regional Antofagasta		
Nombre responsable: Alejandro Gaete Urbina		Cargo: Encargado Unidad de Prevención de Riesgos y Salud Ambiental		Profesión: Ingeniero en Prevención de Riesgos
Observaciones: La Resolución deja no vigentes las Resoluciones N° 2458 y N° 2837 por desvinculación del responsable anterior.				

INS 1.1 – Segundo elemento medible: Se documenta un plan institucional de prevención de incendios.

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento: Plan de Prevención de Incendio Hospital Clínico Regional de Antofagasta					
N° Resolución: 3562 del 20/05/2013	Versión: 04	Fecha: Abril 2013	Fecha vigencia: 3 años		N° páginas: 27
Elaborado por: Michaell Cárdenas Carvajal, Prevencionista de Riesgos Hospital Regional de Antofagasta		Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director (S) Hospital Regional de Antofagasta			
Considera (Si/No)	1. Medidas preventivas generales	Si	2. Medidas preventivas específicas		Si
Observaciones: En punto de verificación Dirección, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Plan de Prevención de Incendio Hospital Clínico Regional de Antofagasta, código PL-USP-02, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. El alcance, página n° 2, es a todos los funcionarios y público en general, en punto n° 3 "Responsabilidades", describe las actividades de que son responsables las personas en los siguientes cargos: Prevencionista de riesgos, Jefe CR Operaciones, Jefe de Servicios Generales, Jefe o Encargado de Áreas inspeccionadas, Subdirector Administrativo, Jefe de Abastecimiento, Organismo administrador de la Ley 16.744 (ACHS). En páginas 6 a 18, ítem N° 7 "Desarrollo del Proceso", describe las medidas a adoptar y actividades a desarrollar para la prevención de incendio en las distintas áreas del Hospital: 1. Identificación de áreas de riesgo de incendio, entre ellas: - Bodegas de almacenamiento - Planta de gases clínicos - Líneas de gases clínicos - Estanque criogénico - Estanque de gas licuado - Bodega de sustancias peligrosas - Taller de mantención - Archivo 2. Disponer de equipos portátiles de combate contra incendios: extintores y red húmeda. 3. Medidas de prevención general: capacitación en uso de extintores, mantener recinto libre de zonas de fumadores. 4. Medidas de prevención para gases clínicos y sustancias peligrosas. 5. Medidas de prevención para uso de combustibles y líquidos inflamables 6. Medidas de prevención para uso de gas licuado en cilindros y estanque 7. Medidas de prevención para uso de instalaciones eléctricas 8. Medidas de prevención para uso de autoclave y generadores de vapor. En ítem n° 9 "Anexos", se encuentran los formularios utilizados para el chequeo e inspección de equipos de extinción, cilindros, tableros eléctricos, bodegas, red húmeda y extintores.					

INS 1.1 – Tercer elemento medible: Existe informe de evaluación de riesgo de incendio elaborado por bomberos (quinquenal)

Dirección o Gerencia		
Nombre del informe	Informe Evaluación de Riesgo de Incendios en Hospital Regional de Antofagasta	
Elaborado por	Gabriel Mariño Díaz, Comandante Cuerpo de Bomberos de Antofagasta	
Fecha elaboración: 23/11/2015	Fecha vigencia: No indica	N° páginas: 6

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección, se tiene a la vista documento elaborado por bomberos, de la evaluación efectuada a solicitud de la Dirección con fecha 20/11/2015, en el cual se detalla desde el piso n° 7 al piso zócalo, incluyendo SAMU, patio trasero sector lavandería, taller de movilización y bodega de elementos de aseo, las vulnerabilidades de riesgo de incendio encontradas. En el informe no se constata el análisis de vulnerabilidades de los edificios periféricos de: ex Oncológico, Psiquiatría, Archivo y Recursos Humanos.
Se tiene a la vista informe previo denominado "Informe sobre seguridad y control de Incendios incipientes Hospital Regional de Antofagasta", 8 páginas, de fecha "Noviembre 2011" firmado por el Capitán de la 8° compañía de bomberos, el cual está referido principalmente a: medios de detección de incendio, red húmeda, red seca y extintores del edificio principal.
Dado que las dependencias del prestador se componen de un edificio principal y cuatro edificios anexos en los cuales se desarrollan actividades clínico-administrativas de atención abierta y atención cerrada se considera que el informe de bomberos presentados no cumple lo solicitado por el elemento medible, ya que no considera las vulnerabilidades de riesgo de incendio en el total de las dependencias.

INS 1.1 – Cuarto elemento medible: Existe un análisis de los resultados del informe de la evaluación y decisiones adoptadas al respecto.

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento	Análisis de los resultados obtenidos en informe de riesgo de incendio emitido por el Cuerpo de Bomberos de Antofagasta				
Elaborado por	Alejandro Gaete U., Ingeniero en Prevención de Riesgos				
Fecha elaboración: Noviembre 2015		N° páginas: 16			
Considera (Si/No)	1. Análisis de los resultados	Si	9. Medidas adoptadas	Si	
Observaciones: En punto de verificación Dirección, se tiene a la vista documento con análisis y medidas adoptadas producto del último informe emitido por bomberos, código INF-USP-05, versión 00, vigencia 5 años, aprobado por el Director del Hospital. El documento cuyo objetivo es establecer las acciones a seguir en base a las observaciones realizadas en el informe de riesgo de incendio, establece los responsables de su cumplimiento y detalla en el ítem n° 4 "Medidas de control" (páginas 4 a 15) por cada piso del edificio la actividad, los responsables y el plazo para su ejecución de cada una de las observaciones efectuadas. Se tiene a la vista análisis del informe previo, realizado por Prevencionista de Riesgos de la época y autorizado por Comité de emergencia, con plan de actividades a realizar durante los años 2011 y 2012.					

INS 1.1 – Quinto elemento medible: Se constatan elementos preventivos

Constata recarga vigente de extintores:		
N° de Extintores verificados	Lugar de verificación	N° Cumplen
29	Planta baja edifico principal	29
18	Primer piso edificio principal	18
6	Segundo piso edificio principal	6
5	Tercer piso edificio principal	5
4	Cuarto piso edificio principal	4
7	Quinto piso edificio principal	7
7	Sexto piso edificio principal	7
10	Séptimo piso edificio principal	10
1	Azotea edificio principal	1
55	Dependencias anexas	55
Constata red húmeda y seca accesibles:		
N° de elementos verificados	Lugar de verificación	N° Cumplen
8	Planta baja edifico principal	8
10	Primer piso edificio principal	10
4	Segundo piso edificio principal	4
4	Tercer piso edificio principal	4
4	Cuarto piso edificio principal	4
4	Quinto piso edificio principal	4
4	Sexto piso edificio principal	4
4	Séptimo piso edificio principal	4
3	Edificio Psiquiatría	3
1	Edificio ETS	1

Constata mantenimiento preventivo de red seca y húmeda y sistemas automatizados:				
Ubicación de Red Seca /Húmeda Verificada	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento Revisado	Cumple Programa
8 gabinetes planta baja edifico principal	Septiembre 2015	Septiembre 2015	Planilla inspección red húmeda	Si
10 gabinetes primer piso edificio principal	Septiembre 2015	Septiembre 2015	Planilla inspección red húmeda	Si
4 gabinetes segundo piso edificio principal	Septiembre 2015	Septiembre 2015	Planilla inspección red húmeda	Si
4 gabinetes tercer piso edificio principal	Septiembre 2015	Septiembre 2015	Planilla inspección red húmeda	Si
4 gabinetes cuarto piso edificio principal	Septiembre 2015	Septiembre 2015	Planilla inspección red húmeda	Si
4 gabinetes quinto piso edificio principal	Septiembre 2015	Septiembre 2015	Planilla inspección red húmeda	Si
4 gabinetes sexto piso edificio principal	Septiembre 2015	Septiembre 2015	Planilla inspección red húmeda	Si
4 gabinetes séptimo piso edificio principal	Septiembre 2015	Septiembre 2015	Planilla inspección red húmeda	Si

3 gabinetes edificio Psiquiatría	Septiembre 2015	Septiembre 2015	Planilla inspección red húmeda	Si
1 gabinete edificio ETS	Septiembre 2015	Septiembre 2015	Planilla inspección red húmeda	Si
Observaciones: Se tienen a la vista nóminas con el total de extintores y gabinetes de red húmeda existentes en la institución, se procede a la constatación de lo vigencia del mantenimiento Plan mantención no vigente				

CARACTERÍSTICA INS 1.1 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	1° EM:	2° EM:	3° EM:	4° EM:	5° EM:
Dirección o Gerencia	1	1	0	1	
General					1
Umbral de la característica: ≥ 80%	Puntaje total: 4/5		Porcentaje obtenido: 80%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA INS 2.1 / HALLAZGOS

INS 2.1 – Primer elemento medible: Se ha designado responsable institucional del plan de evacuación.

Dirección o Gerencia			
Documento que designa nombramiento: Resolución Exenta N° 2514			
N° Resolución: N° 2514	Versión: No consta	Fecha: 11/04/2013	
Elaborado por: Dr. Juan Mattatall Director Hospital Regional de Antofagasta	Aprobado por Dr. Juan Mattatall Director Hospital Regional de Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: Indefinida	N° páginas: 1	
Nombre responsable: Médico Jefe Unidad de Emergencia Hospital Regional	Cargo: Médico Jefe Unidad de Emergencia	Profesión: Médico	
Observaciones :			

INS 2.1 – Segundo elemento medible: Se documenta un plan institucional de evacuación que contempla al menos:

Nombre del documento: Plan de Evacuación Hospital de Antofagasta			
N° Resolución: N° 5438 Código:PO-DEY-03	Versión: 02	Fecha: 31/05/2013 Fecha: 05/2013	
Elaborado por: Michael Cárdenas Prevencionista de Riesgos	Aprobado por: : Dr. Juan Mattatal Director del Hospital Regional de Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 31/05/2016	N° páginas: 38	
El documento descrito contempla al menos:			
1. Responsables locales plan evacuación Jefe de Urgencia	Si	2. Funciones de los responsables	Si
3. Procedimiento de evacuación	Si	4. Sistema de comunicación alternativo	Si
Nombre responsable: Médico Jefe Unidad de Emergencia Hospital Regional	Cargo: Médico Jefe Unidad de Emergencia Hospital Regional	Profesión: Médico	

Breve descripción del documento:

Se tiene a la vista documento de carácter institucional, en páginas 2 y 3 consta la introducción, objetivos del plan de evacuación, su alcance, en el cual se señala que el presente plan de evacuación es aplicable a todas las áreas de trabajo del Hospital Regional de Antofagasta y para los eventos de Incendio, Sismo, Inundaciones y otro tipo de emergencias internas y externas

Responsables:

- Director del establecimiento: Le corresponde gestionar los recursos necesarios para la implementación del Plan de Evacuación, activar la indicación de evacuación y toma de decisiones relacionadas con la emergencia.
- Jefe de la Unidad de Urgencia: Encargado del Plan de Evacuación en el establecimiento
- Jefe de turno de la Unidad de Urgencia: Le corresponde asumir el rol y funciones como director, en horario inhábil.
- Integrantes del Departamento de Emergencias y desastres del Hospital Regional de Antofagasta: les corresponde elaborar el Plan de Evacuación del establecimiento y asesorar al Director en la toma de decisiones.
- Jefe y Supervisor de las unidades clínicas: Le corresponde difundir el procedimiento de Evacuación, solicitar insumos e implementos necesarios para la preparación de la respuesta y organizar actividades de simulación o simulacro en su unidad.
- Encargado del Centro de Responsabilidad de Operaciones: Le corresponde organizar a su equipo para la evaluación del abastecimiento de insumos básicos
- Jefe de empresa de seguridad: Le corresponde poner a su personal a disposición del departamento de Emergencia y Desastre.
- Líder de Piso: Le corresponde organizar al personal de su área para una eventual evacuación.
- Brigada de Emergencia del piso: Le corresponde tomar las primeras medidas de contención y asistir al Líder de piso en el procedimiento de evacuación

De la página 7 a la página 20, consta la Descripción del Procedimiento de Evacuación, diferenciándose éste del tipo de emergencia:

a) **Procedimiento en caso de incendio**: Se describe el protocolo de actuación, tanto en caso de amago de incendio, como en el evento de enfrentar un fuego no controlado por extintor. Se precisan números telefónicos de contacto y cómo efectuar evacuación en caso necesario, por intermedio de los líderes de evacuación de cada área. En caso de requerirse la evacuación de los pacientes hospitalizados, se considera el TRIAGE de los pacientes (categorización efectuada a diario y se consigna en colores (verde el que puede deambular solo, amarillo necesita ayuda y rojo es el paciente que no puede ser evacuado por el personal, necesita ayuda especializada o no se evacua). Se considera el punto de encuentro y las vías de ingreso de bomberos (conforme consta en cuadro resumen por área del establecimiento).

b) **Procedimiento de Emergencia en caso de Sismo o Temblor**: Se describen las medidas de protección personal y para los pacientes al momento de un sismo, advirtiendo las dependencias del hospital antiguo que pueden representar mayores posibilidades de caídas de material de construcción. Se entregan directrices para evacuar, dependiendo del lugar en el que se encuentre y procedimiento de evacuación de pacientes.
c) **Procedimiento de Emergencia en caso de Inundaciones**: Se señala que el hospital está emplazado sobre la cota de peligro de inundación por Tsunami, por lo que el protocolo sólo se refiere a inundaciones provocadas por roturas o filtraciones de agua en las instalaciones de alcantarillado, de agua potable y servida. Señala las recomendaciones y riesgos que se pueden presentar en relación a equipos eléctricos por contacto con el agua, así como eventuales caídas a nivel, por los pisos mojados etc. Se indican teléfonos de emergencia en horario hábil e inhábil y los responsables de acudir a la emergencia.
En páginas 16 a 19 figura cuadro resumen Plan General de Evacuación.
Sistema de comunicación alternativo: alerta a viva voz**.**
Desde página 21 a 38 figuran los anexos que contienen planos de las diferentes áreas del establecimiento y sus vías de evacuación y zonas de seguridad.

El documento descrito se constata en los siguientes puntos de verificación:

Dirección	PQ	UPC Ad.	UPC Ped	UPC Neo	Ped.	Neo	Cir. Inf.	Med.	Cir. Ad.	Cons. Amb.	Toma Muestra	URG
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los distintos Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento: Dirección, Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad, Unidad Coronaria, Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgica, Unidad Paciente Crítico Pediátrico, Unidad Paciente Crítico Neo, Servicio de Pediatría Unidad de Neonatología, Servicio de Cirugía Infantil, Servicio de Medicina, Pensionado Médico Quirúrgico, Unidad de Atención Progresiva del Paciente, Bloque Quirúrgico y Especialidades, Consultas Ambulatorias, Toma de Muestras, Urgencia Adulto, Pediátrica y de Gíneco Obstetricia. Se constata la presencia del documento en cada uno de los puntos de verificación.

INS 2.1 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se han ejecutado anualmente simulacros y/o simulaciones del plan de evacuación.

PQ	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
UPC Ad.	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
UPC Ped.	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
UPC Neo	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
Ped.	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
Neo;	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
Cir. Inf.	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
Med.	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
Cir. Ad.	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
Sectores Espera Público Consultas Ambulatorias	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
Toma de Muestras	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
URG	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014

Los Servicios que componen el punto de verificación:
PQ: Pabellón Central, Pabellón Cardiovascular, Pabellón de Gíneco Obstetricia y Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria.
UPC Ad.: Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico.
Unidad Paciente Crítico Pediátrico
Unidad Paciente Crítico Neonatología.
Servicio de Pediatría.
Unidad de Neonatología.
Servicio de Cirugía Infantil.
Medicina: Unidad de Atención Progresiva del Paciente, Pensionado Médico Quirúrgico y Servicio de Medicina.
Cirugía: Cirugía Adulto, Bloque Quirúrgico de Especialidades y Pensionado.
Sectores Espera Público Consultas Ambulatorias: Se consideró sector de espera de público del Consultorio Adosado de Especialidades
Toma de Muestras: Unidad de Toma de Muestras del Laboratorio.
URG:Urgencia Ad-Ped y Urgencia Gíne-Obstetricia

INS 2.1 – Cuarto elemento medible: Se constata que el personal entrevistado tiene conocimiento de aspectos generales del plan de evacuación.

Punto de verificación	N° Entrevistados	N° Respuestas correctas	N° Respuestas incorrectas	% Cumplimiento
PQ	18	50	4	92%
UPC Ad.	8	24	0	100%
UPC Ped.	7	21	0	100%
UPC Neo	8	24	0	100%
Ped.	12	36	3	91%
Neo	14	42	2	88,8%
Cir. Inf.	15	45	0	100%
Med.	10	30	0	100%
Cir. Ad	14	42	0	100%
Salas Espera Cons. Amb.	18	50	0	100%
Toma de Muestras	7	21	0	100%
URG	14	42	0	100%

Total	**145**	**427**	**9**	**97,7%**

Observaciones:
El punto de verificación "PQ" se constata en: Pabellón Central, Pabellón Cardiovascular, Pabellón de Gíneco Obstetricia y Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria
El punto de verificación UPC Ad se constata en: Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico.
El punto de verificación UPC Ped se constata en: Unidad paciente Crítico Pediátrico
El punto de verificación UPC Neo se constata en: Unidad Paciente Crítico de Neonatología
El punto de verificación Ped se constata en: Servicio de Pediatría
El punto de verificación Neo se constata en: Unidad de Neonatología
El punto de verificación Cir Inf se constata en: Servicio de Cirugía Infantil.
El punto de verificación Med se constata en: Unidad de Atención Progresiva del Paciente, Pensionado Médico Quirúrgico y Servicio de Medicina
El punto de verificación Cir Ad. se constata en: Bloque Quirúrgico y Especialidades
El punto de verificación Cons. Amb. se constata en: Consultorio Adosado de Especialidades
El punto de verificación Toma de Muestras se constata en: Toma de Muestras en el Laboratorio.
El punto de verificación URG se constata en: Urgencia Ad-Ped y Urgencia Gíne- Obst

CARACTERÍSTICA INS 2.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	Dirección	PQ	UPC Ad.	UPC Ped	UPC Neo	Ped.	Neo	Cir. Inf.	Med.	Cir. Ad.	Cons.Amb.	T. Muestra	URG
1° EM	1												
2° EM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3° EM		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4° EM		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%		Puntaje total: 38/38			Porcentaje obtenido: 100%					Cumple: Si			

CARACTERÍSTICA INS 2.2 / HALLAZGOS

INS 2.2 Primer elemento medidle: Se ha designado responsable institucional de la mantención y actualización periódica de la señalética de las vías de evacuación del establecimiento:

Dirección o Gerencia		
Documento que designa nombramiento : Resolución Exenta		
N° Resolución: 0693	Versión: NA	Fecha:26/01/2015
Elaborado por: NA	Aprobado por: Marcelo Flores Varas, Director (S) Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: si	Fecha vigencia: n/c	N° páginas:1
Nombre responsable: Alejandro Gaete Urbina	Cargo: Encargado de la Unidad de Prevención de Riesgos y Salud Ambiental	Profesión: Ingeniero en Prevención de Riesgos
Observaciones: Se nombra responsable Institucional del Mantenimiento y actualización periódica de la Señalética de Vías de Evacuación del Establecimiento al Encargado de la Unidad de Prevención de Riesgos y Salud Ambiental.		

INS 2.2 Segundo elemento medible: Se constata disponibilidad de señalética de vías de evacuación (considerar iluminación, posición, tamaño, claridad de lectura o interpretación).

Sectores Acceso de Público		
Indicar ubicación de señaléticas observadas: Sector de acceso de Público en entrada a edificio principal Primer piso		
Describir:	1. Iluminación: Optima, luz natural desde ventanas laterales a la altura del techo.	2. Posición: en altura, instalada en viga en forma colgante
3. Tamaño: Gigantografía de aproximadamente 2 x 5 metros.	4. Claridad de lectura: fácil lectura, consistente en plano de planta con flechas rojas que indican el sentido de la evacuación hacia las zonas de seguridad	
Observaciones: Se constata presencia de Gigantografía con flujo de Evacuación visible por ambas caras, en primer piso del Hospital, sector acceso principal.		
Sectores de Espera de Público		
Indicar ubicación de señaléticas observadas: Sectores Espera de Público en primer piso: Servicio de Urgencia, Consultas de especialidades y salas de espera en acceso a las Unidades Clínicas en los pisos 2°, 3°, 4°, 5°, 6° y 7°		
Describir:	1. Iluminación: adecuada, dada por luz natural en sectores de espera de urgencia y en unidad de consultas de especialidades, al igual que en esperas de acceso a las Unidades Clínicas.	2. Posición: La señalética se ubica a la altura de la vista, Aproximadamente a 1.6 metros del suelo.
2. Tamaño: Adhesivos de aproximadamente 18 x 25 cm.	4. Claridad de lectura: La señalética es con imágenes y flechas colores blanco y verde.	
Observaciones: La señalética en uso se encuentra en cantidad suficiente y de acuerdo a lo establecido en la NCh N° 1411/1, en cuanto a tamaño y colores. Indicando el sentido del desplazamiento en caso de escape.		
Pasillos de Circulación		
Indicar ubicación de señaléticas observadas: Pasillo de circulación en pisos 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6° y 7°		
Describir:	1. Iluminación: adecuada, dada por luz natural en las escaleras, en los pasillos de hospitalización la señalética	2. Posición: adheridas a los muros a aproximadamente 1.6 metros del suelo y las tipo veleta ancladas a

	es luminosa de fácil visualización en la noche.	aproximadamente 1.9 metros del suelo
3. Tamaño: Estándar , aproximadamente 18 x 25 cm		4. Claridad de lectura: La señalética es con imágenes y flechas claras , colores verde y rojo con letras blancas
Observaciones: La señalética en uso se encuentra en cantidad suficiente y de acuerdo a lo establecido en la NCh N° 1411/1, en cuanto a tamaño y colores. Indicando el sentido del desplazamiento en caso de escape, la presencia de escaleras y/o puertas de escape.		

CARACTERÍSTICA INS 2.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección	Sector Espera Público	Sector Espera Público	Pasillos de Circulación
Primer elemento medible	1			
Segundo elemento medible		1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 4/4	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple:Si

CARACTERÍSTICA INS 3.1 / HALLAZGOS

INS 3.1 – Primer elemento medible: Se ha designado un responsable institucional del mantenimiento preventivo de las instalaciones.

Dirección o Gerencia		
Documento que designa nombramiento: Resolución Exenta		
N° Resolución:9687	Versión: No tiene	Fecha:29 agosto 2013
Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta	Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: No tiene	N° páginas: 1
Nombre responsable: Pedro Caballero Navea	Cargo: Responsable Mantenimiento Preventivo de las Instalaciones	Profesión: Ingeniero Naval

Documento que designa nombramiento: Resolución Exenta		
N° Resolución:13999	Versión: No tiene	Fecha:20 Agosto 2014
Elaborado por: Dra. Juana Pérez Moraga, Director (T y P) Hospital Regional de Antofagasta	Aprobado por: Dra. Juana Pérez Moraga, Director (T y P) Hospital Regional de Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: No	N° páginas: 1
Nombre responsable: Pedro Caballero Navea	Cargo: Jefe de la Unidad de Mantención del Hospital Regional de Antofagasta	Profesión: Ingeniero Naval

INS 3.1 – Segundo elemento medible: Se documenta un programa de mantenimiento preventivo que incluye al menos:

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento: Programa de mantenimiento preventivo de equipos industriales e instalaciones					
Código: PO-INS-01	Versión:00	Fecha: Marzo 2014	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 16	
Elaborado por: Ramón Jorquera R., Jefe (s) Unidad de Mantención		Aprobado por: Dra. Juana Pérez M., Directora Hospital Regional Antofagasta			
El documento incluye el programa de mantenimiento preventivo de al menos:					
1. Ascensores	Si	2. Calderas	N/A	3. Techumbre	Si
4. Sistemas de aspiración y gases clínicos	Si	6. Sistemas de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes			Si
En el punto 7 del programa se estipula el detalle de las actividades y periodicidad de las siguientes instalaciones: -Ascensores: Mensual, para una actividad bimensual y para 2 de las actividades semestral -Sistema de aspiración y gases clínicos: se incluye el detalle de las actividades de mantención preventiva para la Central de Aire Medicinal, Central de Vacío Duplex Medicinal, Manifold de Gases (O2-N2O), Salidas Murales, Cajas de Válvulas, Alarma Master y de Presión. Periodicidad: 1 vez al año. Adicionalmente, se consigna que la Mantención Preventiva de "Reparación Equipamiento secundario", se realizará con frecuencia "De acuerdo a solicitud". Se detallan las actividades técnicas de Mantención Preventiva de cada uno de los componentes del sistema de aspiración y gases clínicos. -Techumbre: Se consigna que 3 actividades, son de frecuencia mensual y 2 de frecuencia anual. -Climatización: En el punto 7.5, letra a), se consigna, pormenorizadamente, en un listado 22 equipos de distintas marcas y modelos, ubicados en diferentes servicios y plantas (Planta baja, primer piso, segundo piso, etc.) del hospital. La periodicidad de las actividades de Mantención Preventiva definidas para todos ellos es Mensual. En el punto 7.5, letra b) se consigna, pormenorizadamente, en un listado 24 equipos de distintas marcas y modelos, ubicados en diferentes servicios y plantas (Planta baja, primer piso, segundo piso, etc.) del hospital. La periodicidad de las actividades de Mantención Preventiva definidas para 12 de éstos, es Mensual y para otros 12, es Trimestral. En el punto 7.6 "Constancia de mantención", se define que el medio por el cual se verificará la realización de cada mantención será a través de: órdenes de trabajo, órdenes de servicio, check list o libro de obras. En el punto 8 "Excepciones a mantenciones", se define que en el caso que no se pueda cumplir con la mantención programada por espera de llegada de insumos o repuestos; o cualquier otro caso fortuito, quedará reflejado en la planilla de chequeo de la programación del mes, detallando la problemática causante del incumplimiento.					

INS 3.1 – Tercer elemento medible: Se constata ejecución de programa de mantenimiento preventivo.

Se constata en Dirección o Gerencia del Prestador

Mantenimiento preventivo de ascensores						
Metodología de constatación: Se revisan los documentos presentados por el Jefe de Mantención del Hospital Regional Antofagasta, Sr. Javier Vera Rojas, RUT 13.744.117-9. Corresponden a Cartillas de Inspección e Informes Técnicos de la empresa Ascensores Chile con número de folio.						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
HOSPAN - Montacamillas N° 1 y 2- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Mayo - 2015	11 al 15 Mayo-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0041745 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005585	Si	Si
HOSPAN N°3 -Pasajeros- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Mayo - 2015	11 al 15 Mayo-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0041746 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005585	Si	Si
HOSPAN N°4 –Pasajeros Alimentación- Schindler- OTIS	Mensual	Mayo - 2015	11 al 15 Mayo-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0041747 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile - N° 005585	Si	Si
HOSPAN N°5 –Pasajeros Psiquiatría- Schindler- OTIS	Mensual	Mayo - 2015	11 al 15 Mayo-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0041748 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005585	Si	Si
HOSPAN N°6 –Pasajeros ex Oncología- Schindler- OTIS	Mensual	Mayo - 2015	11 al 15 Mayo-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0041749 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005585	Si	Si
HOSPAN - Montacamillas N° 1 y 2- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Junio - 2015	8 al 12 Junio-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0041770 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005558	Si	Si
HOSPAN N°3 -Pasajeros- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Junio - 2015	8 al 12 Junio-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0041771 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005558	Si	Si
HOSPAN N°4 –Pasajeros Alimentación- Schindler- OTIS	Mensual	Junio - 2015	8 al 12 Junio-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0041772 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile - N° 005558	Si	Si
HOSPAN N°5 –Pasajeros Psiquiatría- Schindler- OTIS	Mensual	Junio - 2015	8 al 12 Junio-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0041773 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005558	Si	Si
HOSPAN N°6 –Pasajeros ex Oncología- Schindler- OTIS	Mensual	Junio - 2015	8 al 12 Junio-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0041774 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005558	Si	Si
HOSPAN - Montacamillas N° 1 y 2- Hall Principal- Schindler-	Mensual	Julio - 2015	20 al 24 Julio-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042195 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores	Si	Si

OTIS				Chile- N° 005592		
HOSPAN N°3 -Pasajeros- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Julio - 2015	20 al 24 Julio-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N° 0042196 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005592	Si	Si
HOSPAN N°4 –Pasajeros Alimentación- Schindler- OTIS	Mensual	Julio - 2015	20 al 24 Julio-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042197 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile - N° 005592	Si	Si
HOSPAN N°5 –Pasajeros Psiquiatría- Schindler- OTIS	Mensual	Julio - 2015	20 al 24 Julio-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042198 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005558	Si	Si
HOSPAN N°6 –Pasajeros ex Oncología- Schindler- OTIS	Mensual	Julio - 2015	20 al 24 Julio-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042199 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005592	Si	Si
HOSPAN - Montacamillas N° 1 y 2- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Agosto - 2015	3 al 7 Agosto 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042415 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005594	Si	Si
HOSPAN N°3 -Pasajeros- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Agosto - 2015	3 al 7 Agosto 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N° 0042416 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005594	Si	Si
HOSPAN N°4 –Pasajeros Alimentación- Schindler- OTIS	Mensual	Agosto - 2015	3 al 7 Agosto 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042417 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile - N° 005594	Si	Si
HOSPAN N°5 –Pasajeros Psiquiatría- Schindler- OTIS	Mensual	Agosto - 2015	3 al 7 Agosto 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042418 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005594	Si	Si
HOSPAN N°6 –Pasajeros ex Oncología- Schindler- OTIS	Mensual	Agosto - 2015	3 al 7 Agosto 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042419 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005594	Si	Si
HOSPAN - Montacamillas N° 1 y 2- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Septiembre - 2015	6 al 11 Septiembre 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042415 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005597	Si	Si
HOSPAN N°3 -Pasajeros- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Septiembre - 2015	6 al 11 Septiembre 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N° 0042444 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005597	Si	Si
HOSPAN N°4 –Pasajeros Alimentación- Schindler-	Mensual	Septiembre - 2015	6 al 11 Septiembre 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042445 Cartilla de Inspección e	Si	Si

OTIS				Informe Técnico Ascensores Chile - N° 005597		
HOSPAN N°5 –Pasajeros Psiquiatría- Schindler- OTIS	Mensual	Septiembre - 2015	6 al 11 Septiembre 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042446 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005597	Si	Si
HOSPAN N°6 –Pasajeros ex Oncología- Schindler- OTIS	Mensual	Septiembre - 2015	6 al 11 Septiembre 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042447 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005597	Si	Si
HOSPAN - Montacamillas N° 1 y 2- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Octubre - 2015	5 al 10 Octubre 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042834 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005598	Si	Si
HOSPAN N°3 -Pasajeros- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Octubre - 2015	5 al 10 Octubre 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N° 0042835 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005598	Si	Si
HOSPAN N°4 –Pasajeros Alimentación- Schindler- OTIS	Mensual	Octubre - 2015	5 al 10 Octubre 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N° 0042836 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile - N° 005598	Si	Si
HOSPAN N°5 –Pasajeros Psiquiatría- Schindler- OTIS	Mensual	Octubre - 2015	5 al 10 Octubre 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042837 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005598	Si	Si
HOSPAN N°6 –Pasajeros ex Oncología- Schindler- OTIS	Mensual	Octubre - 2015	5 al 10 Octubre 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042838 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005598	Si	Si
Observaciones: Hay un error en la Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005558, dice Julio; debe decir Junio (el Prestador declara que efectivamente corresponde a Junio).						
Mantenimiento preventivo de calderas						
Observaciones: No aplica. El Prestador declara que el Hospital no tiene calderas.						
Mantenimiento preventivo de techumbre						
Metodología de constatación: Se revisan los documentos presentados por el Jefe de Mantención del Hospital Regional Antofagasta, Sr. Javier Vera Rojas, RUT 13.744.117-9. Corresponden a documentos en formato institucional, tipo pauta de chequeo "Check list" de las actividades definidas, con signo "√" cuando se ha realizado.						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Techumbre Edificio Principal	Mensual	Mayo a Octubre 2015	Mayo a Octubre-2015	Formato institucional, tipo pauta de chequeo "Check list" de las actividades definidas, con signo "√" cuando se ha realizado. Consigna nombre y firma del técnico responsable y Jefe de la Unidad de Mantención del Hospital Regional Antofagasta	Si	Si
Techumbre Área Administrativa	Mensual	Mayo a Octubre 2015	Mayo a Octubre-2015	Formato institucional, tipo pauta de chequeo "Check list" de las actividades definidas, con signo "√" cuando se ha realizado. Consigna nombre y firma del técnico responsable y Jefe de la Unidad	Si	Si

				de Mantención del Hospital Regional Antofagasta		
Techumbre Ex-Oncológico	Mensual	Mayo a Octubre 2015	Mayo a Octubre-2015	Formato institucional, tipo pauta de chequeo "Check list" de las actividades definidas, con signo "√" cuando se ha realizado. Consigna nombre y firma del técnico responsable y Jefe de la Unidad de Mantención del Hospital Regional Antofagasta	Si	Si

Observaciones:

Mantenimiento preventivo de sistema de aspiración y gases clínicos

Metodología de constatación: Se revisan los documentos presentados por el Jefe de Mantención del Hospital Regional Antofagasta, Sr. Javier Vera Rojas, RUT 13.744.117-9
Los documentos presentados corresponden a la empresa "Redes de Gases Clínicos" Proyecta Ltda.; éstos, no consignan el nombre del formulario, ni el número de folio. Incluyen el nombre y firma del responsable de Proyecta Ltda. La "descripción del trabajo a realizar" está consignada en letra manuscrita en formato de "texto libre".

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Aire Medicinal	Anual	1 vez al año	30 Junio 2015	Documento de la empresa "Redes de Gases Clínicos" Proyecta Ltda., (No consigna el nombre del formulario, ni el número de folio).	No	No se registran en el documento todas las acciones de Mantención Preventiva definidas en la página 9 del Programa de Mantenimiento Preventivo definido en la institución. No cumple.
Central de Aire	Anual	1 vez al año	No consigna fecha	Documento de la empresa "Redes de Gases Clínicos" Proyecta Ltda., (No consigna el nombre del formulario, ni el número de folio, ni la fecha de realización de las actividades).	No	No se registran en el documento todas las acciones de Mantención Preventiva definidas en la página 9 del Programa de Mantenimiento Preventivo definido en la institución. No cumple.
Central de vacío (palabra ilegible)	Anual	1 vez al año	30 Junio 2015	Documento de la empresa "Redes de Gases Clínicos" Proyecta Ltda., (No consigna el nombre del formulario, ni el número de folio).	No	No se registran en el documento todas las acciones de Mantención Preventiva definidas en la página 9 del Programa de Mantenimiento Preventivo definido en la institución. Consigna, entre otros, que: "Trabaja un solo equipo, bomba N°2 desconectada, no está funcionando" No cumple.
Central de vacío "PUR"	Anual	1 vez al año	No consigna fecha	Documento de la empresa "Redes de Gases Clínicos" Proyecta Ltda., (No consigna el nombre del formulario, ni el número de folio, ni la fecha).	No	No se registran en el documento todas las acciones de Mantención Preventiva definidas en la página 9 del Programa de Mantenimiento Preventivo definido en la institución. No cumple.
Manifold Óxido Nitroso	Anual	1 vez al año	No consigna	Documento de la empresa "Redes de Gases Clínicos" Proyecta Ltda., (No consigna el nombre del formulario, ni el número de folio, ni la fecha).	No	No se registran en el documento todas las acciones de Mantención Preventiva definidas en la página 10 del Programa de Mantenimiento Preventivo definido en la institución. No cumple.
Manifold Respaldo O_2	Anual	1 vez al año	30 Junio 2015	Documento de la empresa "Redes de Gases Clínicos" Proyecta Ltda., (No consigna el nombre	No	No se registran en el documento todas las acciones de Mantención Preventiva definidas en la página 10 del Programa de

				del formulario, ni el número de folio).		Mantenimiento Preventivo definido en la institución. No cumple.
Salidas Murales de Gases Clínicos	Anual	1 vez al año	30 Junio 2015	Documento de la empresa "Redes de Gases Clínicos" Proyecta Ltda., (No consigna el nombre del formulario, ni el número de folio).	No	No se registran en el documento todas las acciones de Mantención Preventiva definidas en la página 10 del Programa de Mantenimiento Preventivo definido en la institución. Se consigna que las "*salidas murales diferentes servicios presentan problemas de fugas, son salidas murales antiguas, están discontinuadas, no tienen repuestos. Se solicita recambio de salidas para normalizar y dejar operativo el sistema*" No cumple.
Cajas de Válvulas	Anual	1 vez al año	30 Junio 2015	Documento de la empresa "Redes de Gases Clínicos" Proyecta Ltda., (No consigna el nombre del formulario, ni el número de folio).	No	No se registran en el documento todas las acciones de Mantención Preventiva definidas en la página 11 del Programa de Mantenimiento Preventivo definido en la institución. Se consigna que "*no se intervienen, están fuera de norma. Se realizan pruebas de fuga, están sin manómetros, no cumplen con la norma chilena de gases*" No cumple
Alarmas de Gases Clínicos	Anual	1 vez al año	30 Junio 2015	Documento de la empresa "Redes de Gases Clínicos" Proyecta Ltda., (No consigna el nombre del formulario, ni el número de folio).	No	No se registran en el documento todas las acciones de Mantención Preventiva definidas en la página 11 del Programa de Mantenimiento Preventivo definido en la institución. Se consigna que "*hay servicios que no cuentan con alarmas*" No cumple

Observaciones: Se constata que no se cumplen las acciones contempladas en el Programa de Mantención Preventivo definido en la institución. Se aplica el criterio de "no cumplimiento de la periodicidad", al no estar explicitas en el documento de registro de la empresa Proyecta Ltda., todas las acciones de Mantención Preventiva que se debieron revisar en cada visita; por lo tanto, se define que no es posible constatar, la periodicidad de las acciones de mantención preventiva.

Mantenimiento preventivo de sistemas de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes

Metodología de constatación: Se revisan todos los formularios presentados por el Jefe de Mantención del Hospital Regional Antofagasta, Sr. Javier Vera Rojas, RUT 13.744.117-9 de las siguientes empresas:

- "HOFESA Climatización": Formularios "Recepción de trabajos N°". Los documentos presentados consignan el nombre del formulario, el número de folio, la firma del técnico. El formato es pre-impreso con campos a llenar para distintas actividades y un campo de "observaciones", para "texto libre".
- "Termoingeniería Norte Ltda".: Formularios "Orden de reparación y mantención N°". Los documentos presentados consignan el nombre del formulario, el número de folio, la firma del técnico. El formato es pre-impreso con campos a llenar para distintas actividades y un campo de "observaciones", para "texto libre".

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Sistema Central UCI Ad	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Mayo-Octubre 2015	Órdenes de Reparación y Mantención de la Empresa Termoingeniería Norte Ltda., N°1.130-1/ N°1.148-1/ N°1.170-1/ N°1.174-1/ N°1.196-1/ N°1.124-1	Si	Si

Alimentación-Planta Baja	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Junio-Octubre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números: 2432-2433-2441-2362-2467-2467-2501-2466-2465-2464-2575-2591-2592-2593-2667-2679-2678-2677-2676-2750	No	No se presenta documentación del mes de mayo 2015. No cumple
Hemodinamia -Planta Baja-Clark	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Mayo-Septiembre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números: 2273-2272-2271-2270-2436-2437-2393-2429-2428-2468-2430-2588-2649-2648-2647-2646	No	No se presenta documentación del mes de octubre 2015. No cumple
Imagenología -Primer Piso-Carrier	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Mayo 2015 Julio 2015 Septiembre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números: 2308-2509-2681	No	No se presenta documentación de los meses de junio-agosto y octubre 2015. No cumple
Imagenología -Primer Piso-Haier	Mensual	Mayo-Octubre 2015	No se constata	No se presentan documentos	No	No se presenta documentación del período mayo-octubre 2015. No cumple
Pabellón Central – Tercer Piso-York	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Junio 2015 Julio 2015 Agosto 2015 Septiembre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números:2397-2533-2620-2701	No	No se presenta documentación de los meses de mayo y octubre 2015. No cumple
Pabellón N°6-Tercer Piso-York	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Junio 2015 Julio 2015 Agosto 2015 Septiembre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números:2398-2534-2621-2702	No	No se presenta documentación de los meses de mayo y octubre 2015. No cumple
Poli Otorrino-Ex - Oncología-Clark	Mensual	Mayo-Octubre 2015	No se constata	No se presentan documentos	No	No se presenta documentación del periodo evaluado. No cumple
Sala Ecotomógrafo -Primer Piso-Tadiran	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Julio 2015	Formularios "Recepción de trabajos" número 2510	No	No se presenta documentación de los meses de mayo, junio, agosto, septiembre y octubre 2015. No cumple
Sala Scanner-Primer Piso-Trane	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Mayo-Septiembre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números: 2306-2307-2363-2512-2511-2508-2599-2600-2683-2684	No	No se presenta documentación del mes de octubre 2015. No cumple
SEDILE-Sexto Piso-Haier	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Mayo-Septiembre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números: 2329-2399-3005-2622-2703	No	No se presenta documentación del mes de octubre 2015. No cumple
Sala Litotriptor-Séptimo Piso-Westinghouse	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Mayo 2015 Junio 2015 Julio 2015 Septiembre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números: 2330-2400-2537-3011	No	No se presenta documentación de los meses de agosto y octubre 2015. No cumple
Sala Litotriptor-Séptimo Piso-Wespoint	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Mayo 2015 Junio 2015 Julio 2015 Agosto 2015 Septiembre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números: 2331-2401-2538-2624-2704	No	No se presenta documentación del mes de octubre 2015. No cumple
Bodega Farmacia-Patio Ambulancias-Anwo	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Mayo 2015 Junio 2015 Agosto 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números: 2342-2341-2340-2339-2338-2408-2409-2629-2628-2630-2632-2631	No	No se presenta documentación de los meses de julio, septiembre y octubre 2015.

						No cumple
Dental-Planta Baja-Uniclima	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Octubre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números: 2729-2728-2727 (No consignan los trabajos realizados)	No	No se presenta documentación del período mayo-septiembre 2015. La documentación del mes de octubre no consigna trabajos realizados. No cumple
Servicio Urgencia SAUD-Uniclima	Mensual	Mayo-Octubre 2015	No se constata	No se presentan documentos	No	No se presenta documentación del periodo evaluado. No cumple
Pabellón Cardiología-Segundo Piso-Trane	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Mayo 2015 Julio 2015 Septiembre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números: 2313-2312-2518-2517-2685-2686	No	No se presenta documentación de los meses de junio, agosto y octubre 2015. No cumple

CARACTERÍSTICA INS 3.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 0
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 2/3	Porcentaje obtenido: 67%		Cumple: No

CARACTERÍSTICA INS 3.2 / HALLAZGOS

INS 3.2 – Primer elemento medible: Se ha designado responsable institucional del plan de contingencia en caso de interrupción de suministro eléctrico y agua potable.

Dirección o Gerencia			
Documento que designa nombramiento: Resolución Exenta			
N° Resolución: 10500	Versión: NA	Fecha: 11/09/2013	
Elaborado por: NA	Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional de Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 11/09/2013	N° páginas: 1	
Nombre responsable: Ramón Jorquera Rojas, Rut N° 6.804.007-8	Cargo: Responsable del Plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico y agua potable del Hospital Regional de Antofagasta.		Profesión: No consigna
Observaciones: El documento tenido a la vista no consigna la profesión del responsable.			

INS 3.2 – Segundo elemento medible: Se documenta un plan de contingencia en caso de interrupción de suministro eléctrico y agua potable.

Dirección o Gerencia
Nombre del documento: No presenta documento
Observaciones: El prestador indica que el documento existente se encuentra obsoleto y el nuevo se encuentra en elaboración, no posee versión vigente. Se constata documento con timbre "Obsoleto"

INS 3.2 – Tercer elemento medible: Existen registros que dan cuenta de mantenimiento preventivo.

Punto de verificación Dirección o Gerencia

Mantenimiento preventivo de sistema de generadores de energía de emergencia						
Metodología de constatación: Para la constatación del tercer elemento medible se solicitan las pautas de mantenimiento de los generadores de emergencia del hospital efectuadas en el período evaluado, mayo octubre de 2015 y se procede a su revisión.						
Se verifica:	Características del mantenimiento:	Si	Periodicidad	Si	Fechas de mantenimiento	Si
Descripción de mantenimiento revisado: En punto de verificación Dirección se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta Mantención Equipo Electrógeno", en los cuales se describen los criterios de desempeño a medir por ítem, según se detalla: 1. Preparación de herramientas y materiales, considera 5 actividades. 2. Solicitud y bloqueo de equipo, considera 4 actividades relacionadas a la preparación del equipo mara el mantenimiento. 3. Realización de la actividad, considera 16 tareas a ejecutar de inspección, limpieza y verificación de funcionamiento de los distintos componentes del equipo. 4. Registro de valores medidos generales del grupo electrógeno, considera los valores medidos con y sin tablero conectado.						

El mantenimiento se efectúa en forma mensual, se constatan las pautas ejecutadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, todas consignan la fecha, hora de inicio, hora de término y firmas del Técnico responsable del mantenimiento y el jefe de la unidad.
Mantenimiento preventivo de estanques de agua de emergencia
Metodología de constatación: Para la constatación del tercer elemento medible se solicitan las pautas de mantenimiento de los estanques de agua de emergencia del hospital efectuadas en el período evaluado, mayo octubre de 2015 y se procede a su revisión.

Se verifica:	Características del mantenimiento:	Si	Periodicidad	Si	Fechas de mantenimiento	Si

Descripción de mantenimiento revisado:
En punto de verificación Dirección se tienen a la vista los documentos que dan cuenta del mantenimiento realizado a los estanques de agua, según se detalla a continuación:

1. "Informe visita inspectiva Planta de agua principal", informe que elabora el técnico responsable de la inspección realizada a los estanques de agua de emergencia cada 3 meses, en las cuales revisa las bombas, el estanque hidropack, el tablero eléctrico, el presostato y el rango de presión. Se constata inspección de los meses de marzo, junio y septiembre, todas consignan fecha, hora de inicio, hora de término y firma del técnico responsable.
2. "Informe microbiológico de agua potable LB N° 2642/15", análisis efectuado por laboratorio externo 2 veces al año. Se constata análisis del laboratorio "Labotec Ltda." de fecha 29/06/2015, con muestra de la "Piscina de agua potable" efectuada entre los días 25 y 28/06/2015, los parámetros evaluados son: Coliformes totales, Escherichia Coli, cloro libre o residual y PH.

INS 3.2 – Cuarto elemento medible: Se constata operación de los sistemas de emergencia.

Punto de verificación Dirección o Gerencia
Constata operación de generadores de energía de emergencia: En conjunto con el Jefe de Mantención se planifica corte de suministro eléctrico para el día 03/12/2015 a las 18 hrs. En la fecha y hora señalada el eléctrico de turno, Sr. Carlos Vega, procede a preparar el equipo electrógeno que energiza el edificio principal en 15 segundos en caso de corte de suministro eléctrico, marca Luyere, modelo V550k, con capacidad de 550 KVA. A las 18:07 horas se procede con el corte de suministro comprobándose el correcto funcionamiento del equipo a los 12 segundos, sin afectar la operatividad de los servicios clínicos consultados: Pabellón, UCI adultos.
Constata calidad macroscópica del agua de estanques de reserva: La evaluadora en compañía del Jefe de Mantención procede a revisar los dos estanques de acumulación de agua potable de 4 m^3 cada uno. Los estanques se encuentran protegidos del exterior y se accede a visualizar el agua a través de ventanas ubicadas en la parte superior de ellos, el agua se observa limpia, libre de elementos flotando y malos olores.

CARACTERÍSTICA 3.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 0	3° EM:1	4° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 3/4		Porcentaje obtenido: 75%		Cumple: Si

SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO

SERVICIOS DE APOYO – LABORATORIO CLÍNICO (APL)

CARACTERÍSTICA APL 1.1 / HALLAZGOS

APL 1.1 – Elemento medible: Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia		
Prestador al que compra: Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica, Acreditado		N° Registro Acreditación: 49
N° Autorización Sanitaria: N/A	Fecha Autorización Sanitaria: N/A	SEREMI:N/A
Copia fiel del documento original **(Si/No): N/A**	Fecha copia notarial: N/A	

CARACTERÍSTICA APL 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	Primer elemento medible: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APL 1.2 / HALLAZGOS

APL 1.2 – Primer elemento medible: Se describen en documento(s) elaborado(s) por Laboratorio Clínico, los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado, incluyendo:

Laboratorio Clínico				
Nombre del documento: Manual de Toma de Muestras Hospital Regional de Antofagasta				
Código: MA-LAB-03	Versión: 00	Fecha: Noviembre 2015	Fecha vigencia: 4 años	N° páginas: 40
Elaborado por: Karen Araya, Tecnólogo Médico			Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Laboratorio	
El documento incluye los siguientes procedimientos (Si/No):				
1. Instrucciones de preparación del	Si	2. Procedimiento de toma de muestra para los		Si

paciente		exámenes realizados			
3. Rotulación de las muestras	Si	4. Conservación de las muestras	Si	5. Traslado de las muestras	Si
6. Criterios de rechazo de muestras	Si	7. Se han definido responsables de su aplicación	Si		

Breve descripción del contenido del documento: El objetivo principal del documento es indicar la forma correcta y segura de tomar las muestras para exámenes de Laboratorio, indicando los requisitos en relación a preparación del paciente, y la conservación y transporte de muestra.
Las instrucciones entregadas en el manual aplican a la tomas de muestras que se realicen en todas las unidades asistenciales del Hospital Regional de Antofagasta.
La solicitud de exámenes se debe realizar en los formularios distribuidos por el Laboratorio y la recolección de la muestra es de responsabilidad del personal a cargo del paciente, siguiendo las normas entregadas por el laboratorio. La muestra debe ser rotulada con letra clara y legible con el nombre del paciente y dos apellidos, tipo de muestra, fecha y hora de su extracción.
Si la muestra no es apropiada para las determinaciones solicitadas o no cumpla con lo requerido en este manual, se notificará su rechazo al profesional responsable de la unidad de origen.
Se enumeran los instructivos para toma de muestra de los exámenes realizados (sangre venosa y arterial, tiempo de sangría, flujo vaginal, estudios de secreciones, muestras de orina, coproparasitológico, hemorragias ocultas, hemocultivo, PKU y otros) y cada instructivo cuenta con objetivo, principio, referencias, responsables, materiales y equipos, descripción de la tarea, informe de resultados, control de calidad, documentos asociados y anexos, los cuales se encuentran en formato electrónico en la web.

En las páginas N°13 a la 39, el manual, cuenta con anexo N°1: "Instructivo de preparación del paciente según examen solicitado", agrupados por sección de proceso, indicaciones del paciente, tipo de muestra, conservación y en la página N° 40, el anexo N° 2, el Indicador de "Rechazo de Muestras".
Criterios de rechazo de muestras, se encuentran en la página N° 6 del documento:

- Volumen insuficiente
- Muestra hemolizada
- Muestra coagulada
- Solicitud de examen no valorizado
- Muestra en contenedor equivocado
- Contenedor de la muestra mal etiquetado
- Transporte inadecuado de la muestra
- Solicitud ilegible
- Solicitud sin identificación del médico (nombre y Rut)
- Tubos o etiquetas contaminadas con sangre
- Muestras solicitadas y no tomadas
- Tubo enviado para determinación no solicitada
- Muestra derramada

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación:

Laboratorio	Toma Muestra	UPC Ad, TIM, UPC Coronaria	UPC Ped.	UPC Neo	Medicina, UAPP y Pensionado	Pediatría	Urgencia adulto y pediátrica, Gineco-obstétrica
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
Laboratorio: Laboratorio
Toma Muestras: Toma de Muestras de Laboratorio
UPC Ad: Unidad de Paciente Crítico Adulto
TIM: Tratamiento Intermedio
UPC Coronaria: Unidad de Paciente Crítico Coronario
UPC Ped: Unidad de Paciente Crítico Pediátrica
UPC Neo: Unidad de Paciente Crítico Neonatología
Medicina: Servicio de Medicina, Unidad de Atención Progresiva del Paciente y Pensionado
Pediatría: Servicio de Pediatría
Urgencia: Unidad de Emergencia Adulto, Pediátrica y Gineco-Obstétrica

El Hospital, cuenta con los servicios de Unidad de Paciente Crítico de adulto, Tratamiento Intermedio y Unidad de Paciente crítico Coronario.
En el Servicio de Medicina cuenta con Medicina, Unidad de Atención Progresiva del Paciente (UAPP) y Pensionado.
En el Servicio de Urgencia cuentan con Urgencia Adulto y Pediátrico y Urgencia Gineco-Obstétrica.

Se constata que en todos los puntos de verificación señalados, cuentan con el manual de Toma de Muestras entregado por el Laboratorio y con los instructivos de toma de muestras digitalizados, siendo éstos, la misma versión con que cuenta el Laboratorio.

Observaciones: Se tiene a la vista versión anterior código PO-LAB-01 de 169 páginas, fecha de emisión Agosto 2012 y vigencia de 3 años elaborado por Eva Mejías, Tecnólogo Médico, Encargada de Calidad y aprobado por Dr. Juan Pablo Mattatal I., Director del Hospital Regional de Antofagasta.

APL 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con problemas de la toma de muestra detectados en el Laboratorio.

Toma de Muestra	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras

Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Adulto	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
TIM (Tratamiento Intermedio)	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Coronaria	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Ped.	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Neo	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Medicina	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UAPP (Unidad de Atención Progresiva del Paciente)	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Pensionado	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Pediatría	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Urgencia Adulto- Pediátrica	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Urgencia Gineco-Obstétrica	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

APL 1.2– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Toma de Muestras	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador).

	Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
UPC Adulto	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
TIM (Tratamiento Intermedio)	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
UPC Coronaria	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
UPC Ped.	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
UPC Neo	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
Medicina	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una

	etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
UAPP (Unidad de Atención Progresiva del Paciente)	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
Pensionado	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
Pediatría	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
Urgencia Adulto Pediátrica	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
Urgencia Gineco-Obstétrica	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Toma de Muestra

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados /	6	1	2	5	0	1
N° Total de Tubos	28.658	5.479	7.735	6.008	5.577	5.956

% Cumplimiento	0,02%	0,02%	0,03%	0,08%	0%	0,02%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Toma de Muestra

Describir constatación**:** Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y permite agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio. Se constata que existe consistencia entre los datos registrados y los presentados por el prestador. Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados /	1					
N° Total de Tubos	5.956					
% Cumplimiento	0,02%					

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados /	16	11	9	11	3	11
N° Total de Tubos	5.712	1.039	1.191	1.226	1.263	1.306
% Cumplimiento	0,28%	1,06%	0,76%	0,90%	0,24%	0,84%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad

Describir constatación**:** Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio. Se constata que existe consistencia entre los datos registrados y los presentados por el prestador. Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados /	11					
N° Total de Tubos	1.306					
% Cumplimiento	0,84%					

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en TIM (Tratamiento Intermedio)

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados /	19	19	15	16	14	15
N° Total de Tubos	6.396	1.179	1.552	1.704	1.421	1.618
% Cumplimiento	0,30%	1,61%	0,97%	0,94%	0,99%	0,93%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para TIM (Tratamiento Intermedio)

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador". Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables. Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio.
Al constatar la información entregada por el Laboratorio en la planilla de rechazo de tubos, se encuentra una diferencia de un

tubo más que el reportado por el prestador (error de contabilización) y cómo esto no afecta el resultado del porcentaje del resultado informado del indicador, se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados / N° Total de Tubos	16 / 1.618					
% Cumplimiento	0,99%					

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Coronaria

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados / N° Total de Tubos	0 / 6.332	2 / 684	11 / 1.171	10 / 1.139	4 / 1.050	13 / 1.346
% Cumplimiento	0%	0,29%	0,94%	0,88%	0,38%	0,97%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Coronaria

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio. Se constata que existe consistencia entre los datos registrados y los presentados por el prestador.
Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados / N° Total de Tubos	13 / 1.346					
% Cumplimiento	0,97%					

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Pediátrica

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados / N° Total de Tubos	23 / 5.677	26 / 1.115	8 / 662	4 / 222	6 / 444	2 / 556
% Cumplimiento	0,41%	2,33%	1,21%	1,80%	1,35%	0,36%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Pediátrica

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio.
Al constatar la información entregada por el Laboratorio en la planilla de rechazo de tubos, se encuentra una diferencia de dos tubos más que el reportado por el prestador (error de contabilización). Dado que no hay consistencia entre el resultado reportado y el constatado, se da por no cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados / N° Total de Tubos	4 / 556					
% Cumplimiento	0,72%					

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Neonatología

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados /	6	1	14	7	4	21
N° Total de Tubos	2.988	420	628	433	573	504
% Cumplimiento	0,20%	0,24%	2,23%	1,62%	0,70%	4,17%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Neonatología

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio.
Al constatar la información entregada por el Laboratorio en la planilla de rechazo de tubos, se encuentra una diferencia de un tubo menos que el reportado por el prestador (error de contabilización). Se estima que el error no afecta de manera significativa el porcentaje del resultado informado del indicador. Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados /	20					
N° Total de Tubos	504					
% Cumplimiento	3,97%					

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Medicina

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados /	22	27	25	10	15	31
N° Total de Tubos	11.244	1.789	1.868	1.520	1.526	1.691
% Cumplimiento	0,20%	1,51%	1,34%	0,66%	0,98%	1,83%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Medicina

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio.
Al constatar la información entregada por el Laboratorio en la planilla de rechazo de tubos, se encuentra una diferencia de ocho tubos menos que el reportado por el prestador (error de contabilización).
Dado que no existe consistencia entre en el numerador informado y el resultado del numerador constatado por el evaluador, se da por NO cumplido el hecho medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados /	23					
N° Total de Tubos	1.691					
% Cumplimiento	1,36%					

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UAPP (Unidad de Atención Progresiva del Paciente)

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados /	6	4	0	6	1	6
N° Total de Tubos	1711	167	334	191	229	247

% Cumplimiento	0,35%	2,40%	0%	3,14%	0,44%	2,43%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UAPP (Unidad de Atención Progresiva del Paciente)

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio. Se constata que existe consistencia entre los datos registrados y los presentados por el prestador.
Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados /	6					
N° Total de Tubos	247					
% Cumplimiento	2,43%					

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Pensionado

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados /	0	1	3	0	1	4
N° Total de Tubos	422	43	76	94	115	91
% Cumplimiento	0%	2,33%	3,95%	0%	0,87%	4,40%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Pensionado

Describir constatación**:** Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio.
Al constatar la información entregada por el Laboratorio en la planilla de rechazo de tubos, se encuentra una diferencia de ocho tubos menos que el reportado por el prestador (error de contabilización).
Dado que no existe consistencia entre en el numerador informado y el resultado del numerador constatado por el evaluador, se da por NO cumplido el hecho medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados /	2					
N° Total de Tubos	91					
% Cumplimiento	2,20%					

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Pediatría

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados /	19	7	3	5	23	14
N° Total de Tubos	3.155	608	495	316	558	566
% Cumplimiento	0,60%	1,15%	0,61%	1,58%	4,12%	2,47%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Pediatría

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad

solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio. Se constata que existe consistencia entre los datos registrados y los presentados por el prestador.
Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados /	14					
N° Total de Tubos	566					
% Cumplimiento	2,47%					

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Urgencia Adulto Pediátrica

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados /	156	57	74	95	52	97
N° Total de Tubos	27.372	4.556	5.498	5.067	5.496	5.438
% Cumplimiento	0,57%	1,25%	1,35%	1,87%	0,95%	1,78%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Urgencia Adulto Pediátrica

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio. Se constata que existe consistencia entre los datos registrados y los presentados por el prestador.
Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados /	97					
N° Total de Tubos	5.438					
% Cumplimiento	1,78%					

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Urgencia Gineco-Obstétrica

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados /	10	5	9	9	0	1
N° Total de Tubos	3.045	421	671	599	535	404
% Cumplimiento	0,33%	1,19%	1,34%	1,50%	0%	0,25%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Urgencia Gineco-Obstétrica

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio. Se constata que existe consistencia entre los datos registrados y los presentados por el prestador.
Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados /	1					
N° Total de Tubos	404					
% Cumplimiento	0,25%					

APL 1.2– Cuarto elemento medible: Se constata que el Laboratorio dispone de formularios para entrega de información a los pacientes ambulatorios en relación con:**(Si/No)**

Laboratorio Clínico					
1. Formulario instrucciones de preparación del paciente	Si	2. Formulario toma y traslado de muestras	Si	3. Formulario plazos de entrega de los exámenes	Si

Observaciones: El Laboratorio dispone de formularios para entrega de información a los pacientes ambulatorios que incluye instrucciones de preparación del paciente, recolección de la muestra, traslado de la muestra y el plazo de entrega del resultado.
Dispone de los siguientes formularios:

- Recolección de orina de 24 horas para catecolaminas
- Orina segundo chorro
- Expectoración o desgarro
- Niveles plasmáticos de drogas anticonvulsivantes
- Test de Sudan lll
- Test de Graham
- Sangre oculta en deposiciones
- Parasitológico seriado
- TBC en orina
- Espermiograma
- Renina plasmática
- Niveles de B6 y B12
- Hormona de crecimiento

CARACTERÍSTICA APL 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	Laboratorio	Toma Muestra	UPC Ad	UPC Ped.	UPC Neo	Medicina	Pediatría	Urgencia
1° EM	1	1	1	1	1	1	1	1
2° EM		1	1	1	1	1	1	1
3° EM		1	1	0	1	0	1	1
4° EM	1							

Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 21/23	Porcentaje obtenido: 91%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APL 1.3 / HALLAZGOS

APL 1.3 – Primer elemento medible: Se describen en documento(s) los procedimientos respecto de.

Microbiología					
Nombre del documento: Instructivo Flujograma para Diagnóstico Bacteriológico					
Código: IT-LABM-03	Versión: 00	Fecha: Mayo 2015	Fecha vigencia: 3 años		N° páginas:15
Elaborado por: Paula Araya Collados, Tecnólogo Médico			Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Laboratorio		
El documento incluye al menos: (Si/No)					
1. Técnicas de ejecución de los exámenes	Si	2. Tiempos de respuesta de exámenes			Si
3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda					Si

Breve descripción del documento: El objetivo principal del documento es estandarizar el procedimiento a seguir para la identificación bacteriana de microorganismos. Este instructivo se utiliza como guía para el estudio de cepas aisladas desde las muestras recibidas en el Laboratoro. Incluye flujogramas de: Cocáceas Gram + Catalasa +, Streptococcus Beta hemolíticos, Streptococcus alfa hemolíticos, Haemophilus sp, Neisseria sp, Coprocultivo, Bacillus sp, Corynebacterium sp, Listeria sp, Microorganismos grupo HACEK, Estudio bacteriológico de Urocultivo.
Las técnicas están descritas individualmente (coprocultivo, urocultivo, antígenos febriles, virus influenza A y B, rotavirus, etc.) y cada una cuenta con objetivo, principio de la técnica, responsables de su ejecución, referencias, material y equipo a utilizar, descripción de la tarea, informe y el tiempo de respuesta del resultado, control de calidad interno, documentos asociados y anexos.
Adicionalmente, cuentan con un documento de tiempo de respuesta de Resultados Código IT-LAB-08.

Nombre del documento N°2: Instructivo Tiempo de Respuesta de Resultados de Exámenes de Laboratorio
Código: IT-LAB-08
Versión: 00
Fecha: Febrero 2015
Fecha vigencia: 4 años
N° de páginas: 22
Elaborado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio
Breve descripción del documento: El objetivo de este documento es asegurar que los resultados de exámenes de Laboratorio son reportados oportunamente para garantizar los cuidados y seguridad de los pacientes.
Como Anexo N°1, se define los tiempo de respuesta de los de exámenes STAT (tiempo de respuesta de 1 hora desde que se recibe la muestra en el Laboratorio) y los exámenes ASAP (tiempo de respuesta de 3 horas desde que se recibe la muestra en el Laboratorio) y cuáles exámenes según la sección de proceso, se pueden solicitar con este carácter. (Página 7 y 8 del documento).
Como Anexo N°2, se incluye listado de tiempo de respuesta de exámenes de Laboratorio de rutina, en que se indica, código del

examen, nombre del examen, sección que lo procesa, días de realización del test y tiempo de respuesta. (Páginas 9 a 17 del documento).
Adicionalmente, se incluye el indicador y los días de medición según período a evaluar.

Hematología

Nombre del documento: Instructivo Uso y Mantención del Analizador Sysmex XT-4000i

Código: IT-LABH-03	Versión: 00	Fecha: Abril 2015	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 22
Elaborado por: Brissa Morata G., Tecnólogo Médico		Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Laboratorio		

El documento incluye al menos: (Si/No)

1. Técnicas de ejecución de los exámenes	Si	2. Tiempos de respuesta de exámenes	Si
3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda	Si		

Breve descripción del documento: El objetivo principal es entregar las instrucciones para la mantención y uso del equipo Sysmex XT 4000i para procesar hemogramas. Describe la tecnología que utiliza, los responsables de su mantención, materiales, equipos y la descripción de la tarea a realizar. El control de calidad se realiza con controles comerciales de segunda opinión, con tres niveles de medición los cuales se procesan antes de iniciar la corrida analítica.
Adicionalmente, cuenta con Instructivo Uso y Mantención STA Compact Max equipo en que se realizan las pruebas de coagulación y el Instructivo Uso equipo SRS 20/ll, equipo en el que se realizan las VHS (velocidad de sedimentación).

Las técnicas están descritas individualmente (hemograma y VHS, anticoagulante lúpico, lectura del frotis, eosinófilos nasales, recuento de reticulocitos, fragilidad osmótica, etc.) y cada una cuenta con objetivo, principio de la técnica, responsables de su ejecución, referencias, material a utilizar y equipo, descripción de la tarea, informe del resultado y el tiempo de respuesta del resultado, control de calidad interno, documentos asociados y anexos.

Nombre del documento N°2: Procedimiento Control de Calidad para las Mediciones Cuantitativas
Código: PO-LAB-13
Versión: 00
Fecha: Enero 2015
Fecha vigencia: 3 años
N° de páginas: 35
Elaborado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio
Breve descripción del documento: El objetivo del documento e establecer las condiciones de desempeño analítico y control de calidad para una medición con la finalidad de lograr que la variabilidad analítica sea siempre menor que la variabilidad biológica y que los resultados obtenidos contribuyan en la toma de decisiones médicas.
Este documento aplica a todas las mediciones de analitos cuantitativos que están sujetos a control de calidad interno.
Incluye responsables de su ejecución, definiciones, referencias, materiales y equipos y descripción del proceso.
Define los requisitos de calidad a utilizar en el laboratorio (será el de la ultima variabilidad biológica disponible), la selección del material de control y la concentración de los analitos en el material de control (niveles de decisión médica). El control de calidad interno se realizará según tabla de periodicidad de control según equipo el cual se encuentra en la página 13 del documento.

Los calibradores se utilizan en equipo:

- STA Compact Max, cuando se instalan nuevas técnicas
- Sysmex XT-4000i, solo lo utiliza el técnico y
- SRS 20/ll, no utiliza calibradores.

Nombre del documento N°3: Instructivo Tiempo de Respuesta de Resultados de Exámenes de Laboratorio
Código: IT-LAB-08
Versión: 00
Fecha: Febrero 2015
Fecha vigencia: 4 años
N° de páginas: 22
Elaborado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio
Breve descripción del documento: el objetivo de este documento es asegurar que los resultados de exámenes de Laboratorio son reportados oportunamente para garantizar los cuidados y seguridad de los pacientes.
Como Anexo N°1, se define los tiempo de respuesta de los de exámenes STAT (tiempo de respuesta de 1 hora desde que se recibe la muestra en el Laboratorio) y los exámenes ASAP (tiempo de respuesta de 3 horas desde que se recibe la muestra en el Laboratorio) y cuáles de exámenes según la sección de proceso, se pueden solicitar con este carácter. (Página 7 y 8 del documento).
Como Anexo N°2, se incluye listado de tiempo de respuesta de exámenes de Laboratorio de rutina, en que se indica, código del examen, nombre del examen, sección que lo procesa, días de realización del test y tiempo de respuesta. (Páginas 9 a 17 del documento).
Adicionalmente, se incluye el indicador y los días de medición según período a evaluar.

Bioquímica

Nombre del documento 1: Instructivo Uso y Mantenimiento analizador Cobas c 311

N° Resolución: IT-LAB-38	Versión:01	Fecha: Marzo 2015	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas:23
Elaborado por: Carlos Valderrama M., Tecnólogo Médico		Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio		

El documento incluye al menos: (Si/No)

1. Técnicas de ejecución de los exámenes	Si	2. Tiempos de respuesta de exámenes	Si
3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda	Si		

Breve descripción del documento: El objetivo es establecer el procedimiento para la utilización del analizador de química Cobas

c311, el cual cuenta con un menú integral de más de 100 análisis. Describe la tecnología que utiliza, los responsables de su mantención, materiales, equipos y la descripción de la tarea a realizar. El control de calidad se realiza con controles comerciales, cada 12 horas.
Los insertos de las técnicas de los exámenes que se pueden procesar en este equipo se encuentran archivados en el manual del equipo.
Adicionalmente, cuenta con Instructivo de Uso y Mantención del Equipo Cobas 6000, Instructivo Uso y Mantención del Equipo Cobas e 411, Instructivo de Operación y Mantención del equipo Rapid Point 500 (para gases, electrolito y calcio iónico), Instructivo de Uso y Mantención Equipo Vidas (para análisis de pruebas de inmunoensayos como B2 microglobulina, determinación de virus de la Hepatitis C, HIV, Ca 19-9). Cada documento cuenta con objetivo, principio de la técnica, responsables de su ejecución, referencias, material a utilizar y equipo, descripción de la tarea, informe del resultado y el tiempo de respuesta del resultado, control de calidad interno, documentos asociados y anexos.
Los insertos de las técnicas de los exámenes que se pueden procesar en cada equipo se encuentran archivados en el manual del equipo.

Nombre del documento N°2: Procedimiento Control de Calidad para las Mediciones Cuantitativas
Código: PO-LAB-13
Versión: 00
Fecha: Enero 2015
Fecha vigencia: 3 años
N° de páginas: 35
Elaborado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio
Breve descripción del documento: el objetivo del documento e establecer las condiciones de desempeño analítico y control de calidad para una medición con la finalidad de lograr que la variabilidad analítica sea siempre menor que la variabilidad biológica y que los resultados obtenidos contribuyan en la toma de decisiones médicas.
Este documento aplica a todas las mediciones de analitos cuantitativos que están sujetos a control de calidad interno.
Incluye responsables de su ejecución, definiciones, referencias, materiales y equipos y descripción del proceso.
Define los requisitos de calidad a utilizar en el laboratorio (será el de la ultima variabilidad biológica disponible), la selección del material de control y la concentración de los analitos en el material de control (niveles de decisión médica). El control de calidad interno se realizará según tabla de periodicidad de control según equipo el cual se encuentra en la página 13 del documento.
El uso de calibradores está definido en cada equipo de la sección.

Nombre del documento N°3: Instructivo Tiempo de Respuesta de Resultados de Exámenes de Laboratorio
Código: IT-LAB-08
Versión: 00
Fecha: Febrero 2015
Fecha vigencia: 4 años
N° de páginas: 22
Elaborado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio
Breve descripción del documento: El objetivo de este documento es asegurar que los resultados de exámenes de Laboratorio son reportados oportunamente para garantizar los cuidados y seguridad de los pacientes.
Como Anexo N°1, se define los tiempo de respuesta de los de exámenes STAT (tiempo de respuesta de 1 hora desde que se recibe la muestra en el Laboratorio) y los exámenes ASAP (tiempo de respuesta de 3 horas desde que se recibe la muestra en el Laboratorio) y cuáles de exámenes según la sección de proceso, se pueden solicitar con este carácter. (Página 7 y 8 del documento).
Como Anexo N°2, se incluye listado de tiempo de respuesta de exámenes de Laboratorio de rutina, en que se indica, código del examen, nombre del examen, sección que lo procesa, días de realización del test y tiempo de respuesta. (Páginas 9 a 17 del documento).
Adicionalmente, se incluye el indicador y los días de medición según período a evaluar.

APL 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con: tiempo de respuesta de exámenes urgentes o provenientes de unidades críticas.

Microbiología	
Nombre del indicador	Tiempo de respuesta ASAP
Fórmula matemática	(N° exámenes solicitados como ASAP informados dentro del plazo de entrega/ N° total de exámenes ASAP solicitados en el período de tiempo evaluado) x 100
Umbral de cumplimiento: > o = 80%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral
Hematología	
Nombre del indicador	Tiempo de respuesta ASAP
Fórmula matemática	(N° exámenes solicitados como ASAP informados dentro del plazo de entrega/ N° total de exámenes ASAP solicitados en el período de tiempo evaluado) x 100
Umbral de cumplimiento: > o = 80%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral
Bioquímica	
Nombre del indicador	Tiempo de respuesta ASAP
Fórmula matemática	(N° exámenes solicitados como ASAP informados dentro del plazo de entrega/ N° total de exámenes ASAP solicitados en el período de tiempo evaluado) x 100
Umbral de cumplimiento: > o = 80%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral

APL 1.3– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Microbiología	
Nombre documento	Informe de resultados Indicadores y Análisis Unidad de Apoyo Diagnóstico Laboratorio Clínico
Responsable medición	TM Ximena Rojo Monroy
Fuente primaria	Solicitud de Laboratorio del día sorteado y sistema informático con la hora de validación final.
Fuente secundaria	Planilla Excel
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se revisa las solicitudes del día que se evaluó y se separan las solicitudes ASAP. Se revisa la hora de recepción escrita por el paramédico que recibe las muestras. Posteriormente, se revisa la hora de ingreso al sistema y la hora de validación del resultado. Se anota en planilla Excel "Tiempo de Respuesta Exámenes de Laboratorio" que cuenta con los campos de: Fecha de ingreso, examen, hora de recepción, hora de ingreso, fecha y hora del informe y tiempo de respuesta. Cuando se cuenta con el total de los días a evaluar del cuatrimestre, se saca en porcentaje de cumplimiento de la sección.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Microbiología						
Mes /Año	Junio a Septiembre 2015					
N° Pautas cumplidas /	30					
N° Total Pautas	81					
% Cumplimiento	37%					

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Microbiología

Describir constatación**:** Se selecciona el cuatrimestre de Junio de Septiembre 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros. Se solicita al encargado del Laboratorio el archivo Excel "Tiempo de respuesta exámenes de Laboratorio" el cual cuenta con los campos de: Fecha de ingreso, examen, hora de recepción (escrita manualmente), hora de ingreso (dato aparece en informe de resultado computacional), fecha y hora del informe (dato aparece en informe de resultado computacional) y tiempo de respuesta (diferencia entre la hora de recepción y la hora de validación). De la planilla Excel, se cuenta el universo de exámenes ASAP solicitados a la sección de Microbiología durante el período y se solicitan los documentos (solicitudes) de exámenes ASAP. Se selecciona, aleatoriamente, 30 solicitudes para verificar el cumplimiento del indicador. Dado que éste no es representativo y no cumple con el indicador informado por el prestador, el evaluador, revisa el universo de muestras solicitadas por ASAP.
Se constata que el dato presentado no es el informado por el prestador.
El cumplimiento reportado por el prestador es de un 37% y el cumplimiento constatado por el evaluador es de un 29,6%.
Dado que no existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador; se da por NO cumplido el hecho medible.

Mes /Año	Junio a Septiembre 2015					
N° Pautas cumplidas /	24					
N° Total Pautas	81					
% Cumplimiento	29,6%					

Hematología	
Nombre documento	Informe de resultados Indicadores y Análisis Unidad de Apoyo Diagnóstico Laboratorio Clínico
Responsable medición	TM Brissa Morata
Fuente primaria	Solicitud de Laboratorio del día sorteado y sistema informático con la hora de validación final.
Fuente secundaria	Planilla Excel
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se revisa las solicitudes del día que se evaluó y se separan las solicitudes ASAP. Se revisa la hora de recepción escrita por el paramédico que recibe las muestras. Posteriormente, se revisa la hora de ingreso al sistema y la hora de validación del resultado. Se anota en planilla Excel "Tiempo de Respuesta Exámenes de Laboratorio" que cuenta con los campos de: Fecha de ingreso, examen, hora de recepción, hora de ingreso, fecha y hora del informe y tiempo de respuesta. Cuando se cuenta con el total de los días a evaluar del cuatrimestre, se saca en porcentaje de cumplimiento de la sección.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Hematología						
Mes /Año	Junio a Septiembre 2015					
N° Pautas cumplidas /	235					
N° Total Pautas	306					
% Cumplimiento	76,8%					

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Hematología

Describir constatación: Se selecciona el cuatrimestre de Junio de Septiembre 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros. Se solicita al encargado del Laboratorio el archivo Excel "Tiempo de respuesta exámenes de Laboratorio" el cual cuenta con los campos de: Fecha de ingreso, examen, hora de recepción (escrita manualmente), hora de ingreso (dato aparece en informe de resultado computacional), fecha y hora del informe (dato aparece en informe de resultado computacional) y tiempo de respuesta (diferencia entre la hora de recepción y la hora de validación).
De la planilla Excel, se cuenta el universo de exámenes ASAP solicitados a la sección de Hematología durante el período y se

solicitan los documentos (solicitudes) de exámenes ASAP. Se revisa el universo de muestras solicitadas por ASAP, constatando que el dato presentado por el prestador no es el mismo que el constatado por el evaluador.
Al constatar los documentos (solicitudes) de exámenes ASAP, se encuentra una diferencia de diez solicitudes menos que las reportadas por el prestador (error de contabilización). Dado que no hay consistencia entre el resultado informado y el constatado, se da por no cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Junio a Septiembre 2015					
N° Pautas cumplidas /	225					
N° Total Pautas	307					
% Cumplimiento	73,3%					

Bioquímica	
Nombre documento	Informe de resultados Indicadores y Análisis Unidad de Apoyo Diagnóstico Laboratorio Clínico
Responsable medición	TM Ximena López
Fuente primaria	Solicitud de Laboratorio del día sorteado y sistema informático con la hora de validación final.
Fuente secundaria	Planilla Excel
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se revisan las solicitudes del día que se evaluó y se separan las solicitudes ASAP. Se revisa la hora de recepción escrita por el paramédico que recibe las muestras. Posteriormente, se revisa la hora de ingreso al sistema y la hora de validación del resultado. Se anota en planilla Excel "Tiempo de Respuesta Exámenes de Laboratorio" que cuenta con los campos de: Fecha de ingreso, examen, hora de recepción, hora de ingreso, fecha y hora del informe y tiempo de respuesta. Cuando se cuenta con el total de los días a evaluar del cuatrimestre, se saca en porcentaje de cumplimiento de la sección.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Bioquímica

Mes /Año	Junio a Septiembre 2015					
N° Pautas cumplidas /	134					
N° Total Pautas	179					
% Cumplimiento	74,86%					

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Bioquímica

Describir constatación**:** Se selecciona el cuatrimestre de Junio de Septiembre 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros. Se solicita al encargado del Laboratorio el archivo Excel "Tiempo de respuesta exámenes de Laboratorio" el cual cuenta con los campos de: Fecha de ingreso, examen, hora de recepción (escrita manualmente), hora de ingreso (dato aparece en informe de resultado computacional), fecha y hora del informe (dato aparece en informe de resultado computacional) y tiempo de respuesta (diferencia entre la hora de recepción y la hora de validación). De la planilla Excel, se cuenta el universo de exámenes ASAP solicitados a la sección de Bioquímica durante el período y se solicitan los documentos (solicitudes) de exámenes ASAP. Se selecciona aleatoriamente 30 solicitudes para verificar el cumplimiento del indicador. Se constata que el dato presentado es el informado por el prestador.
Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador; se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3, aprobada por Resolución Exenta IP N° 63, de 14 enero de 2015.

Mes /Año	Junio a Septiembre 2015					
N° Pautas cumplidas /	27					
N° Total Pautas	30					
% Cumplimiento	90%					

APL 1.3– Cuarto elemento medible: Se constata ejecución de controles de calidad internos en las diferentes áreas del Laboratorio Clínico en forma periódica de acuerdo a procedimiento local.

Describir constatación en Microbiología:
Se solicita listado de exámenes realizados en la sección y se selecciona aleatoriamente el mes (Mayo 2015) y las técnicas a evaluar, que en este caso corresponden a líquidos estériles y virus respiratorios.
Líquidos estériles:
El control de calidad de esta técnica se realiza con la tinción de Gram de todos los líquidos con cepas ATCC (American Type Culture Collection). Se realiza diariamente para controlar las bacterias Gram positivo con cepas de *Staphylococcus aureus* ATCC 25923 y las bacterias Gram negativo con cepas *Escherichia coli* ATCC 25922.
Se constata que cuentan con registros de los controles diarios de esta técnica del mes de Mayo 2015 y la constancia que se cambió el reactivo de lugol preparado en el Laboratorio, por uno comercial.
Virus respiratorios:
Para realizar estos exámenes se utiliza un kit en el que se puede investigar por técnica IFI (inmunofluorescencia indirecta) los siguientes virus:

- Virus sinsicial respiratorio
- Adenovirus
- Parainfluenza 1

- Parainfluenza 2
- Parainfluenza 3
- Influenza A
- Influenza B y
- Metapneumovirus

La lectura de las reacciones es visual y se informa en cruces. Se utiliza como control de calidad los controles que vienen en el kit. El control de calidad se realiza cada vez que se procesa una muestra en conjunto con la muestra del paciente.
Los resultados son registrados en la planilla RG-LABM-61-01 "Resultados IFI Virus respiratorios" la que incluye el nombre del paciente, la fecha del proceso, el número del control y los resultados del control.
Se constata que cuentan con registros de las muestras procesadas junto a los controles realizados durante el mes de Mayo 2015.

Describir constatación en Hematología:
Se solicita listado de exámenes realizados en la sección y se selecciona aleatoriamente el mes (Mayo 2015); las técnicas a evaluar, que en este caso, corresponden a las técnicas de coagulación y el hemograma.
Coagulación:
Las pruebas de coagulación se realizan en el equipo STA Compact Max. Se utilizan controles comerciales y tres veces al día se procesa una alícuota de plasma de control Normal y otra de control Patológico y cada vez que se cambie o reemplace un reactivo.
Los resultados se ven en la pantalla del equipo y se digitan manualmente en la "planilla de controles de coagulación 2015" que cuenta con los siguientes datos: Tipo de prueba, fecha, hora, resultados por cada prueba y nombre o iniciales del operador.
Posteriormente, estos datos son digitados en el sistema computacional de calidad Randox.
Se constata que cuentan con planillas de control de calidad y que cada vez que algún control sale fuera de rango, se deja una observación explicando la razón del problema.
Hemograma:
Este examen se procesa en el equipo Sysmex XT-4000i y el control da calidad se pasa por el equipo, dos veces al día, utilizando controles comerciales de tres niveles (Bajo, Alto y Normal). Los valores de media y límites aceptables son aquellos definidos por el fabricante debido al corto tiempo de estabilidad. Esto impide el poder contar con valores propios. Cuando el control no está dentro de los valores esperados, se repite y si está correcto, se sigue con el proceso de las muestras.
Los datos entregados por el equipo con el histograma son pasados diariamente en forma manual a la planilla Sysmex XT 4000i y éstos al sistema computacional de control de calidad Randox.
La planilla utilizada "Controles diarios Sysmex XT 4000i" contiene los siguientes datos: N° de lote del control, mes, operador, fecha y los resultados de los parámetros realizados (recuento de glóbulos blancos, recuento de glóbulos rojos, hemoglobina, hematocrito, plaquetas, neutrófilos, linfocitos, monocitos, eosinófilos, basófilos y reticulocitos. Se consigna el resultado del control bajo, normal y alto.
Se constata que cuentan con planillas de control de calidad y que cada vez que algún control se sale fuera de rango, se deja una observación explicando la razón del problema.

Describir constatación en Bioquímica:
Se solicita listado de exámenes realizados en la sección y se selecciona aleatoriamente el mes (Mayo 2015); y las técnicas a evaluar, que en este caso, corresponde a determinación de LDH y Proteínas totales.
LDH:
Este examen se procesa en el equipo Cobas 6000 en el módulo 501, analizador automático. Se utilizan controles comerciales liofilizados de nivel normal y alto. Antes de iniciar el proceso de rutina diaria y cada ocho horas, se realiza el control de calidad del equipo y se observa si éstos están dentro de los límites establecidos. El equipo entrega los resultados impresos y éstos, se traspasan diariamente al programa computacional de control de calidad Ramdox. Una vez transcritos, se eliminan. Si algún parámetro sale alterado, se revisa la causa del problema y se pasa nuevamente el control. Si el problema persiste, se calibra la técnica.
Cuentan con controles anuales del mismo lote y cada vez que éste se cambia, utilizan como valores de referencia los entregados por el proveedor hasta que obtener los propios.
Se constata que cuentan con gráficos de control de calidad diario de ambos controles y que se consigna en los comentarios el problema detectado o la acción realizada.
Proteínas totales:
Este examen se procesa en el equipo Cobas 6000 en el módulo 501, analizador automático. Se utilizan controles comerciales liofilizados de nivel normal y alto. Antes de iniciar el proceso de rutina diaria y cada ocho horas, se realiza el control de calidad del equipo y se observa si éstos están dentro de los límites establecidos. El equipo entrega los resultados impresos y éstos, se traspasan diariamente al programa computacional de control de calidad Ramdox. Una vez transcritos, se eliminan. Si algún parámetro sale alterado, se revisa la causa del problema y se pasa nuevamente el control. Si el problema persiste, se calibra la técnica.
Cuentan con controles anuales del mismo lote y cada vez que éste se cambia, utilizan como valores de referencia los entregados por el proveedor hasta que obtener los propios.
Se constata que cuentan con gráficos de control de calidad diario de ambos controles y que se consigna en los comentarios el problema detectado o la acción realizada.

CARACTERÍSTICA APL 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	1° elemento medible	2° elemento medible	3° elemento medible	4° elemento medible
Microbiología	1	1	0	1
Hematología	1	1	0	1
Bioquímica	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 10/12	Porcentaje obtenido: 83%	Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA APL 1.4 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

APL 1.4 – Primer elemento medible: Existen registros de participación en Programa de Evaluación Externa de la Calidad en todas las áreas en que el Laboratorio realiza prestaciones.

Laboratorio Clínico
Constata registros de participación en PEEC: Se constata que el Laboratorio participa en el programa de Control de Calidad externo del Instituto de Salud Pública (PEEC) para el año 2015, según consta en Ficha de Adscripción Programa PEEC 2015 de fecha 09/01/2015 y en Programa Nacional de Controle de Qualidade Ltda (PNCQ) programa patrocinado por la Sociedad Brasileira de Análisis Clínicos.
Programa PEEC año 2015 Área Hematología e Inmunohematología: • Evaluación Coagulación (TP y TTPK) • Evaluación Morfología sanguínea • PEEC Morfología Digital
Programa PEEC año 2015 Área Bacteriología: • Evaluación de Bacteriología • Evaluación Serología de Sífilis • Evaluación Mycobacterias • Evaluación Virus respiratorios
Programa PEEC año 2015 Área Inmunología: • Evaluación Inmunología básica (factor reumatoídeo más proteína C reactiva) • Evaluación Inmunología de Proteínas (IgA,IgG,IgM,C3,C4,EA,IEF) • Evaluación Autoinmunidad (AAN, a-DNA) • Evaluación Marcadores tumorales • Evaluación Inmunoglobulina E total • Evaluación Enfermedad Celíaca
Programa PEEC año 2015 Área Parasitología: • Evaluación Coproparasitología • Evaluación Pneumocystis jiroveci • Evaluación Serología de Toxoplasmosis • Evaluación de Serología de Enfermedad de Chagas (confirmación)
Programa PEEC año 2015 Área Química Clínica: • Evaluación Química sanguínea • Evaluación Drogas de abuso • Evaluación Química de orina cualitativa • Evaluación Hormonas tiroídeas (T3,T4, TSH y T4 libre) • Evaluación Orina cuantitativa • Evaluación Hemoglobina glicosilada • Evaluación Hormonas de la Reproducción (FSH,HCG y LH)
Programa PEEC año 2015 Área Virología • Evaluación de serología de VIH
Programa PNCQ año 2015 Área Hematología e Inmunohematología: • Hemoglobinometría • Perfil Hematológico • Recuento de Reticulocitos
Programa PNCQ año 2015 Área Virología • Serología de Hepatitis B

APL 1.4 – Segundo elemento medible: Se documentan análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo.

Laboratorio Clínico		
Programa que detecta incumplimiento: Área Hematología e Inmunohematología	N° de Informe PEEC: 89	Fecha informe: 24 de Septiembre 2015
Resultado insatisfactorio: Tiempo de Protrombina CG N° 377		Fecha medición: 11 de Agosto 2015
Análisis de informe de resultado insatisfactorio: En el Laboratorio se usa el reactivo Neoplastina R que aún no conforma en grupo PECC. La comparación se realiza con reactivos distintos. Se comunica con el proveedor y aún no hay respuesta.		
Fecha análisis: 25 de Septiembre 2015	Responsable del análisis: TM Brissa Moratta	
Medidas de mejora: No se realiza acción correctiva. Se envía correo para pronta solución.		Fecha medidas:30/09/2015
Breve descripción del EM: En el análisis de los informes de evaluación de desempeño, enviados por el Programa de Evaluación Externa de Calidad, se pudo constatar que el Laboratorio ha cumplido con la realización de los controles , que documentan análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el programa.		

Laboratorio Clínico		
Programa que detecta incumplimiento: Área Inmunología	N° de Informe PEEC: 2 de 2	Fecha informe: 24 Septiembre 2015
Resultado insatisfactorio: Anticuerpos anti EMA		Fecha medición: 11 de Agosto 2015
Análisis de informe de resultado insatisfactorio: El kit de endomisio incluye dos controles positivos y sólo uno de éstos para endomisio. Al momento de ejecutar por primera vez la técnica IFI (inmunofluorescencia indirecta), se visualizó ambos controles.		
Fecha análisis: 24 de Septiembre 2015	Responsable del análisis: TM Maythol Araya Castillo	
Medidas de mejora: En la determinación de endomisio posteriores, sólo se controlará con el control de endomisio ya que el otro control no tiene utilidad para el diagnóstico de enfermedad celíaca. Se implementará cuando se analicen muestras.		Fecha medidas: 28/09/2015
Breve descripción del EM: En el análisis de los informes de evaluación de desempeño, enviados por el Programa de Evaluación Externa de Calidad, se pudo constatar que el Laboratorio ha cumplido con la realización de los controles, que documentan análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el programa.		

Laboratorio Clínico		
Programa que detecta incumplimiento: Área Química Clínica:	N° de Informe PEEC: 21	Fecha informe: 23 de Junio de 2015
Resultado insatisfactorio: Orina cuantitativa		Fecha medición: 26 de Mayo 2015
Análisis de informe de resultado insatisfactorio: Se envía resultado sin presentar carta de control para este analito en orina.		
Fecha análisis: 24 de Julio 2015	Responsable del análisis: TM Mariana Torrico	
Medidas de mejora: Se comienza a realizar controles y se abre una carta control para este analito con controles urinarios.		Fecha medidas:30/07/2015
Breve descripción del EM: En el análisis de los informes de evaluación de desempeño, enviados por el Programa de Evaluación Externa de Calidad, se pudo constatar que el Laboratorio ha cumplido con la realización de los controles, que documentan análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el programa.		

Laboratorio Clínico		
Programa que detecta incumplimiento: Área Bacteriología:	N° de Informe PEEC: 1/1	Fecha informe: 31 de Julio 2015
Resultado insatisfactorio: Virus Parainfluenza		Fecha medición: 29 de Mayo 2015
Análisis de informe de resultado insatisfactorio: La baja celularidad no se debe a mala realización de la técnica porque la Técnico Paramédico que realizó los frotis es la más entrenada en el área. Este año se presentó una baja circulación viral en las muestras analizadas y ni siquiera se tenían los casos positivos solicitados para enviar al ISP (Instituto de Salud Pública). Las muestras eran muy antiguas y almacenadas a -20°C y no a -80°C como corresponde, ya que el Laboratorio no contaba con este congelador, por lo mismo se repitió todas las muestras previo al envío para verificar positividad.		
Fecha análisis: 4 de Agosto 2015	Responsable del análisis: TM Ximena Rojo Monroy y TM Paola Carrasco Araya	
Medidas de mejora: • 1° congelar muestras y frotis a -80°C; • Al aparecer un caso de virus positivo, el mismo día; indicar al Técnico paramédico de la sección que realice frotis abundantes para guardarlos a -80°C y antes del envío, repetir la muestra para verificar tanto positividad como celularidad. • Cuando den muestras negativas con celularidad abundante, también, dar la indicación de realizar varios frotis.		Fecha medidas: Agosto 2015
Breve descripción del EM: : En el análisis de los informes de evaluación de desempeño, enviados por el Programa de Evaluación Externa de Calidad, se pudo constatar que el Laboratorio ha cumplido con la realización de los controles, que documentan análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el programa.		

Laboratorio Clínico		
Programa que detecta incumplimiento: Área Hematología e Inmunohematología	N° de Envío: 0371 de Control PNCQ	Fecha informe: Julio 2015
Resultado insatisfactorio: Hematocrito y Leucocitos		Fecha medición: Julio 2015
Análisis de informe de resultado insatisfactorio: Hematocrito: El control de calidad para este analito estaba dentro de los valores para los 3 niveles, pero si se vio, que en algunas muestras de pacientes, el resultado tendía a subir si se comparaba con el equipo Sysmex 2000. Leucocitos: Al revisar la carta de control para este analito se vio que estaba bien. Se compara muestras de pacientes tanto en el equipo Sysmex 4000 como el Sysmex 2000 y el resultado era más alto en el equipo Sysmex 4000, al contrario de lo que pasa con el control de calidad PNCQ ya que en esa oportunidad el Sysmex 4000 dio un resultado de 4,35 x 10(3)/ul y el Sysmex 2000, dio un resultado de 4,44 x 10(3)/ul.		
Fecha análisis: 10 Agosto 2015	Responsable del análisis: TM Brissa Moratta	
Medidas de mejora: Hematocrito: Se llamó al call-center de Roche, se explicó el problema y se solicitó una calibración. En el próximo control PNCQ, pasarlo como muestra para observar si hay variación en el hematocrito. Leucocitos: se llamó al call-center de Roche y se solicitó una revisión del equipo. En el próximo PNCQ pasarlo como muestra para ver si hay variación como sucedió con las plaquetas en otra oportunidad.		Fecha medidas: Agosto 2015

Breve descripción del EM: En el análisis de los informes de evaluación de desempeño, enviados por el Programa de Evaluación Externa de Calidad, se pudo constatar que el Laboratorio ha cumplido con la realización de los controles, que documentan análisis y acciones de mejora, en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el programa.

Laboratorio Clínico		
Programa que detecta incumplimiento: Área Hematología e Inmunohematología	N° de Envío: 0372 de Control PNCQ	Fecha informe: Agosto 2015
Resultado insatisfactorio: Hemoglobina y Reticulocitos		Fecha medición: Agosto 2015
Análisis de informe de resultado insatisfactorio: Se revisa la gráfica de los controles sin mostrar alteración o alarmas. Las mantenciones se encuentran realizadas por todos los operadores. La última calibración realizada al equipo se hizo el 6 de Noviembre del 2014.		
Fecha análisis: 14 de Agosto 2015	Responsable del análisis: TM Carlos Valderrama	
Medidas de mejora: Solicitan al servicio técnico que se realice una calibración al equipo y sus debidas mantenciones. Esto se hará cuando la validación del Sysmex 4000 esté terminada.		Fecha medidas:14/09/2015
Breve descripción del EM: En el análisis de los informes de evaluación de desempeño, enviados por el Programa de Evaluación Externa de Calidad, se pudo constatar que el Laboratorio ha cumplido con la realización de los controles, que documentan análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el programa.		

Laboratorio Clínico		
Programa que detecta incumplimiento: Área Hematología e Inmunohematología	N° de Envío: 0374 de Control PNCQ	Fecha informe: Octubre 2015
Resultado insatisfactorio: Plaquetas y Reticulocitos		Fecha medición: Octubre 2015
Análisis de informe de resultado insatisfactorio: Reticulocitos: En equipo Sysmex 4000 no se encuentra validada la medición de reticulocitos Plaquetas: Al realizar el análisis de la muestra, arroja plaquetas de 117.000, pero al realizar la muestra como control, las plaquetas aumentan a 130.000.		
Fecha análisis: 10 Noviembre 2015	Responsable del análisis: TM Carlos Valderrama	
Medidas de mejora: Reticulocitos: Realizar la medición en forma manual hasta que se valide el equipo Sysmex 4000 Plaquetas: Se debe pasar el PEEC de las dos muestras y dependiendo de los resultados se evaluará las medidas a seguir.		Fecha medidas: a contar del PEEC de Noviembre
Breve descripción del EM: En el análisis de los informes de evaluación de desempeño, enviados por el Programa de Evaluación Externa de Calidad, se pudo constatar que el Laboratorio ha cumplido con la realización de los controles, que documentan análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el programa.		

CARACTERÍSTICA APL 1.4 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Laboratorio Clínico	1° EM: 1	2°EM: 1	
Umbral de la característica:100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APL 1.5 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

APL 1.5 – Primer elemento medible: Se describen en un documento las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso del Laboratorio.

Laboratorio Clínico				
Nombre del documento: Manual de Bioseguridad en Laboratorio Clínico				
N° Código: MA-LAB-01	Versión: 00	Fecha: Octubre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 32
Elaborado por: Maykol Araya C., Tecnólogo Médico y Karen Contreras C., Tecnólogo Médico		Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Laboratorio		
Incluye (Si/No)	Condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso del laboratorio: Si			
Breve descripción del documento: El objetivo del documento es prevenir, controlar y reducir al mínimo los riesgos a los que se expone el personal de laboratorio aplicando las medidas de bioseguridad en todas las etapas del proceso de Laboratorio y los responsables de su aplicación. Indica que el ingreso al Laboratorio es limitado y que sólo puede acceder el personal involucrado en el trabajo y que conozca los riesgos potenciales. Hace mención a buenas prácticas para el personal (prohibido comer, beber, fumar, manipular lentes de contacto, aplicar cosméticos, almacenar alimentos o bebidas en refrigeradores, dejar anteojos, celulares o artículos de uso personal sobre mesones o instrumentos, bromear, distraer o interrumpir y pipetear con la boca). Describe los elementos de uso de protección personal para el cuerpo (uniforme y/o delantal y pechera de plástico cada vez que se manipulen muestras biológicas), manos (guante de látex o vinilo para manipular cualquier muestra biológica o química), pies (calzados cerrado) y cara (gafas de seguridad y/o mascarillas cuando sea necesario proteger los ojos y el rostro de salpicaduras). El lavado de manos se debe realizar después de terminar el trabajo y antes de abandonar el Laboratorio, después de sacarse los guantes, antes y después del uso de servicios higiénicos, antes de cualquier actividad en la que exista contacto con mucosas o piel con lesiones, antes y después de ingerir alimento y realizar procedimientos de flebotomía. Se consigna, las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso (pre analítica, analítica y post analítica). Etapa pre-analítica: Uso obligatorio de guantes de procedimientos en toma de muestras de sangre u otro tipo de productos biológicos y en la manipulación de muestras biológicas que porten los pacientes. El trasporte de muestras se realiza con sistema de triple empaque y el personal que las transporta no debe utilizar guantes. Etapa analítica: El personal que recepciona, que distribuye las muestras en las secciones y el que trabaja en cada sección, debe				

utilizar pechera plástica y guantes.
El personal que trabaja en la oficina de jefatura, bodegas, no debe usar guantes ni pechera.
En el área de lavado de material, el personal debe utilizar guantes de goma, pechera de hule, antiparras o protector facial.
Laboratorio de Tuberculosis (TBC): Uso de gabinete de Bioseguridad tipo ll y delantal quirúrgico de manga larga.
No se exige uso de pecheras durante la observación al microscopio en hematología, en el área de toma de muestras ni en la oficina de la jefatura.
Etapa post analítica: Al finalizar el trabajo, el personal debe eliminar los guantes, la pechera plástica y lavarse las manos. Realizar el aseo de mesones de trabajo con cloro al 0,05%.
Define la eliminación de desechos como material cortopunzante (desechar en las cajas de eliminación de cortopunzantes), material contaminado con sangre visible, placas con o sin crecimiento bacteriano y muestras biológicas (eliminadas en basureros con bolsa amarilla) y material asimilable a los desechos domiciliarios (papel, vidrios, frascos, ampollas, plásticos, todo material que no tenga sangre visible), según lo definido en el "Reglamento sobre Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud (REAS)" Decreto Supremo Nº 6 de 2009, publicado en el Diario Oficial de 04.12.09.
Adicionalmente, incluye el manejo de accidentes con agentes biológicos dentro del Laboratorio (derrames, quiebre de tubos), la exposición ocupacional a patógenos que se transmiten por la sangre o a agentes de riesgo químico o físico.
En la Página N° 28, incluye la clasificación de los agentes químicos y el almacenaje de reactivos.

APL 1.5 – Segundo elemento medible: Se constata cumplimiento de uso de protección del personal en la manipulación de muestras clínicas de acuerdo a procedimiento local.

Laboratorio Clínico					
Metodología de constatación: Se constata el cumplimiento de uso de protección personal mediante observación directa del personal clínico que se encontró en sus labores al momento de la visita, según Oficio Circular IP N°6, de 24 Noviembre de 2013, que remite las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento del uso de elementos de protección personal en la manipulación de muestras clínicas, en el laboratorio", incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3, aprobada por Resolución Exenta IP N° 63, de 14 enero de 2015. Se constata que el personal cumple con la utilización de elementos de protección personal según lo descrito en el manual de bioseguridad del prestador.					
N° personas observadas	32	N° personas que cumplen	32	N° personas que no cumplen	0
Describir incumplimientos delectados: No hay incumplimientos detectados					

CARACTERÍSTICA APL 1.5 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Laboratorio Clínico	1° EM: 1	2°EM:1
Umbral de la característica:100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

SERVICIOS DE APOYO – FARMACIA (APF)

CARACTERÍSTICA APF 1.1 / HALLAZGOS

APF 1.1 – Elemento medible: Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a Prestadores formalizados por la autoridad sanitaria competente.

Dirección o Gerencia
Observaciones: El prestador declara no realizar compra de prestaciones de Nutrición parenteral ni preparados antineoplásicos a terceros. No aplica.

CARACTERÍSTICA APF 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	Primer elemento medible: N/A	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple: NA

CARACTERÍSTICA APF 1.2 / HALLAZGOS

APF 1.2 – Primer Elemento medible: Se constata formalización y funcionamiento del Comité de Farmacia.* (U otra estructura organizacional de carácter técnico).

Unidad de Farmacia				
Nombre del documento: Resolución Exenta N° 0171				
N° Resolución: N° 0171	Versión: no consigna	Fecha: 09 de Febrero del 2005	Fecha vigencia: Indefinida	N° páginas:2
Elaborado por: Dr. Francisco Grisolia Cirera, Director Hospital Antofagasta		Aprobado por: Dr. Francisco Grisolia Cirera, Director Hospital Antofagasta		
Define Si/No)	Formalización y funcionamiento del Comité de Farmacia: Si			
Breve descripción del contenido del documento: Por medio de la Resolución Exenta N° 0171, del 09/02/2005, se pone término al anterior Comité de Farmacia y se crea el nuevo Comité de Farmacia y Terapéutica del Hospital Regional de Antofagasta, el que entra en funciones a contar del 09 de Febrero del 2005 y estará conformado por los funcionarios que desempeñen los siguientes cargos: Subdirector Médico (quien lo presidirá) y los respectivos Jefes de Servicio de: Medicina, Cirugía, Obstetricia y Ginecología, Pediatría- Bloque Quirúrgico y de Especialidades, Unidad de Dental, Servicio de Pabellón, Consultorio Adosado de Especialidades, Unidad de Farmacia, Unidad de Abastecimiento y Enfermera Coordinadora del Hospital.				

Se señala que este Comité, tiene por objetivo asesorar a la Dirección del Hospital, en las materias relativas al uso y manejo de los medicamentos e insumos terapéuticos necesarios para la atención de los usuarios. El Comité sesionará, a lo menos, una vez al mes, pudiéndose convocar, en forma extraordinaria la asistencia de sus miembros.
Es copia fiel del original, timbrado por el Director del Hospital y Ministro de fe Sra. Silvia Muñoz.
Se consulta al Director del Establecimiento Sr. Juan Urrutia, por documento actualizado, a lo que responde que el documento presentado está vigente.

APF 1.2 – Segundo Elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de medicamentos que considera su evaluación técnica.

Nombre del documento: Procedimiento de Adquisición de Medicamentos				
N° Resolución: N° 1000 Código:PO-CFT-02		Versión: 00		Fecha:26/02/2015 Fecha:12/2014
Carácter institucional: Si		Fecha vigencia:12/2016		N° páginas:11
Elaborado por: Rosana Ramos Químico Farmacéutica Jefe Unidad de Farmacia		Aprobado por: DR: Francisco Bueno Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta		
Describe (Si/No)	1. Procedimiento de adquisición de medicamentos	Si	2. Considera evaluación técnica	Si

Breve descripción del contenido del documento
Se tiene a la vista documento de carácter institucional "Procedimiento de Adquisición de Medicamentos", en la página 2 consta el objetivo del procedimiento y su alcance, el que señala que el presente documento es aplicable a todas las áreas asistenciales del Hospital Regional de Antofagasta.
Responsabilidades:
Jefe de Servicio: Es el responsable de la emisión del Formulario "Solicitud de Incorporación de Medicamentos al Arsenal Farmacológico" y de la evaluación del uso del nuevo medicamento incorporado Arsenal Farmacológico, por un periodo de 6 meses.
Comité de Farmacia: Es responsable del análisis de la solicitud de incorporación de Medicamentos al Arsenal Farmacológico presentado al comité y posterior recomendación al Director del Establecimiento.
Médico Solicitante: Es el encargado de llenar y entregar el formulario con todos los datos requeridos.
Subdirector del Hospital: Es el responsable de presidir el Comité de Farmacia y de la aprobación final de las solicitudes de incorporación de los nuevos medicamentos.
En página 3 se figura el Procedimiento, el que incluye las siguientes acciones:
Incorporación o Sustitución de Medicamentos al Arsenal Farmacológico:

1. El médico solicitante llena Formulario "Solicitud de Incorporación de Medicamentos al Arsenal Farmacológico" y lo entrega al jefe de servicio, quién lo visa; si lo estima procedente y lo remite al Comité de Farmacia
2. El Comité de Farmacia aprueba o rechaza la solicitud
3. El Comité de Farmacia posteriormente, remite al Director del Hospital, un informe con los datos pertinentes para tomar su decisión
4. El Director del Hospital comunica la decisión final al Comité de Farmacia, el cual lo remitirá a los jefes de servicio y a la Sección de Contabilidad y Abastecimiento, para la incorporación del fármaco al Arsenal de Farmacia
   El jefe del servicio solicitante debe evaluar los resultados obtenidos con el fármaco incorporado o sustituido, al Comité de Farmacia en un plazo de tiempo no mayor a un año. Esta comunicación, se realiza en Formulario "Evaluación de uso de un Medicamento Incorporado al Arsenal Farmacológico". El formulario contiene los criterios de evaluación de los medicamentos a incorporar

En la página 11 consta "Formulario de Uso de un Medicamento Incorporado al Arsenal Farmacológico"

Se constata el documento en los siguientes puntos de verificación:

Farmacia*	PQ	UPC Ad.	UPC Ped.	UPC Neo	Medicina	APD
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
- Unidad de Apoyo Farmacia,
- Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ.
- Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico para punto de verificación UPC Ad.
- Unidad Paciente Crítico Pediátrico,
- Unidad Paciente Crítico Neonatal
- Servicio de Medicina, Unidad Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico Quirúrgico para punto de verificación Med.
- Unidad de Apoyo Diálisis.

En todos los puntos de verificación se constata la existencia del documento Procedimiento de adquisición de Medicamentos.

APF 1.2 – Tercer Elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de insumos, que considera su evaluación técnica.

Nombre del documento: Procedimiento de adquisición de Insumos Médicos del arsenal				
N° Resolución: N° 14.626 Código: PO-LOG-02		Versión:01		Fecha: 12/2013 Fecha: 11/2013
Carácter institucional: SI		Fecha vigencia: 11/2016		N° páginas: 19
Elaborado por: Rosana Ramos Químico Farmacéutica Jefe Unidad de Farmacia		Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director del Hospital Regional de Antofagasta		
Describe (Si/No)	1. Procedimiento de adquisición de medicamentos	Si	2. Considera evaluación técnica	Si

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional "Procedimiento de Adquisición de Insumos", en la página 2 consta el objetivo del procedimiento y su alcance, el que señala que el presente documento es aplicable a las Unidades de Abastecimiento, Logística de Farmacia y a todas las Unidades clínicas y de apoyo del establecimiento, en lo concerniente a: Solicitudes de compra,

evaluación y utilización de insumos médicos, incluidos o no, en el arsenal del Hospital Regional de Antofagasta.
Responsables:
Químico Farmacéutico de la Unidad de Logística de Farmacia, es responsable de:

- Elaborar la programación de requerimientos de Insumos Médicos, almacenados en bodega de farmacia
- Solicitar a la unidad de abastecimiento la adquisición de insumos médicos mediante compra programada
- Establecer bases técnicas para la licitación de los insumos médicos
- Informar alternativas de insumos médicos disponibles según costo/beneficio

Jefe Unidad de Abastecimiento: Es el responsable de gestionar las solicitudes de compras recibidas supervisando la adquisición de los insumos de su unidad. Participa en el Comité de Insumos analizando a pertinencia de los insumos solicitados, cita a comisión técnica y administrativa para evaluación de ofertas y aprueba las órdenes de compra
Desde página 3 a 5 consta la descripción del procedimiento, indicándose los siguientes puntos:

- Compras Programadas de Insumos del Arsenal: Estos insumos se solicitan mediante Formulario de Solicitud de Compra Programada, realizado por el Químico Farmacéutico de esa unidad o el jefe de bodega correspondiente
- Estimación del Arsenal y las cantidades a comprar el arsenal del establecimiento, ha sido elaborado en base a las solicitudes de las unidades clínicas y de apoyo de la institución y con participación del Comité de Insumos
- Modalidad de Compra: La adquisición de estas programaciones se realiza, según lo indicado en la Ley N° 19.886, y de acuerdo al Manual Procedimientos y Funciones de Abastecimiento, a través de los siguientes procesos: compras intermediadas por CENABAST y compras a través del Portal Mercado Público.
- Participación del Comité de Insumos en el proceso de adquisición: El comité es citado para la compra de aquellos insumos de mayor costo y cuando sus características técnicas sean de mayor complejidad.
- Evaluación de muestras de insumos médicos en proceso de adquisición: Esta evaluación se realiza toda vez que el producto ofertado no haya sido adquirido anteriormente por el hospital y se requiera adquirir una experiencia de uso del insumo, para realizar esta evaluación, deben considerarse los siguientes aspectos al momento de recibir las muestras en la unidad de logística:
    i. La muestra debe ser igual al producto que se entregará, en cuanto a su presentación y demás especificaciones técnicas
    ii. No se recibirán insumos vencidos o que no cumplan con las especificaciones técnicas solicitadas
    iii. Las cantidades de muestras a entregar por el proveedor, deben ser en cantidad suficiente que permita su evaluación
- Desde la Unidad de Logística de Farmacia, se distribuyen los insumos a las unidades clínicas para su evaluación. Esta evaluación se realiza a través de la pauta de calificación. Junto con la entrega de los insumos, se indica el tiempo máximo disponible para realizar esta evaluación.
- Para la incorporación de nuevos insumos al arsenal: Se debe realizar la solicitud mediante Formulario de Solicitud de Incorporación de Nuevo Insumo Clínico a la unidad de Logística de Farmacia y a la Unidad de Abastecimiento. Si el insumo ha sido previamente evaluado en el establecimiento, se deben adjuntar las pautas de evaluación realizadas a esta solicitud.

En la página 19 figura Anexo N°5 "Pauta de Evaluación de Insumo Clínico"

Se constata el documento en los siguientes puntos de verificación:

Farmacia*	PQ	UPC Ad.	UPC Ped.	UPC Neo	Medicina	APD
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
- Unidad de Apoyo Farmacia,
- Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ.
- Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico para punto de verificación UPC Ad.
- Unidad Paciente Crítico Pediátrico,
- Unidad Paciente Crítico Neonatal
- Servicio de Medicina, Unidad Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico Quirúrgico para punto de verificación Med.
- Unidad de Apoyo Diálisis.

En todos los puntos de verificación se constata la existencia del documento Procedimiento de adquisición de Medicamentos.

APF 1.2 – Cuarto Elemento medible: Se constata participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de medicamentos.

Describir constatación en PQ:
Pabellón Central: El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia que el Servicio Pabellón Quirúrgico no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a Octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal farmacológico del Hospital.
Pabellón Cardiovascular: El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia que el Servicio Pabellón Quirúrgico Cardiovascular, no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a octubre del 2015.
Pabellón Gíneco Obstetricia: El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia que el Servicio Pabellón Quirúrgico no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a Octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal farmacológico del Hospital.

Observaciones: El punto de verificación "PQ" está compuesto por los servicios clínicos Pabellón Central, Pabellón de Gíneco-Obstetricia y Pabellón Cardiovascular.

Describir constatación en UPC Ad:
Unidad Paciente Crítico: El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia que la Unidad de Paciente Crítico Adulto, no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal

farmacológico del Hospital.
Unidad Coronaria: El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia que la Unidad de Paciente Crítico Adulto, no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal farmacológico del Hospital.
Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico: El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia que la Unidad de Paciente Crítico Adulto, no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal farmacológico del Hospital

Observaciones: El punto de verificación "UPC Ad" está compuesto por los servicios clínicos Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico.

Describir constatación en UPC Ped:
El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal farmacológico del Hospital.

Describir constatación en UPC Neo:
El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia la Unidad de Neonatología, no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal farmacológico del Hospital.

Describir constatación en Medicina:
Servicio de Medicina: El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia que el Servicio de Medicina, no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal farmacológico del Hospital.
Unidad de Atención Progresiva del Paciente: El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia que el Servicio de Medicina, no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal farmacológico del Hospital.
Pensionado Médico Quirúrgico: El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia que el Servicio de Medicina, no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal farmacológico del Hospital.

Observaciones: El punto de verificación "Medicina", está compuesto por los servicios clínicos Medicina, Unidad Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico Quirúrgico.

Describir constatación en APD:
El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia la Unidad de Diálisis, no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal farmacológico del Hospital.

Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
- Unidad de Apoyo Farmacia,
- Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ.
- Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico para punto de verificación UPC Ad.
- Unidad Paciente Crítico Pediátrico,
- Unidad Paciente Crítico Neonatal
- Servicio de Medicina, Unidad Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico Quirúrgico para punto de verificación Med.
- Unidad de Apoyo Diálisis.

En todas las unidades asistenciales, el Prestador presenta certificado por la no participación en las evaluaciones técnicas de medicamentos; esto se debe a la no incorporación de nuevos fármacos al Arsenal Farmacológico del Hospital.

Observaciones:

APF 1.2 – Quinto Elemento medible: Se constata participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de insumos.

Describir constatación en PQ:
Pabellón Central: El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora, certifica que el Servicio de Pabellón Quirúrgico ha participado en la evaluación técnica de los siguientes insumos:
10 unidades de Bolsas Recolección de orina A4
5 unidades de Clips M/L.
Pabellón Cardiovascular: El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora certifica que el Servicio de Pabellón Quirúrgico Cardiovascular, ha participado en la evaluación técnica de los siguientes insumos: 3 Unidades Paquete Bata Quirúrgica Protección Plus XL y L
1 unidad de Paquete Cardiovascular con Zona Transparente
2 unidades Drenaje Pleural 28 FR
3 unidades Punch Vascular.
Pabellón Gíneco-Obstetricia: El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora certifica que el Servicio de Pabellón Quirúrgico de Ginecología y Obstetricia, no se le solicitó participación en la evaluación técnica por no haber ingresado nuevos insumos al arsenal hospitalario, durante los meses de Enero a Octubre 2015.

Observaciones: El punto de verificación "Pabellón Quirúrgico", está compuesto por los servicios clínicos Pabellón Central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón de Gíneco-Obstetricia.

Describir constatación en UPC Ad: El punto de verificación "UPC Ad":

Unidad Paciente Crítico Adulto: El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora certifica que la Unidad de Paciente Crítico Adulto, ha participado en la evaluación técnica de los siguientes insumos:
1 Frasco SANI-CLOTH BLEACH
1 unidad estuche peneal 53.30
1 unidad de Medidor estuche peneal
1 unidad de Adhesivo Cutáneo normal.
Unidad Coronaria: El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora certifica que a la Unidad Coronaria, no se le solicitó participación en la evaluación técnica por no haber ingresado nuevos insumos al arsenal hospitalario, durante los meses de Enero a Octubre 2015.
Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico: El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora certifica que a la Unidad de Tratamiento intermedio Médico Quirúrgico, no se le solicitó participación en la evaluación técnica por no haber ingresado nuevos insumos al arsenal hospitalario, durante los meses de Enero a Octubre 2015.

Observaciones: El punto de verificación "Unidad de Paciente Crítico", está compuesto por la Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad de Tratamiento Intermedio Médico quirúrgico.

Describir constatación en UPC Ped:
El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora, certifica que a la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, no se le solicitó participación en la evaluación técnica, por haber ingresado nuevos insumos al arsenal hospitalario, durante los meses de Enero a Octubre 2015.

Describir constatación en UPC Neo:
El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora certifica que a la Unidad de Neonatología, no se le solicitó participación en la evaluación técnica, por haber ingresado nuevos insumos al arsenal hospitalario, durante los meses de Enero a Octubre 2015.

Describir constatación en Medicina:
Servicio de Medicina: El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora certifica que al Servicio de Medicina, no se le solicitó participación en la evaluación técnica por no haber ingresado nuevos insumos al arsenal hospitalario, durante los meses de Enero a Octubre 2015.
Unidad de Atención Progresiva del Paciente: El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora certifica que a la Unidad de Atención Progresiva del Paciente, no se le solicitó participación en la evaluación técnica por no haber ingresado nuevos insumos al arsenal hospitalario, durante los meses de Enero a Octubre 2015.
Pensionado Médico Quirúrgico: El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora certifica que al Servicio de Pensionado Médico Quirúrgico, no se le solicitó participación en la evaluación técnica por no haber ingresado nuevos insumos al arsenal hospitalario, durante los meses de Enero a Octubre 2015.

Observaciones: El punto de verificación "Medicina" está compuesto por los servicios clínicos de Medicina, Unidad de Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico Quirúrgico.

Describir constatación en APD:
El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora certifica que la Unidad de Diálisis, no se le solicitó participación en la evaluación técnica por no haber ingresado nuevos insumos al arsenal hospitalario, durante los meses de Enero a Octubre 2015.

Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
- Unidad de Apoyo Farmacia,
- Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ.
- Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico para punto de verificación UPC Ad.
- Unidad Paciente Crítico Pediátrico,
- Unidad Paciente Crítico Neonatal
- Servicio de Medicina, Unidad Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico Quirúrgico para punto de verificación Med.
- Unidad de Apoyo Diálisis.

Observaciones:

CARACTERÍSTICA APF 1.2/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	1° EM	2° EM	3° EM	4° EM	5° EM
Unidad de Farmacia *	1	1	1		
PQ		1	1	N/A	1
UPCAd		1	1	N/A	1
UPC Ped.		1	1	N/A	N/A
UPC Neo		1	1	N/A	N/A
Medicina		1	1	N/A	N/A
APD		1	1	N/A	N/A
Umbral de la característica: ≥ 50%	Puntaje total: 17/17		Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APF 1.3 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

Registre Unidades Críticas del Prestador: Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria, Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, Unidad Paciente Crítico Pediátrico, Unidad Paciente Crítico Neonatología

APF 1.3 – Primer elemento medible: Se ha designado el responsable de la mantención del stock mínimo de medicamentos e insumos en las unidades críticas de la institución.

Unidad de Farmacia**

Documento que designa nombramiento: Resolución Exenta N° 7785				
N° Resolución: N° 7785	Versión: no tiene	Fecha: 25/05/2015	Fecha vigencia: indefinida	N° páginas: 2
Elaborado por: Sr. Juan Urrutia Director Hospital Regional de Antofagasta		Aprobado por: Sr. Juan Urrutia Director Hospital Regional de Antofagasta		
Nombre responsable: Rosana Ramos B.		Profesión: Químico Farmacéutico	Cargo: Jefe de la Unidad de Farmacia del Hospital Regional de Antofagasta	
Breve descripción del contenido del documento: En la Resolución Exenta se designa al responsable de la mantención del stock mínimo de medicamentos e insumos en las unidades críticas de la institución, como también, se designan los responsables y sus reemplazantes en cada Unidad Crítica. Copia Fiel del Original, firma como ministro de fe: Silvia Muñoz Jorquera.				

APF 1.3 – Segundo Elemento medible: Se documenta una definición del stock mínimo de medicamentos e insumos en dichas unidades.

Unidad de Farmacia**				
Nombre del documento 1: Procedimiento Stock Mínimo de Medicamentos en Unidades Críticas				
N° Resolución: 876 Código:PO-FAR-05	Versión: 04	Fecha: 02/11/2015 Fecha: 09/2015	Fecha vigencia: 09/2020	N° páginas: 17
Elaborado por: Rosana Ramos Químico Farmacéutica Jefe Unidad de Farmacia		Aprobado por: Sr. Juan Urrutia Director del Hospital de Antofagasta		
Define (Si/No)	Definición de stock mínimo en unidades críticas: Si			
Breve descripción del contenido del documento: En la Unidad de Farmacia se tiene a la vista documento Procedimiento Stock Mínimo de Medicamentos en Unidades Críticas, en páginas 2 y 3 del documento constan el objetivo del procedimiento, su alcance y los responsable : • **Enfermera o Matrona Supervisora de cada Unidad Crítica:** Son las responsables de la mantención del Stock Mínimo de Medicamentos de acuerdo a las normas • **Médico:** es responsable de la emisión oportuna de la receta de los medicamentos utilizados en la emergencia • **Químico Farmacéutico a cargo del Stock Mínimo en las Unidades Críticas:** Es responsable de la reposición oportuna de los medicamentos del Stock Mínimo en las Unidades Críticas. Se precisa que las Unidades Críticas que cuentan con Stock Mínimo de Medicamentos corresponden a la Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria, Unidad de Tratamiento Intermedio Médico- Quirúrgico, Unidad Paciente Crítico Pediátrico y Unidad de Paciente Crítico Neonatología. En páginas 4 a 7 consta la descripción del proceso, considerando: • **Stock Mínimo de Medicamentos**: Existencia o reserva mínima de medicamentos que se debe mantener para asegurar el otorgamiento oportuno de un tratamiento médico impostergable en las Unidades Críticas. • **Revisión por Químico Farmacéutico**: Una vez al mes, el Químico Farmacéutico a cargo del Stock Mínimo realiza una revisión, a objeto de constatar que el stock está completo. Cada visita de supervisión queda registrada y archivada en la Unidad de Farmacia; en cada registro se identifica al profesional a cargo de esta revisión. En página 16 Anexo N°6: "Registro para Supervisión de la mantención del Stock Mínimo de Medicamentos por Químico Farmacéutico en Unidad Crítica". El Prestador presenta versión anterior del documento (Versión N° 03 del 30/04/2013).				
Nombre del documento 2: Procedimiento Stock Mínimo de Insumos Médicos en Unidades Críticas				
N° Resolución: 8757 Código: PO-LOG-01	Versión: 02	Fecha: 02/11/2015 Fecha: 06/2015	Fecha vigencia: 09/2020	N° páginas: 27
Elaborado por: Ricardo Zamora Químico Farmacéutico Jefe Logística de la Unidad de Farmacia		Aprobado por: Sr. Juan Urrutia Director del Hospital de Antofagasta		
Define (Si/No)	Define Sistema de reposición del stock y la Periodicidad de reposición: Si			
Breve descripción del contenido del documento: En la Unidad de Farmacia, se tiene a la vista documento de carácter institucional, en la página 2 del documento, constan el objetivo del procedimiento, su alcance y las responsabilidades de los distintos profesionales relacionados con el procedimiento: **Enfermeras o Matronas supervisoras de cada Unidad Crítica:** Responsables de la mantención del Stock Mínimo de Insumos Médicos, en las Unidades Críticas **Enfermeras y matronas de turno:** Responsables de registrar e informar el uso de insumos médicos del Stock Mínimo durante su turno. **Químico Farmacéutico a cargo del Stock Mínimo en las Unidades Críticas:** Responsable de la reposición oportuna de los insumos médicos del stock Mínimo, posterior a una atención de emergencia, además de la supervisión de la cantidad y vigencia de los insumos en las Unidades Críticas En la página 3 **se define el "Stock Mínimo de Insumos Médicos en las Unidades Críticas":** Existencia o reserva mínima de insumos médicos que se debe mantener para asegurar el otorgamiento oportuno de un tratamiento médico impostergable en las Unidades Críticas. Se señala que las Unidades Críticas que cuentan con Stock Mínimo de Insumos Médicos, corresponden a la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto, Unidad de Cuidado Intensivo Pediatría, Unidad de Paciente Crítico Neonatología, Unidad de Tratamiento Intermedio Médico- Quirúrgico y Unidad Coronaria. En páginas 5 y 6 figura la descripción del proceso, considerando los siguiente puntos: • **La revisión del Stock Mínimo de Insumos Médicos:** Es realizada por la enfermera o matrona supervisora de la Unidad Crítica una vez por semana, mediante "Hoja de Revisión Semanal del Stock Mínimo de Insumos Médicos"; retirando aquellos insumos con fecha de vencimiento efectiva en los próximos 3 meses, aquellos que no cuenten con rotulación legible y los que tengan sus envases en malas condiciones, el plazo para su reemplazo es de 24 horas. • **Supervisión por Químico Farmacéutico a cargo del Stock Mínimo de Insumos Médicos en las Unidades Críticas**: La supervisión la realiza una vez al mes, verificando cantidad y vigencia de los insumos médicos del Stock				

Mínimo. Verifica igualmente los informes de las revisiones semanales realizadas por las enfermeras y matronas, debiendo dejar registro de la ejecución del procedimiento en documento "Registro de Supervisión Mensual de Insumos Médicos por Químico Farmacéutico".
- Los registros se archivan en la Unidad de Logística de Farmacia, en archivador rotulado "Acreditación"
- Finalmente, se emite un informe de los hallazgos de las visitas, de los resultados de los indicadores de cumplimiento y de la reposición oportuna del Stock Mínimo de Insumos Médicos, a la encargada de Calidad de la Unidad de Farmacia.

Anexo N°16: "Indicador de Cumplimiento "; Anexo 17: "Registro de Uso de Insumo Médico del Stock Mínimo en Unidades Críticas
El Prestador presenta versión anterior del documento (Versión 01 del 30/04/2013).
Se da por Cumplido el Segundo Elemento Medible de la Característica APF 1.3

APF 1.3 – Tercer Elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de reposición del stock y periodicidad de éste.

Unidad de Farmacia**				
Nombre del documento 1: Procedimiento Stock Mínimo de Insumos Médicos en Unidades Críticas				
N° Resolución: N° 8757 Código: PO-LOG-01	Versión: 02		Fecha: 02/11/2015 Fecha: 06/2015	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 09/2020		N° páginas: 27	
Elaborado por: Ricardo Zamora Químico Farmacéutico Jefe Logística de la Unidad de Farmacia		Aprobado por: Sr. Juan Urrutia Director del Hospital de Antofagasta		
Describe (Si/No)	1. Sistema de reposición del stock	Si	2. Periodicidad de reposición	Si

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Farmacia, se tiene a la vista documento de carácter institucional, en página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance y las responsabilidades de los distintos profesionales relacionados con el procedimiento:
Enfermeras o Matronas supervisoras de cada Unidad Crítica: Responsables de la mantención del Stock Mínimo de Insumos Médicos, en las Unidades Críticas
Enfermeras y matronas de turno: Responsables de registrar e informar el uso de insumos médicos del Stock Mínimo durante su turno.
Químico Farmacéutico a cargo del Stock Mínimo en las Unidades Críticas: Responsable de la reposición oportuna de los insumos médicos del stock Mínimo, posterior a una atención de emergencia, además de la supervisión de la cantidad y vigencia de los insumos en las Unidades Críticas
En la página 3 **se define el "Stock Mínimo de Insumos Médicos en las Unidades Críticas":** Existencia o reserva mínima de insumos médicos que se debe mantener para asegurar el otorgamiento oportuno de un tratamiento médico impostergable en las Unidades Críticas.
Se señala que las Unidades Críticas que cuentan con Stock Mínimo de Insumos Médicos, corresponden a la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto, Unidad Coronaria, Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, Unidad Paciente Crítico Pediátrico y Unidad de Paciente Crítico Neonatología.
En páginas 5 y 6 figura la descripción del proceso, considerando los siguiente puntos:
- **Reposición y revisión posterior al uso del Stock mínimo de insumos médicos**: La reposición de los insumos médicos del Stock Mínimo, se debe solicitar a bodega de farmacia, inmediatamente después de finalizada la atención del paciente por parte de la enfermera o matrona supervisora de la Unidad Crítica, a través del sistema informático, indicando que corresponde a reposición de Stock Mínimo asignado.
- **La reposición de Stock Mínimo de Insumos Médicos**: La reposición, realiza la unidad de bodega de farmacia la que despacha los pedidos en un tiempo no mayor a 24 horas en día hábil. En día no hábil, la reposición se realiza el primer día hábil siguiente. El Químico Farmacéutico de logística debe informar el o los insumos médicos no despachados por falta de existencia a la enfermera o matrona supervisora de la Unidades Criticas y gestionar su compra en un plazo no mayor a 48 horas.
- **La revisión del Stock Mínimo de Insumos Médicos:** Es realizada por la enfermera o matrona supervisora de la Unidad Crítica una vez por semana, mediante "Hoja de Revisión Semanal del Stock Mínimo de Insumos Médicos"; retirando aquellos insumos con fecha de vencimiento efectiva en los próximos 3 meses, aquellos que no cuenten con rotulación legible y los que tengan sus envase en malas condiciones, el plazo para su reemplazo es de 24 horas.
- **Supervisión por Químico Farmacéutico a cargo del Stock Mínimo de Insumos Médicos en las Unidades Críticas**: La supervisión la realiza una vez al mes, verificando cantidad y vigencia de los insumos médicos del Stock Mínimo. Verifica, igualmente, los informes de las revisiones semanales realizadas por las enfermeras y matronas, debiendo dejar registro de la ejecución del procedimiento en documento "Registro de Supervisión Mensual de Insumos Médicos por Químico Farmacéutico".
- Los registros se archivan en la Unidad de Logística de Farmacia, en archivador rotulado "Acreditación"
- Finalmente, se emite un informe de los hallazgos de las visitas, de los resultados de los indicadores de cumplimiento y de la reposición oportuna del Stock Mínimo de Insumos Médicos, a la encargada de Calidad de la Unidad de Farmacia.

Anexo N°16: "Indicador de Cumplimiento "; Anexo 17: "Registro de Uso de Insumo Médico del Stock Mínimo en Unidades Críticas
El Prestador presenta versión anterior del documento (Versión 01 del 30/04/2013).

Nombre del documento 2: Procedimiento Stock Mínimo de Medicamentos en Unidades Críticas			
N° Resolución: 876 Código: PO-FAR-05	Versión: 04		Fecha: 02/11/2015 Fecha: 09/2015
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 09/2020		N° páginas: 17
Elaborado por: Rosana Ramos, Químico Farmacéutica Jefe Unidad de Farmacia		Aprobado por: Sr. Juan Urrutia, Director del Hospital Regional de Antofagasta	
Describe (Si/No)	Definición de stock mínimo en unidades críticas:		Si

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Farmacia, se tiene a la vista documento de carácter institucional "Procedimiento Stock Mínimo de Medicamentos en Unidades Críticas", en páginas 2 y 3 del documento constan el objetivo del procedimiento, su alcance y los responsable :
- **Enfermera o Matrona Supervisora de cada Unidad Crítica:** Son las responsables de la mantención del Stock Mínimo de Medicamentos, de acuerdo a las normas.

- **Médico:** Es responsable de la emisión oportuna de la receta de los medicamentos utilizados en la emergencia.
- **Químico Farmacéutico a cargo del Stock Mínimo en las Unidades Críticas:** Es responsable de la reposición oportuna de los medicamentos del Stock Mínimo en las Unidades Críticas.

Se precisa que las Unidades Críticas que cuentan con Stock Mínimo de Medicamentos corresponden a la Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria, Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, Unidad Paciente Crítico Pediátrico y Unidad de Paciente Crítico Neonatología.
En páginas 4 a 7 consta la descripción del proceso, considerando:

- **Stock Mínimo de Medicamentos**: Existencia o reserva mínima de medicamentos que se debe mantener para asegurar el otorgamiento oportuno de un tratamiento médico impostergable en las Unidades Críticas.
- **Reposición y revisión posterior al uso del stock de medicamentos**: La reposición del medicamento de Stock mínimo se debe solicitar inmediatamente después de finalizada la atención del paciente, mediante receta médica autocopiativa que debe indicar la glosa "Stock Mínimo". Estos medicamentos son repuestos a la unidad solicitante, dentro de las 24, una vez recepcionada la receta en farmacia. La receta se despacha en sobre individual, separada del resto de los medicamentos de la unidad y destacado como "Stock Mínimo",
- En caso de no existir en farmacia stock del medicamento solicitado, se informa a la unidad crítica y se gestiona su compra en un plazo no mayor a 48 horas. El profesional a cargo del stock mínimo debe retirar los medicamentos cuya fecha de caducidad sea efectiva en los próximos 3 meses, aquellos que no cuenten con rotulación legible y los que tengan su envase en malas condiciones; estos medicamentos deben ser devueltos a la Unidad de Farmacia, mediante una comunicación interna para su cambio.
- **Revisión por Químico Farmacéutico**: una vez al mes, el Químico Farmacéutico a cargo del Stock Mínimo realiza una revisión a objeto de constatar que el stock está completo. Cada visita de supervisión queda registrada y archivada en la Unidad de Farmacia; en cada registro se identifica al profesional a cargo de esta revisión.

En página 16 Anexo N°6: "Registro para Supervisión de la mantención del Stock Mínimo de Medicamentos por Químico Farmacéutico en Unidad Crítica".
El Prestador presenta versión anterior del documento (Versión N° 03 del 30/04/2013)
Se da por Cumplido el Tercer Elemento Medible de la Característica APF 1.3

APF 1.3 – Cuarto Elemento medible: Existe constancia de que el stock mínimo se repone oportunamente.

Describir constatación de la reposición del stock mínimo:
Se constata la reposición del stock mínimo de medicamentos, a través de los documentos presentados en la Unidad de Farmacia, tanto en formato de papel en el registro de uso de medicamentos del Stock Mínimo en Unidades Crítica, como en los registros informáticos. Además, se verifica la oportunidad de la reposición del Stock Mínimo constatando en las recetas (papel) emitidas en los 6 meses previos a la visita de acreditación. Se solicitan las recetas recepcionadas de las Unidades Críticas y destacadas con la sigla de T.M.I (Tratamiento Médico Impostergable). Se realiza una selección al azar de 30 recetas en papel y su copia digital, verificándose: el día de emisión de éstas y el día y hora de despacho de los medicamentos solicitados, dato que se consigna al costado de la sigla y en el sistema informático. Se constata que se cumple con el procedimiento institucional en todos los registros revisados.
Se constata la reposición del Stock Mínimo de Insumos a las Unidades, a través de los documentos presentados en la Unidad de Farmacia, en formato papel y registros informáticos de las solicitudes de reposición de insumos realizadas desde las Unidades Críticas. Se selecciona al azar una muestra de 30 registros de Reposición de Stock Mínimo de Insumos, verificándose fecha y hora de la solicitud y fecha y hora de la reposición. Se constata que se cumple el procedimiento descrito por el Prestador, en todos los registros revisados.
Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas.
Se da por Cumplido el Cuarto Elemento Medible de la Característica APF 1.3

CARACTERÍSTICA APF 1.3 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0 - NA)	Farmacia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1	4° EM: 1
Umbral de la característica:≥ 75%	Puntaje total: 4/4		Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APF 1.4 / HALLAZGOS

APF 1.4 – Primer elemento medible: Se describen en un documento(s) elaborado por Farmacia, los siguientes procedimientos.

Farmacia					
Nombre del documento: Manual de Procedimientos Prácticas de Farmacia					
Código: MA-FAR-02	Versión:02	Fecha: 04/2013	Fecha vigencia: 04/2016		N° páginas: 24
Elaborado por: Sandra Trujillo, Químico Farmacéutica			Aprobado por: Rosana Ramos, Químico Farmacéutica Jefe Unidad de Farmacia del Hospital Regional de Antofagasta		
El (los) documento (s) describe (n) los siguientes procedimientos: (Si/No)					
1. Rotulación de medicamentos	Si	2. Envasado de medicamentos e insumos	Si	3. Despacho de medicamentos e insumos	Si
4. Sistema de eliminación de medicamentos expirados, en mal estado o sin rotulación adecuada	Si	5. Sistema de reposición de stock mínimo de la Unidad de Farmacia		Si	
Breve descripción del contenido del documento: En la Unidad de Farmacia, se tiene a la vista documento "Manual de Procedimientos Prácticas de Farmacia" de las páginas 2 a la 7, constan el objetivo del procedimiento, su alcance, las responsabilidades de los profesionales involucrados, las definiciones utilizadas en el documento y las referencias.					

En páginas 7 a 19 figura la descripción del procedimiento, considerando:

Rotulación de medicamentos:

- El encargado de realizar el re envasado de los medicamentos es el Técnico Paramédico y se envasa, según necesidad, de medicamentos en dosis unitaria en la sección de Farmacia Hospitalizados.
- El rótulo debe contener la siguiente información: nombre genérico, dosis, forma farmacéutica, fecha de vencimiento, número de lote, laboratorio fabricante, nombre de la institución Hospital Regional Antofagasta (HRA), número de serie de la partida

Envasado automático de medicamentos:

- El encargado de realizar el re envasado de los medicamentos es el Técnico Paramédico, supervisado por un Químico Farmacéutico.
- Se re envasa un producto a la vez, con el fin de evitar posibles contaminaciones cruzadas y /o errores en el re envasado.
- El Químico Farmacéutico es el encargado de entregarle al auxiliar de farmacia los fármacos a envasar.
- Todo el personal que manipule los fármacos debe utilizar elementos de higiene y seguridad como: lavado de manos, gorro y mascarilla
- El desblistado se realiza sobre una caja plástica.
- Los comprimidos desblistados se trasvasijan a una bolsa de papel, sobre cual, se escriben los siguientes datos: nombre genérico del producto, dosis de los comprimidos, laboratorio o fabricante del producto, fecha de caducidad del producto, número de lote del producto.
- Se traspasan los comprimidos hacia el centro de la bandeja rotatoria y se coloca un comprimido en cada tambor dosificador.
- Se imprime etiqueta unitaria con los siguientes datos: nombre genérico del producto, fecha de caducidad del producto, número de lote, fecha de caducidad del fabricante, número de lote del fabricante.
- El Químico Farmacéutico supervisa el procedimiento y verifica el correcto re envasado de los comprimidos una vez finalizado éste.

Despacho de medicamentos: la receta médica es enviada a la Unidad de Farmacia, donde es validada por el Químico Farmacéutico, encargado de cada Servicio Clínico, quién revisa que la receta cumpla con los requisitos establecidos por ley; además, verifica el uso de antibióticos y/o de algún medicamento de uso excepcional, constatando si se encuentra validado, verifica el abastecimiento de los medicamentos, para asegurar el tratamiento en su totalidad.

- Despacho de recetas médicas: Las recetas, luego de su validación, son despachadas de acuerdo al sistema de distribución implementada en cada servicio o unidad hospitalaria.
- Despacho de las recetas Sistema de Distribución Tradicional: Una vez validada la receta por el Químico Farmacéutico, ésta, se ingresa al sistema informático de la Unidad de Farmacia; con los datos registrados diariamente, se confeccionado un listado de medicamentos por servicio o unidad clínica. Este listado se imprime y de acuerdo a lo registrado en él, se distribuyen los medicamentos a los servicios o unidades respectivas.
- Despacho de recetas Sistema de Distribución por Stock Fijo: El encargado de cada servicio, revisa el registro del stock autorizado, si corresponde, ingresa la receta al sistema informático de la Unidad de Farmacia y se despachan los medicamentos a los servicios o unidades respectivas.
- Despacho de recetas Sistema de Distribución Dosis Unitaria: Se siguen los siguientes pasos para su despacho:
    - Llenado de caseteras y maletines: Este procedimiento lo realiza el Técnico Paramédico de farmacia de acuerdo a la dosificación y vía de administración, indicados por el médico tratante; todos los maletines y caseteras llevan fecha de entrega y se revisan, nuevamente, al momento de ser entregados en la unidad correspondiente.
    - Revisión de caseteras y maletines: El responsable de esta revisión es el Químico Farmacéutico, encargado de cada servicio clínico.

Despacho de Insumos por pauta mensual: Las pautas mensuales de cada servicio se envían la última semana de cada mes a la bodega de farmacia. El auxiliar de bodega despacha los insumos a las unidades respectivas, dejando constancia de esto por escrito con firma y Rut, de la persona que recepciona los insumos en la unidad clínica.

Entrega de insumos clínicos de uso inmediato a las unidades: Los artículos de uso inmediato adquiridos por la Unidad de abastecimiento en forma especial, una vez recepcionados, son enviados en forma inmediata a las unidades solicitantes.

Despacho de insumos clínicos a unidades de paciente crítico: Las Unidades de Paciente Crítico, pueden efectuar de manera constante, pedidos a bodega de farmacia para resguardar sus inventarios críticos establecidos por la Resolución Exenta N° 3889 del 17 de Mayo del 2013.

Sistema de eliminación de medicamentos expirados, en mal estado o sin rotulación:

- Todos los meses se retiran todos los medicamentos expirados, en mal estado o sin rotulación, de las unidades clínicas, los cuales, posteriormente, se colocan en cajas las que se cierran y sellan y se rotulan de acuerdo a protocolo institucional, luego se envía a bodega de farmacia adjuntando el formulario de Solicitud de Destrucción por Vencimiento y/o deterioro, indicando los medicamentos que contiene, la cantidad y observaciones pertinentes. Este procedimiento es válido para las unidades clínicas, farmacia, y otros servicios de apoyo.
- Las cajas con los productos vencidos se almacenan en la bodega de farmacia, en área determinada para este fin
- Solicitud de autorización para la destrucción de los productos vencidos o deteriorados: El jefe de logística de farmacia elabora un informe mensual de todos los productos recepcionados y solicita vía Memorándum, la autorización para la destrucción y baja de los medicamentos e insumos médicos deteriorados y vencidos a la Subdirección Administrativa del Establecimiento. El Subdirector Administrativo, una vez revisados los antecedentes, da el V°B° y a su vez, solicita al Director del establecimiento la Resolución respectiva, que autoriza que autoriza la destrucción de los productos vencidos o deteriorados.
- Destrucción medicamentos y/ o insumos expirados, en mal estado o sin rotulación: Recibida la Resolución oficial que autoriza la destrucción de los productos vencidos o deteriorados; estos se destruyen en presencia del Ministro de Fe de la institución, quien levanta un acta y certifica el proceso.

Sistema de reposición de Stock Mínimo de la Unidad de Farmacia: Se consigna en el documento que para mantener el Stock de la Unidad de Farmacia se realiza un pedido semanal (los días martes en turno de noche). El responsable de realizar este pedido es el Técnico Paramédico de turno de noche del día martes, el cual es visado por el Químico Farmacéutico encargado de la bodega de Atención Cerrada. El pedido es enviado a la bodega central el día jueves y se recepcionan los productos solicitados dentro de las 24 horas siguientes. Diariamente, se realiza la reposición de los medicamentos en Atención Cerrada, directamente

desde la Bodega, acción que es supervisada por el Químico Farmacéutico a cargo. En página 21 Figura el Anexo N°1: "Indicador de Cumplimiento". En página 22 Anexo N°2: "Pauta de Evaluación de Envasado en Dosis Unitaria".
Observaciones: La Químico Farmacéutica a cargo de Bodega de Insumos, informa que en el establecimiento, no se realiza re envasado de insumos clínicos.

APF 1.4 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Farmacia		
Nombre del indicador	Porcentaje de re envasados realizados de acuerdo al procedimiento	
Fórmula matemática	(N° de procesos de re envasado realizados de acuerdo al procedimiento/ N° total de procesos de re envasado realizados)*100	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral

APF 1.4– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Farmacia	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador Procesos de Re Envasado Realizados de Acuerdo al Procedimiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pautas de Supervisión
Fuente secundaria	Informe Evaluación periódica del Indicador Procesos de Re Envasado
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad, envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas de supervisión con criterio de sustitución, se aplica una pauta diaria de lunes a viernes. Se aplican 20 pautas mensuales. Los criterios de cumplimiento considerados en la Pauta de Supervisión, se refieren a las acciones realizadas por el Técnico Paramédico encargado de realizar el re envasado de los medicamentos: • Realiza aseo de la unidad previo a realizar el procedimiento con alcohol al 70% • Se realiza lavado de manos • Utiliza gorro y mascarilla • Re envasa un producto a la vez • El desblistado lo realiza sobre una caja plástica • Los comprimidos desblistado se trasvasijan a una bolsa de papel, sobre la cual, se escriben los siguientes datos: nombre genérico del producto, dosis de los comprimidos, laboratorio o fabricante del producto, fecha de caducidad del producto y número de lote del producto • Se traspasan los comprimidos hacia el centro de la bandeja rotatoria y se coloca un comprimido en cada tambor dosificador • Se imprime etiqueta unitaria con los siguientes datos: nombre genérico del producto, fecha de caducidad del producto, número de lote, fecha de caducidad del fabricante ye número de lote del fabricante. La pauta de supervisión es dicotómica, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Farmacia						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubres 2015
N° Pautas cumplidas /	17	19	17	17	17	18
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	85%	95%	85%	85%	85%	90%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Farmacia

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el II Trimestre 2015 compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Re Envasado". El resultado reportado del trimestre es de 88%.
Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan y cumplen las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero.

Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones:

CARACTERÍSTICA APF 1.4/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Unidad de Farmacia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica:≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA APF 1.5 / HALLAZGOS

APF 1.5 – Primer elemento medible: Se describen en un documento(s) elaborado (s) por Farmacia, los procedimientos relacionados con:

<table>
<tr><td colspan="6">Unidad de Farmacia*</td></tr>
<tr><td colspan="6">Nombre del documento: Manual de Procedimientos de Farmacia en las Unidades Clínicas</td></tr>
<tr><td colspan="2">N° Resolución: No tiene
Código MA-FAR-03</td><td>Versión:02</td><td>Fecha: 04/2013</td><td>Fecha vigencia:04/2016</td><td>N° páginas: 34</td></tr>
<tr><td colspan="3">Elaborado por: Ricardo Zamora
Químico Farmacéutico</td><td colspan="3">Aprobado por: Rosana Ramos
Químico Farmacéutica, Jefe Unidad de Farmacia del Hospital Regional de Antofagasta</td></tr>
<tr><td colspan="6">El documento describe los siguientes procedimientos (Si/No):</td></tr>
<tr><td colspan="3">1. Almacenamiento y conservación de medicamentos e insumos</td><td>Si</td><td colspan="2">2. Formato de prescripción de medicamentos</td><td>Si</td></tr>
<tr><td colspan="2">3. Solicitud de medicamentos e insumos desde unidades clínicas</td><td>Si</td><td colspan="2">4. Devolución de medicamentos e insumos</td><td>Si</td><td>5. Notificación de reacciones adversas a medicamentos a la autoridad pertinente</td><td>Si</td></tr>
<tr><td colspan="6">Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Farmacia, se tiene a la vista documento ”Manual de Procedimientos de Farmacia en las Unidades Clínicas”, en las páginas 2 y 3 del documento constan el objetivo del procedimiento, su alcance, las responsabilidades de los profesionales y técnicos del equipo de salud involucrados en el procedimiento.
En páginas 3 y 4 se incluyen las definiciones de los términos utilizados en el documento. Destaca la referencia al Sistema informático “Sol Software”, que permite conocer las existencias en cada una de las bodegas del hospital, como también, el estado de cada una de las órdenes de compras y Sistema “León Software”, que resume todas las informaciones de consumo de un respectivo centro de costo.
De las páginas 6 a la 15 figura el desarrollo del procedimiento considerando:
• Almacenamiento y conservación de almacenamiento de insumos y medicamentos:
  • Los medicamentos deben mantenerse en su envase original, protegidos de la luz del calor y humedad a temperaturas ambientales inferiores a 30°C
  • No deben utilizarse los medicamentos después de la fecha de vencimiento indicada en el envase
  • Los medicamentos e insumos deben almacenarse en un lugar específico para ello, en cada unidad
  • No deben almacenarse medicamentos en las unidades que no poseen stock autorizado
  • El Área de Almacenamiento debe disponer de estanterías cuya condición permita mantener los productos en forma inalterada, limpia y ordenada según la necesidad de cada unidad.
  • Para la conservación de los productos se debe respetar las indicaciones del fabricante o laboratorio, en relación a temperatura, luz y humedad
  • Para el manejo de los medicamentos refrigerados se requiere de una cadena de frio, sin interrupciones. Dichos medicamentos deben mantenerse entre 2°C y 8°C
  • Se debe llevar registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores
  • En los pabellones que tienen dispensación de medicamentos e insumos por sistema Pyxis, se deben mantener los medicamentos dentro de la maquinaria dispuesta para ello.
• Formato de prescripción de medicamentos: En el hospital existen 3 tipos de recetas autorizadas para la prescripción de medicamentos y se utilizan dependiendo del servicio en que se encuentre el paciente y si es hospitalizado o ambulatorio.
  • Recetas de dosis unitaria; Receta autocopiativa, con número correlativo, se utilizan en los servicios donde el sistema de distribución es por Dosis Unitaria
  • Recetas médicas de bolsillo: Receta blanca, tiene número correlativo y la utiliza todo médico autorizado para emitir recetas en el establecimiento.
  • Recetas controladas:, Recetas para la prescripción de estupefacientes y psicotrópicos, están deben cumplir con los requisitos establecidos por ley: i)escritas de puño y letra del médico tratante;
  • ii) nombre firma del médico que prescribe, iii) nombre, apellido, RUT, N° de cama y ficha clínica del paciente; iv) servicio de procedencia; vi) nombre genérico del medicamento en letra imprenta, no utilizar siglas ni abreviaturas, con letra legible v) dosis unitaria e intervalo de administración vi) vía de administración; vii) periodo que abarca el tratamiento.
• Solicitud de medicamentos e insumos desde unidades clínicas: Todas las unidades clínicas efectúan los pedidos de insumos por medio de sistema informático, con sus pautas mensuales correspondientes.
• Solicitud de insumos clínicos en unidades de paciente crítico, a objeto de resguardar sus inventarios críticos pueden efectuar pedidos en forma constante a bodega de farmacia.
• Solicitud de medicamentos desde las unidades clínicas a farmacia: La solicitud se hace a través de la receta médica y su despacho se realiza conforme lo solicitado por la respectiva receta médica previamente validada por el Químico Farmacéutico y de acuerdo al sistema de distribución implementada para cada servicio o unidad hospitalaria-
• Devolución de medicamentos e insumos desde unidades clínicas: En el caso de servicios con despacho de dosis unitarias de medicamentos, los que no se hayan suministrado se mantienen en el cajetín del paciente para ser reingresados al stock de farmacia, y además, ser descontados de la cuenta del paciente. Los servicios que no cuentan con despacho por dosis unitaria devuelven los medicamentos identificados por servicios y por paciente. Los medicamentos vencidos y/o en mal estado deben ser devueltos de acuerdo a procedimiento institucional. Los insumos médicos, no utilizados se deben devolver a bodega de farmacia, notificando unidad y nombre del paciente.
• Notificación de reacciones adversas a medicamentos (RAM): Frente a la sospecha de una reacción adversa a medicamento se deben seguir los siguientes pasos:
  • En las unidades clínicas, el personal que detecta signo y/o síntomas que puedan corresponder a una RAM lo reporta al médico tratante.
  • El médico que sospecha una RAM, evalúa y trata al paciente según corresponda. Posteriormente, completa el formulario creado para tal efecto por el Instituto de salud Pública (ISP), este formulario puede ser llenado por el médico, odontólogo o profesional no médico responsable del paciente, según corresponda, el formulario se envía a la Unidad de Farmacia.</td></tr>
</table>

- El profesional tratante debe registrar en la ficha clínica del paciente, la sospecha de RAM, con los signos y síntomas pesquisados, el medicamento que pudo provocarlo y el tratamiento indicado, si corresponde. Además, se debe consignar la fecha de notificación de la RAM a la farmacia
- El Químico Farmacéutico que recibe la notificación, concurre a verificar la RAM y a recolectar la información necesaria, para lo cual debe: Revisar la ficha del paciente, identificar posible fármacos responsables de RAM, revisar laboratorio, serie, y fecha de vencimiento del fármaco.
- En caso de ser una RAM leve, el Químico Farmacéutico de farmacia debe notificar al ISP en un plazo no mayor a un mes, a través del formulario del evento ocurrido, vía Fax o correo electrónico. Si la RAM es grave, se debe informar dentro de las 72 horas siguientes al evento.
- El Químico Farmacéutico de farmacia debe archivar y conservar el registro de RAM por 3 años
- Se debe notificar:
- Todas las sospechas de reacciones en pacientes tratados con fármacos de reciente introducción en la terapéutica
- Todas las sospechas de reacciones desconocidas e inesperadas
- Todas las sospechas de reacciones que sean mortales, que pongan en peligro la vida del paciente, que provoquen ingreso en el hospital o que alarguen la estadía hospitalaria
- Todas las sospechas de reacciones adversas derivadas del uso de medicamentos en indicaciones no autorizadas y las causadas por errores de medicación, siempre que causen un daño al paciente.

En página 21 consta Anexo N° 2 "Indicador de Cumplimiento"
En página 22 Anexo N°3: "Pauta de Supervisión Almacenamiento de Medicamentos e Insumos".

Se constata el (los) documento (s) descrito (s) en los siguientes puntos de verificación:

Farmacia	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Medicina	URG	PQ	Ped.
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
- Unidad de Apoyo Farmacia,
- Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico para punto de verificación UPC Ad.
- Unidad Paciente Crítico Pediátrico,
- Unidad Paciente Crítico Neonatal
- Servicio de Medicina, Unidad Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico Quirúrgico para punto de verificación Med.
- Emergencia Adulto, Pediátrica y Gíneco-Obstétrica para punto de verificación URG
- Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ.
- Servicio Pediatría

APF 1.5 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

UPC Ad.	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Unidad Coronaria.	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UTIMQ.	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ped.	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Neo	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio *100.
Umbral de cumplimiento:80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

UAPP	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento:80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Pensionado	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento:80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
URG: Emergencia Adulto, Pediátrica y Gíneco-Obstétrica	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ: Pabellón Central	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ: Pabellón Cardiovascular	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ: Pabellón Maternidad	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Ped.	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

APF 1.5– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

UPC Ad.: UCI Adulto	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos; en los servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran: ▪ En su envase original ▪ Protegidos de la luz, calor y humedad ▪ En un lugar específico para ello ▪ Con fecha de vencimiento vigente ▪ El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada ▪ Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los criterios solicitados.
UPC Ad: UCI Coronaria	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015

Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos. Servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran: ▪ En su envase original ▪ Protegidos de la luz, calor y humedad ▪ En un lugar específico para ello ▪ Con fecha de vencimiento vigente ▪ El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada ▪ Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
UPC Ad: UTI MQ.	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos. Servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran: ▪ En su envase original ▪ Protegidos de la luz, calor y humedad ▪ En un lugar específico para ello ▪ Con fecha de vencimiento vigente ▪ El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada ▪ Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
UPC Ped.	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos. Servicios que han sido previamente designados. • Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: ▪ En su envase original ▪ Protegidos de la luz, calor y humedad ▪ En un lugar específico para ello ▪ Con fecha de vencimiento vigente ▪ El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada ▪ Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
UPC Neo	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos. Servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran ▪ En su envase original ▪ Protegidos de la luz, calor y humedad ▪ En un lugar específico para ello ▪ Con fecha de vencimiento vigente

	▪ El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada ▪ Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
Medicina: Servicio Medicina	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos. Servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran: ▪ En su envase original ▪ Protegidos de la luz, calor y humedad ▪ En un lugar específico para ello ▪ Con fecha de vencimiento vigente ▪ El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada ▪ Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
Medicina: UAPP	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos, Servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran: ▪ En su envase original ▪ Protegidos de la luz, calor y humedad ▪ En un lugar específico para ello ▪ Con fecha de vencimiento vigente ▪ El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada ▪ Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
Medicina: Pensionado Médico-Quirúrgico	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos, Servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran: ▪ En su envase original ▪ Protegidos de la luz, calor y humedad ▪ En un lugar específico para ello ▪ Con fecha de vencimiento vigente ▪ El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada ▪ Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
URG: Emergencia Adulto, Pediátrica y Gíneco-Obstétrica	

Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos, los que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran: ▪ En su envase original ▪ Protegidos de la luz, calor y humedad ▪ En un lugar específico para ello ▪ Con fecha de vencimiento vigente ▪ El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada ▪ Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
PQ: Pabellón Central	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos. Servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran: ▪ En su envase original ▪ Protegidos de la luz, calor y humedad ▪ En un lugar específico para ello ▪ Con fecha de vencimiento vigente ▪ El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada ▪ Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico. Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
PQ: Pabellón Cardiovascular	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Pauta de Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos. Servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran: • En su envase original • Protegidos de la luz, calor y humedad • En un lugar específico para ello • Con fecha de vencimiento vigente • El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada • Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
PQ: Pabellón Maternidad	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos. Servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son:

	• Los medicamentos e insumos se encuentran: • En su envase original • Protegidos de la luz, calor y humedad • En un lugar específico para ello • Con fecha de vencimiento vigente • El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada • Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
Ped.	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Observación directa
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos. Servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran: • En su envase original • Protegidos de la luz, calor y humedad • En un lugar específico para ello • Con fecha de vencimiento vigente • El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada • Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UCI Adulto						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas /	17	17				
N° Total Pautas	21	21				
% Cumplimiento	80,9%	81%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UCI Adulto

Describir constatación: Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del semestre es de 80,9%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión considerando el universo de las pautas aplicadas (42 pautas). Se revisan las siete primeras al azar debido a que una de ellas no cumple, se revisan las 30. Cumplen 24/30. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.

Mes /Año	Mayo, a Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	24					
N° Total Pautas	30					
% Cumplimiento	80%					

Observaciones:
Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UCI Coronaria						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas /	22	23				
N° Total Pautas	24	24				
% Cumplimiento	91,6%	95,8%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UCI Coronaria

Describir constatación: Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El

resultado reportado del semestre es de 94%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, considerando el universo de las pautas (48 pautas). Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.

Mes /Año	Mayo a Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UTIMQ

Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20 / 26	22 / 26				
% Cumplimiento	76,9%	84,6%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UCI UTIMQ

Describir constatación: Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del semestre es de 81%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, considerando el universo de las pautas (52 pautas). Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.

Mes /Año	Mayo, a Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC PED

Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	18 / 18	18 / 18				
% Cumplimiento	100%	100%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC PED

Describir constatación: Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del semestre es de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión considerando el universo de las pautas (36 pautas). Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.

Mes /Año	Agosto Septiembre Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Neo

Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas /	31	31				
N° Total Pautas	31	31				
% Cumplimiento	100%	100%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Neo						
Describir constatación**:** Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo Junio y Julio del 2015con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del semestre es de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Mayo, Junio y Julio del 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med: Servicio Medicina						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas /	14	15				
N° Total Pautas	15	15				
% Cumplimiento	93%	100%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: Servicio Medicina						
Describir constatación**:** Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del semestre es de 97%, se revisan las 30 pautas del periodo. Dado que existe consistencia entre el resultado reportado y el constatado, se da por cumplido el hecho medible.						
Mes /Año	Mayo Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	29					
N° Total Pautas	30					
% Cumplimiento	97%					
Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Medicna: UAPP						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas /	5	5				
N° Total Pautas	6	6				
% Cumplimiento	83%	83%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Medicina: UAPP						
Describir constatación: Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del semestre es de 83%. Se revisan las 12 pautas. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible.						
Mes /Año	Mayo a Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	10					
N° Total Pautas	12					
% Cumplimiento	83%					
Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.						

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Medicina: Pensionado Médico-Quirúrgico						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas /	16	15				
N° Total Pautas	17	17				
% Cumplimiento	94.1%	88,2%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Medicina: Pensionado Médico-Quirúrgico						
Describir constatación**:** Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del semestre es de 91%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión considerando del universo de pautas (34 pautas). Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Mayo a Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observación: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Urgencia: Emergencia Adulto, Pediátrica y Gíneco-Obstétrica						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas /	23	23				
N° Total Pautas	25	25				
% Cumplimiento	92%	92%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Urgencia: Emergencia Adulto, Pediátrica y Gíneco-Obstétrica						
Describir constatación: Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del semestre es de 92%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, considerando el universo de pautas (50 pautas). Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Mayo a Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Cardiovascular						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas /	36	36				
N° Total Pautas	36	36				
% Cumplimiento	100%	100%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Cardiovascular						
Describir constatación: Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos". Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del trimestre es de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el						

Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Mayo Junio y Julio 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7					
	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Central						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	18	18				
	21	21				
% Cumplimiento	86%	86%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Central						
Describir constatación: Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del semestre es de 86%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión considerando el universo de las pautas aplicadas (42 pautas). Se revisan las siete primeras al azar debido a que una de ellas no cumple, se revisan las 30. Cumplen 26/30. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Mayo a Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	26					
	30					
% Cumplimiento	87%					
Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Maternidad						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	26	30				
	30	30				
% Cumplimiento	87%	100%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Maternidad						
Describir constatación: Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del trimestre es de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Agosto Septiembre Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7					
	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Ped						
Mes /Año	Abril Mayo Junio 2015	Julio Agosto Septiembre 2015				
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	17	18				
	18	18				
% Cumplimiento	94,4%	100%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Ped						

Describir constatación: Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del trimestre es de 97 %. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, considerando el universo de pautas (36 pautas). Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.

Mes /Año	Mayo a Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: La diferencia de las cantidades de pautas de supervisión aplicadas, entre los diferentes servicios clínicos corresponde al número de áreas de almacenamiento de medicamentos e insumos, que tiene cada de las unidades a las que se les aplica la pauta de supervisión.

APF 1.5 – Cuarto elemento medible: Se constata almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local.* (En el caso de estupefacientes remitirse a regulación vigente).

Unidad de Farmacia

Metodología de constatación:
Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional; como también, el cumplimiento de la normativa ministerial vigente en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita a la Unidad de Farmacia, para constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores, condiciones del sitio de re-envasado de los medicamentos y el sistema de custodia de los medicamentos controlados; entre otros aspectos.

Atributos de cumplimiento:
Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, las gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los comprimidos de medicamentos se encuentran en dosis unitaria, los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos y el registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.

Resultado de la constatación:
La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en la Unidad de Farmacia, se realiza seleccionando al azar: 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitaria, 7 repisas de los anaqueles que contienen medicamentos orales aún sin re envasar (dosis unitaria), 7 repisas de los anaqueles de almacenamiento de medicamentos inyectables, 7 gavetas del mueble donde se almacenan los medicamentos controlados y 7 bandejas de los 5 refrigeradores, que contienen los medicamentos que necesitan mantener cadena de frio. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en la Unidad de Farmacia se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados.
Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2" de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

UPC Ad.: UCI Adulto

Metodología de constatación:
Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita a la Unidad de Paciente Crítico Adulto, a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.

Atributos de cumplimiento:
Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.

Resultado de la constatación:
La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en la Unidad de Paciente Crítico, se realiza seleccionando al azar 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitaria y otras 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos seleccionados entre inyectables, controlados y refrigerados.
Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en la Unidad de Paciente Crítico, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados.
Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2" de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

UPC Ad.: UCI Coronaria

Metodología de constatación:
Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en

el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita a la Unidad de Paciente Crítico Unidad Coronaria, a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.

Atributos de cumplimiento:
Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.

Resultado de la constatación:
La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en la Unidad Coronaria, se realiza seleccionando al azar 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitaria y otras 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos seleccionados entre inyectables, controlados y refrigerados.
Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en la Unidad Coronaria, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados.
Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2" de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

UPC Ad.: UTI MQ

Metodología de constatación:
Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita a la Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.

Atributos de cumplimiento:
Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.

Resultado de la constatación:
La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en la Unidad de Tratamiento Médico Quirúrgico, se realiza seleccionando al azar 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitaria y otras 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos seleccionados entre inyectables, controlados y refrigerados. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en la Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados.
Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Medicina: Servicio Medicina

Metodología de constatación:
Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita al Servicio de Medicina, a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.

Atributos de cumplimiento:
Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.

Resultado de la constatación:
La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en el Servicio de Medicina, se realiza seleccionando al azar 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitaria y otras 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos seleccionados entre inyectables y refrigerados. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en el Servicio de Medicina, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados.
Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Medicina: UAPP

Metodología de constatación:
Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita a la Unidad de Atención Progresiva del Paciente, a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia

de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.
Atributos de cumplimiento: Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.
Resultado de la constatación: La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en la Unidad de Atención Progresiva del Paciente, se realiza seleccionando al azar 7 gaveta de almacenamiento de medicamentos: en dosis unitaria y medicamentos inyectables y medicamentos controlados y medicamentos refrigerados. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en la Unidad de atención Progresiva del Paciente, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.
Medicina: Pensionado Médico-Quirúrgico
Metodología de constatación: Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita al Pensionado Médico Quirúrgico a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.
Atributos de cumplimiento: Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.
Resultado de la constatación: La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en el Pensionado Médico Quirúrgico, se realiza seleccionando al azar 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitaria y otras 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos seleccionados entre inyectables, controlados y refrigerados. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en el Servicio de Pensionado Médico Quirúrgico, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.
URG: Emergencia Adulto, Pediátrica y Gíneco-Obstétrica
Metodología de constatación: Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita al Servicio de Urgencia, a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.
Atributos de cumplimiento: Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.
Resultado de la constatación: La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en el Servicio de Urgencia Adulto, Pediátrico y de Gíneco-Obstetricia, se realiza seleccionando al azar 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitaria y otras 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos seleccionados entre inyectables, controlados y refrigerados. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en el Servicio de Urgencia Adulto, Pediátrico y de Gíneco-Obstetricia, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.
PQ.: Pabellón Central
Metodología de constatación: Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita al Pabellón Quirúrgico, a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se constata en este servicio el uso de almacenamiento en dispensador automático, al cual se accede mediante la huella digital. Además se hace distinción al nivel de acceso a este armario mediante un perfil predeterminado,

siendo así que a los medicamentos controlados solo tiene acceso el anestesiólogo. Está en línea con la Unidad de Farmacia, para la reposición oportuna y control de los medicamentos e insumos almacenados en él. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.

Atributos de cumplimiento:
Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.

Resultado de la constatación:
La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en, Pabellón Central, se realiza seleccionando al azar 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitarias e inyectables y otras 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos seleccionados entre medicamentos controlados y refrigerados. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en el Pabellón Central, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados.
Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

PQ: Pabellón Cardiovascular

Metodología de constatación:
Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita al Pabellón Quirúrgico Cardiovascular, a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se constata en este servicio el uso de almacenamiento en dispensador automático, al cual se accede mediante la huella digital. Además se hace distinción al nivel de acceso a este armario mediante un perfil predeterminado, siendo así que a los medicamentos controlados solo tiene acceso el anestesiólogo. Está en línea con la Unidad de Farmacia, para la reposición oportuna y control de los medicamentos e insumos almacenados en él. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.

Atributos de cumplimiento:
Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.

Resultado de la constatación:
La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en, Pabellón Cardiovascular, se realiza seleccionando al azar 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitarias e inyectables y otras 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos seleccionados entre medicamentos controlados y refrigerados. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en el Pabellón Cardiovascular, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

PQ: Pabellón Maternidad.

Metodología de constatación:
Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita al Pabellón Quirúrgico Gíneco-Obst, a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se constata en este servicio el uso de almacenamiento en dispensador automático, al cual se accede mediante la huella digital. Además se hace distinción al nivel de acceso a este armario mediante un perfil predeterminado, siendo así que a los medicamentos controlados solo tiene acceso el anestesiólogo. Está en línea con la Unidad de Farmacia, para la reposición oportuna y control de los medicamentos e insumos almacenados en él. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.

Atributos de cumplimiento:
Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.

Resultado de la constatación:
La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en, Pabellón Gíneco-Obstetricia, se realiza seleccionando al azar 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitarias e inyectables y otras 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos seleccionados entre medicamentos controlados y refrigerados. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en el Pabellón Gíneco Obstetricia, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados.
Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Ped
Metodología de constatación: Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita al Servicio de Pediatría, a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.
Atributos de cumplimiento: Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.
Resultado de la constatación: La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en el Servicio de Pediatría, se realiza seleccionando al azar 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitaria y otras 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos seleccionados entre inyectables, controlados y refrigerados. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en el Servicio de Pediatría, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.
Unidad de Atención y Control de Salud Sexual (UNACESS)
Metodología de constatación: Se constata, adicionalmente, la instalación y funcionamiento de un Botiquín en la Unidad de Atención y Control de Salud Sexual (UNACESS), autorizado mediante la Resolución Exenta N° 8.403 del 04/12/2014, firmada por Secretario Regional Ministerial de Salud Región de Antofagasta, Matrona Lila Vergara Picón y actuando como Ministro de Fe Silvia Muñoz Jorquera; a cargo de la profesional Karina Patricia Ulloa, Matrona Rut 13.026.320-8. En la resolución consta un listado de medicamentos autorizados. Se realiza una visita la Unidad de Atención y Control de Salud Sexual con el propósito de verificar, en terreno, el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos; de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados.
Atributos de cumplimiento: Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.
Resultado de la constatación: La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en la Unidad Atención y Control de Salud Sexual, se realiza seleccionando al azar 7 repisas de los diferentes anaqueles de almacenamiento de medicamentos. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en la Unidad Atención y Control de Salud Sexual, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Registrar Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
Los Servicios y unidades que componen los puntos de verificación para este elemento medible son:

- Unidad de Apoyo Farmacia,
- Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico para punto de verificación UPC Ad.
- Unidad Paciente Crítico Pediátrico,
- Unidad Paciente Crítico Neonatal
- Servicio de Medicina, Unidad Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico Quirúrgico para punto de verificación Med.
- Emergencia Adulto, Pediátrica y Gíneco-Obstétrica para punto de verificación URG
- Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ.
- Servicio Pediatría

CARACTERÍSTICA APF 1.5 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Farmacia	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Medicina	URG	PQ	Ped.
Primer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1
Segundo elemento medible		1	1	1	1	1	1	1
Tercer elemento medible		1	1	1	1	1	1	1
Cuarto elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica:≥ 50%	Puntaje total: 30/30			Porcentaje obtenido: 100%			Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA APF 1.6 / HALLAZGOS

APF 1.6 – Primer elemento medible: Se describen en documento(s) los procedimientos de preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos de acuerdo a la normativa vigente y se ha definido responsable (s) de su aplicación.

<table>
<tr><th colspan="8">Punto de verificación Unidad de Farmacia* (Oncológica)</th></tr>
<tr><td colspan="8">Nombre del documento: Procedimiento de preparación de Magistrales Oncológicos</td></tr>
<tr><td colspan="2">Código: PO-FAR.02</td><td colspan="2">Versión: 01</td><td colspan="2">Fecha: 05/2013</td><td colspan="2">Fecha vigencia: 05/2016</td><td>N° páginas: 30</td></tr>
<tr><td colspan="4">Elaborado por: Rosa Escobar, Químico Farmacéutica
Teddy Fuentes, Químico Farmacéutico</td><td colspan="5">Aprobado por: Rosana Ramos, Químico Farmacéutica Jefe de Unidad de Farmacia del Hospital Regional de Antofagasta</td></tr>
<tr><td colspan="9">El documento describe los siguientes procedimientos relacionados con medicamentos antineoplásicos: (Si/No)</td></tr>
<tr><td colspan="2">1. Preparación</td><td>Si</td><td colspan="2">2. Almacenamiento</td><td>Si</td><td colspan="2">3. Distribución</td><td>SI</td></tr>
<tr><td colspan="2">4. Desecho</td><td>Si</td><td colspan="4">5. Procedimientos acorde a la normativa vigente</td><td>Si</td></tr>
<tr><td colspan="6">6. Se han definido responsables de la aplicación</td><td colspan="3">Si</td></tr>
<tr><td colspan="9">Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Farmacia, se tiene a la vista documento "Procedimiento de preparación de Magistrales Oncológicos", de las páginas 2 a la 4 del documento constan el objetivo del procedimiento, su alcance, las definiciones de conceptos empleados y las responsabilidades de todos los involucrados en el procedimiento, considerando:
• Químico Farmacéutico encargado de la preparación de las drogas: Es el responsable de la preparación y envío de drogas antineoplásicas al servicio clínico, como también, de la validación de las indicaciones.
• Auxiliar paramédico de farmacia: Es el responsable de asistir al Químico Farmacéutico durante la preparación de las drogas antineoplásicas y de preparar el material necesario, además, es el responsable de aseo diario y del aseo terminal de la central de mezclas intravenosas.
• Médico que prescribe: Es responsable de emitir la receta de quimioterapia y que contenga claramente el diagnóstico, la tipificación y además el ciclo de tratamiento en que se encuentra el paciente.
• Enfermera que vigila la correcta aplicación de la preparación: Es responsable que la receta del paciente llegue a tiempo a la central de mezclas, además, de vigilar que la infusión se administre de forma y en el tiempo correcto y, avisar al médico tratante si se produce alguna reacción adversa al tratamiento.
• Elaboración: Para la preparación de la quimioterapia se emplea técnica aséptica, se realiza en cabina de preparación, en la cual se ubica la Cámara de Flujo Laminar Vertical, clase II tipo B. Se indican medidas secuenciadas para garantizar la asepsia del procedimiento, tanto por el químico farmacéutico como por el técnico paramédico que lo asiste. En relación a la elaboración de formas farmacéuticas especiales, a partir de drogas Citotóxicas: se fracciona Bevacizumab, 5 –FU, para uso oftalmológico; Metotrexato en diferentes dosificaciones medicamento que es utilizado en pacientes portadores de Artritis Reumatoide, Lupus, Psoriasis, Síndrome de Sjogren entre otros; se señala en el documento, la dosis para cada uno de las drogas y patologías.
• Almacenaje: La totalidad de las drogas se almacenan en la central de mezclas intravenosa de la farmacia magistral. Se considera la fecha de vencimiento, la necesidad de refrigeración protección a la exposición a la luz, etc.
• Distribución de la Quimioterapia: Una vez finalizado el proceso de elaboración y en orden de prioridad, se da aviso a las unidades para que retiren las preparaciones desde farmacia, dejándose constancia de su retiro en la bitácora de trabajo.
• Trasladado a los servicios: El preparado es trasladado a los servicios, en un contenedor exclusivo y acondicionado especialmente para el traslado de estas soluciones. Las quimioterapias sólo pueden ser retiradas desde farmacia por personal capacitado, el que debe utilizar elementos protectores, y junto con revisar la preparación, debe dejar constancia en el cuaderno de registros de entrega, anotando nombre del paciente, dosis, nombre de quién la retira y hora.
• Administración: La administración de estos preparados a los pacientes, es realizado por personal de enfermería especialmente entrenado para el manejo de estos medicamentos.
• Eliminación de Desechos de medicamentos antineoplásicos: Todo el material empleado en la preparación de la mezcla de quimioterapia, ya sean drogas o insumos, es depositado en contenedor de bioseguridad de color rojo, especialmente destinado para esto, en la misma cámara de preparación. Posteriormente, este contenedor se coloca en una bolsa roja y se rotula con su respectivo contenido. Esta bolsa se lleva a un contenedor ubicado fuera de farmacia (acopio primario) a cargo de personal de REAS (Manejo de Residuos Peligrosos de Establecimientos de Atención de Salud), desde donde es retirado la por empresa externa ECOSUR, para su eliminación final, empresa especializada en el manejo de eliminación de sustancias y residuos peligrosos.
• En caso de derrame accidental, se debe ejecutar procedimiento descrito en Protocolo de Manejo de Accidentes con drogas Citotóxicas.
En la página 29 figura el Anexo N° 11 "Indicador de Cumplimiento". En la página 30 Anexo N° 12 Pauta de Supervisión RG-FAR-02-00. Registro de Controles Microbiológicos".</td></tr>
</table>

APF 1.6 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Punto de verificación Unidad de Farmacia* (Oncológica)	
Nombre del indicador	Porcentaje de Muestras no contaminadas en Quimioterapia
Fórmula matemática	(N° de muestras ambientales en la unidad de mezcla de Quimioterapia/N° total de muestras ambientales en la unidad de mezcla de Quimioterapia tomadas en el mismo periodo) *100.
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: trimestral

APF 1.6– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Punto de verificación Unidad de Farmacia* (Oncológica)	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador RG-FAR-02-00. Registro de Controles Microbiológicos
Responsable medición	Químico farmacéutico encargado de la central de muestras
Fuente primaria	Pauta de Supervisión RG-FAR-02-00. "Registro de Controles Microbiológicos".
Fuente secundaria	Pautas de supervisión

Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se randomiza un día por semana, de lunes a viernes, para colocar las placas de cultivo ambiental dentro de la cabina y campana de flujo laminar, de preparación de mezcla quimioterapia; de acuerdo a protocolo diseñado en la unidad. Cada vez se colocan 4 placas.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) Farmacia * (Oncológica)

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	11	6	12	11	10	11
N° Total Pautas	12	6	12	12	12	12
% Cumplimiento	91,6%	100%	100%	91,6%	83,3%	91,6%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Farmacia * (Oncológica)

Describir constatación:
Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Evaluación Muestras Ambientales". El resultado reportado del semestre es de 92%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de evaluación del total de pautas del periodo (66). Se revisan las siete primeras y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Agosto, Septiembre 2015 Octubre					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que tiene las mediciones mensuales y debido a que los trimestres calendario, no calzan exactamente con el periodo retrospectivo, se evalúan los 6 meses del periodo.

CARACTERÍSTICA APF 1.6 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Unidad de Farmacia (1-0-NA)	Farmacia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA APF 1.7 / HALLAZGOS

APF 1.7 – Primer elemento medible: Se describe en documento(s) el procedimiento de preparación, almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral, acorde a la normativa vigente y se ha definido responsable (s) de su aplicación.

Punto de verificación Unidad de Farmacia

Nombre del documento: Procedimiento de Preparaciones Magistrales de Nutriciones Parenterales

Código: PO-FAR-01	Versión: 01	Fecha: 04/2013	Fecha vigencia: 04/2016	N° páginas: 30

Elaborado por: Francisca Guzmán Rodríguez, Químico Farmacéutica Flor Franco Arrego, Químico Farmacéutica	Aprobado por: Rossana Ramos Químico Farmacéutica Jefe Unidad de Farmacia del Hospital Regional de Antofagasta

El documento describe los siguientes procedimientos relacionados con nutrición parenteral: (Si/No)

1. Preparación	Si	2. Almacenamiento	Si	3. Dispensación	Si
4. Procedimiento acorde a la normativa vigente	Si	5. Se han definido responsables de la aplicación	Si		

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Farmacia, se tiene a la vista documento "Procedimiento de Preparaciones Magistrales de Nutriciones Parenterales", en páginas 2 a 4 del documento, consta el objetivo del procedimiento, su alcance, las definiciones de los términos utilizados en el documento, las referencias y las responsabilidades de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.

- **Químico Farmacéutico Encargado de la Central de Mezclas:** Es el responsable de la preparación y envío de la nutrición parenteral al servicio clínico, como también, de la validación de las indicaciones.
- **Técnico Paramédico de Farmacia:** Es el responsable de asistir al Químico Farmacéutico, durante la preparación de las nutriciones parenterales y de preparar el material necesario, además es el responsable de aseo diario y del aseo terminal de la central de mezclas intravenosas.
- **Matrona y/o Enfermera Clínica del Servicio Correspondiente:** Es responsable que la receta del paciente llegue a tiempo a la central de mezclas, además de vigilar que la infusión se administre de forma y en el tiempo correcto, avisar al médico tratante si se produce alguna reacción adversa durante la administración de la NPT.

De página 5 a 16 figura el desarrollo del procedimiento, que comprende:

- **Metodología de trabajo Previo a la Preparación:** Desde la recepción de la receta con indicación de nutrición parental (NPT) por parte del Químico Farmacéutico (QF) en la central de mezclas intravenosas de la Unidad de farmacia, y su transcripción en el formulario indicado para ello por su puño y letra. Se pone énfasis en el manejo cuidado de los nutrientes de cada preparación. El QF procederá a validar la receta médica con el registro de los requerimientos de cada paciente y se verifica que los parámetros estén dentro de los límites admisibles; para consecuentemente, elaborar el etiquetado con datos que se especifican (nombre completo del paciente, requerimientos en volumen con unidad de medida en ml, los electrolitos, vitaminas, lípidos y aminoácidos, nombre del médico que prescribe, entre otros).

Igualmente, se define la preparación del área de trabajo y vestimenta para garantizar asepsia.

- **Proceso de Elaboración**: La elaboración de la Nutrición Parenteral (NPT), se realiza empleando técnica aséptica durante todo el proceso. Se detalla secuencia de procedimiento, definiendo área de trabajo y materiales respectivos. Las NPT siempre se elaboran en forma individual, siguiendo un orden estricto en la adición de micronutrientes y electrolitos para asegurar la estabilidad del preparado. Una vez terminada la preparación, el Químico Farmacéutico sella el preparado en una bolsa estéril, realizando a su vez el último chequeo visual de ésta. La preparación en su empaque final se coloca en la nevera de transporte.
- **Procedimiento Acorde a la Normativa Vigente:** El procedimiento de elaboración de la NPT, cumple de acuerdo a la Normativa Ministerial vigente.
- **Transporte de las NPT:** El transporte de la NPT, hacia el servicio solicitante es realizado por el técnico de farmacia, en una nevera portátil, acondicionada exclusivamente para este fin.
- **Almacenamiento:** Si la NPT, no es utilizada inmediatamente, ésta se mantiene por un tiempo no mayor a 4 horas después de su preparación a temperatura ambiente, en la unidad de mezclas; si ésta no es administrada se desecha. En la Central de Mezclas no se almacenan Nutriciones Parenterales preparadas.
- **Control microbiológico:** Este control se realiza según método establecido y aprobado por el Comité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
- **Para la administración de la NPT:** Se recomienda uso de bomba de infusión, lo que segura el cálculo de la administración para las 24 horas del día, Además, la nutrición parenteral se administra por catéter de uso exclusivo de acuerdo a" Normativa IAAS: Prevención Infección Torrente sanguíneo"

En página 19 figura Anexo N° 2 "Pauta de Supervisión RG-FAR.02-00. Registro de Controles Microbiológicos"
En página 27 consta el Anexo N° 10 "Indicador de Cumplimiento".

APF 1.7 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Punto de verificación Unidad de Farmacia	
Nombre del indicador	Porcentaje de Muestras no contaminadas en Nutrición Parenteral Total (NPT)
Fórmula matemática	(N° de muestras ambientales en la unidad de mezclas de Nutrición Parenteral Total /N° total de muestras ambientales en la unidad de mezclas de Nutrición Parenteral Total ,tomadas en el mismo periodo) *100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

APF 1.7– Tercer elemento medible: Verifica constancia de evaluación periódica

Unidad de Farmacia						
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del indicador RG-FAR.02-00. Registro de Controles Microbiológicos					
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de la central de muestras					
Fuente primaria	Registro de controles Microbiológicos					
Fuente secundaria	Pautas de Supervisión RG-FAR.02-00. Registro de Controles Microbiológicos					
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015					
Metodología de medición	Se randomiza un día por semana, de lunes a viernes, para colocar las placas de cultivo ambiental dentro de la cabina y campana de flujo laminar, de preparación de mezcla quimioterapia; de acuerdo a protocolo diseñado en la unidad. Cada vez se colocan 4 placas.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Farmacia						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	16	8	15	14	16	16
N° Total Pautas	16	8	15	14	16	16
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Farmacia						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Evaluación Muestras Ambientales". El resultado reportado del periodo es de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de evaluación. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que tiene las mediciones mensuales y debido a que los trimestres calendario, no calzan exactamente con el periodo retrospectivo, se evalúan los 6 meses del periodo.						

APF 1.7 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Farmacia (1-0-NA)	Farmacia	1° EM: 1	2° EM:1	3° EM:1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

SERVICIOS DE APOYO – ESTERILIZACIÓN (APE)

CARACTERÍSTICA APE 1.1 / HALLAZGOS

APE 1.1 – Primer elemento medible: Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia	
Prestador al que compra: El Prestador declara que en caso de contingencias compra servicios a la Clínica La Portada de Antofagasta, Clínica Antofagasta y eventualmente al Hospital Militar del Norte. Todas las instituciones están acreditadas.	N° Registro Acreditación: -Clínica La Portada de Antofagasta: N°61 -Clínica Antofagasta: N°76 -Hospital Militar del Norte: N°89

CARACTERÍSTICA APE 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible:1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple:Si

CARACTERÍSTICA APE 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

APE 1.2 – Primer elemento medible: Se constata que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada.*

Constatación en PQ: Se verifica en visita a las dependencias de Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Coronario y Pabellón Gine-Obstétrico que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada en la Central de Esterilización.
Constatación en UPC Ad: Se verifica en visita a las dependencias de UPC Adultos, UTIMQ y UCI Coronaria que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada en la Central de Esterilización.
Constatación en UPC Ped: Se verifica en visita a las dependencias de UPC Ped., que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada en la Central de Esterilización.
Constatación en UPC Neo: Se verifica en visita a las dependencias de UPC Neo., que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada en la Central de Esterilización.
Constatación en Obst-gine: Se verifica en visita a las dependencias de Obst-gine., que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada en la Central de Esterilización.
Constatación en Cirugía: Se verifica en visita a las dependencias de Cirugía, Bloque Quirúrgico de Especialidades y Pensionado de Cirugía, que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada en la Central de Esterilización.
Constatación en Dental: Se verifica en visita a las dependencias de atención Dental, que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada en la Central de Esterilización.
Constatación en URG: Se verifica en visita a las dependencias de URG Gine-Obst., y URG Ad y Ped., que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada en la Central de Esterilización.
Registrar Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento: Al realizar visitas a las dependencias de los distintos puntos de verificación y al entrevistar a enfermeras, técnicos paramédicos, empleados de servicio, dentistas y médicos, es posible formarse la convicción de que las etapas de lavado y preparación de materiales de uso clínico se realiza en forma centralizada en dependencias de la Central de Esterilización. En todos los servicios clínicos que componen los puntos de verificación de la característica se cumple con lo requerido por el elemento medible. Se da por cumplido.

APE 1.2 – Segundo elemento medible; Se constata que la etapa de esterilización propiamente tal se realiza en el Servicio de Esterilización.

Constatación en PQ: Se verifica en dependencias de Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Coronario y Pabellón Gine-Obstétrico que la etapa de esterilización se realiza en las dependencias de la Central de Esterilización.
Constatación en UPC Ad: Se verifica en dependencias de UPC AD, UCI Coronaria y UTIMQ que la etapa de esterilización se realiza en las dependencias de la Central de Esterilización.
Constatación en UPC Ped: Se verifica en dependencias de UPC Ped, que la etapa de esterilización se realiza en las dependencias de la Central de Esterilización.
Constatación en UPC Neo: Se verifica en dependencias de UPC Neo, que la etapa de esterilización se realiza en las dependencias de la Central de Esterilización.
Constatación en Obst-gine: Se verifica en dependencias de Obst-gine, que la etapa de esterilización se realiza en las dependencias de la Central de Esterilización.
Constatación en Cirugía: Se verifica en dependencias de Cirugía, Bloque Quirúrgico de Especialidades y Pensionado Cirugía que la etapa de esterilización se realiza en las dependencias de la Central de Esterilización.
Constatación en Dental: Se verifica en dependencias de atención Dental, que la etapa de esterilización se realiza en las dependencias de la Central de Esterilización.
Constatación en URG: Se verifica en dependencias de URG Gine-Obst., y URG Ad y Ped., que la etapa de esterilización se realiza en las dependencias de la Central de Esterilización.
Registrar Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento: Al realizar visitas a las dependencias de todos los servicios clínicos que componen los distintos puntos de verificación que componen la característica, explicitados en el párrafo precedente; y al entrevistar a enfermeras, técnicos paramédicos, empleados de servicio, dentistas y médicos, es posible formarse la convicción de que el proceso de esterilización propiamente tal, se realiza en forma centralizada en dependencias de la Central de Esterilización.

CARACTERÍSTICA APE 1.2 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	PQ	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Obst-gine	Cirugía	Dental	URG
Primer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1
Segundo elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica:100%	Puntaje total: 16/16			Porcentaje obtenido: 100%			Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA APE 1.3 / HALLAZGOS

APE 1.3 – Primer elemento medible: En documentos elaborados por el Servicio de Esterilización se describen.

Servicio de Esterilización				
Nombre del documento 1: Procedimiento: "Esterilización en Autoclave Getinge"				
Código. PO-EST-22	Versión:02	Fecha: Febrero 2013	Fecha vigencia: Febrero 2016	N° páginas:12
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Rafael Cárdenas A., Jefe Centro Responsabilidad de Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
1. Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico				Si
7. Operación de equipos de esterilización				Si
Breve descripción del documento: Se consigna el método de esterilización de autoclave y los materiales a esterilizar en el equipo, especificando para los distintos tipos de programas, la temperatura y los tipos de materiales a procesar. Entre otros: Textiles, tubos, mangueras, instrumental (135° C) y material sensible al calor, gomas y plásticos (121 °C). Se incluye un programa a 105 °C para desinfección.				

Nombre del documento 2: Procedimiento: "Manejo Autoclave de Óxido de Etileno"				
Código:PO-EST-23	Versión:02	Fecha: Febrero 2013	Fecha vigencia: Febrero 2016	N° páginas:7
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Rafael Cárdenas A., Jefe Centro Responsabilidad de Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
1. Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico				Si
7. Operación de equipos de esterilización				Si
Breve descripción del documento: Se consigna el método de esterilización de Óxido de Etileno, especificando el manejo del equipo, la preparación de la carga, la utilización para materiales sensibles al calor y el tipo de empaque de los artículos.				

Nombre del documento 3:Procedimiento: "Material que se procesa en Óxido de Etileno"				
Código: PO-EST-24	Versión: 02	Fecha: Febrero 2013	Fecha vigencia: Febrero 2016	N° páginas:12
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Javier Pino J., Jefe (s) Centro Responsabilidad de Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
1. Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico				Si
7. Operación de equipos de esterilización				Si
Breve descripción del documento: En el punto 7 se explicita, pormenorizadamente, un listado de materiales de uso clínico (instrumentos y equipos) que se esterilizan en Óxido de Etileno. Se describen los pasos del proceso de esterilización.				

Nombre del documento 4: Procedimiento de Transporte y Recepción de Material Contaminado				
Código: PO-EST-03	Versión:03	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas:8
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Javier Pino J., Jefe (s) Centro Responsabilidad de Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
2. Transporte de material contaminado	Si			
Breve descripción del documento: Se consigna el procedimiento de transporte de material contaminado, explicitando el uso de barreras protectoras, que se debe transportar el material en contenedor cerrado o en su defecto, en bolsas plásticas resistentes, para impedir la caída de líquidos durante el transporte. Se definen los registros que se deben realizar. Establece los responsables de su aplicación. Se constata la versión anterior del documento (versión 02) de fecha Septiembre de 2012 de 3 años de vigencia elaborado por Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización.				

Nombre del documento 5: Procedimiento: "Entrega y Recepción de Material Clínico a ser esterilizado fuera del HRA"				
Código:PO-EST-05	Versión: 03	Fecha: Julio 2013	Fecha vigencia: Julio 2016	N° páginas:8
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Paola Rojas L., Jefa Centro Responsabilidad Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
3. Recepción de material esterilizado fuera de la institución				Si
Breve descripción del documento: En el punto 7 "Descripción del proceso", se consigna el procedimiento que se debe cumplir con el material que se requiera procesar fuera de la institución, en relación a distintos aspectos, entre otros: Confección de una lista de chequeo, carga de los contenedores, cuidado de los materiales y cajas quirúrgicas, definiciones para horarios inhábiles y aspectos de coordinación con los encargados de las instituciones externas.				

Nombre del documento 6: Procedimiento: "Recepción de Material Clínico"				
Código: PO -EST- 07	Versión:03	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia:5 años	N° páginas:7
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Javier Pino J., Jefe (s) Centro Responsabilidad de Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
4. Recepción de materiales a ser esterilizados				Si
Breve descripción del documento: En el punto 7 se especifica el procedimiento de recepción y entrega de material clínico. Se constata la versión anterior del documento (versión 02) de fecha Septiembre de 2012 de 3 años de vigencia elaborado por Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización.				

Nombre del documento 7: Procedimiento: "Lavado de instrumental"				
Código: PO-EST-13	Versión:02	Fecha: Junio 2013	Fecha vigencia: Junio 2016	N° páginas: 12
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Paola Rojas L., Jefa Centro Responsabilidad Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
5. Lavado y secado				Si
Breve descripción del documento: Se consigna, entre otros aspectos: Los equipos de lavado, uso de detergentes, protección del personal, equipos y materiales. En el punto 7 se describen los procedimientos de lavado manual, en lavadora ultrasónica y en lavadora descontaminadora. Se constata que existen varios documentos que describen procedimientos de lavado: - Procedimiento:"Lavado y descontaminación material metálico" Código: PO-EST-14, de 8 páginas. - Procedimiento:"Lavado y descontaminación de gomas y plásticos" Código: PO-EST-15, de 8 páginas. Los documentos señalados han sido elaborados y aprobados por las mismas profesionales, en las mismas fechas, y tienen la misma vigencia que lo consignado para el documento 7.				

Nombre del documento 10: Secado de Material				
Código: PO-EST-18	Versión:03	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia:5 años	N° páginas: 6
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Javier Pino J., Jefe Centro Responsabilidad de Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
5. Secado	Si			
6.Inspección y Preparación	Si			
Breve descripción del documento: Se consigna en el punto 7 el procedimiento de secado. Se incluyen procedimientos de preparación de material. Se constata la versión anterior del documento (versión 02) de fecha Septiembre de 2012 de 3 años de vigencia elaborado por Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización.				

Nombre del documento 11: Proceso inspección del Material Clínico				
Código: PO-EST-08	Versión: 03	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia:5 años	N° páginas:5
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Javier Pino J., Jefe (s) Centro Responsabilidad de Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
6. Inspección				Si
Breve descripción del documento: En el punto 7, se describe el procedimiento de inspección. Se constata la versión anterior del documento (versión 02) de fecha Septiembre de 2012 de 3 años de vigencia elaborado por Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización.				

Nombre del documento 12: Proceso de preparación de cajas quirúrgicas				
Código: PO-EST-19	Versión: 03	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia:5 años	N° páginas:5
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Javier Pino J., Jefe Centro Responsabilidad de Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
6. Inspección y preparación				Si
Breve descripción del documento: En el punto 7, se describe el procedimiento de preparación. Se constata la versión anterior del documento (versión 02) de fecha Septiembre de 2012 de 3 años de vigencia elaborado por Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización.				

Nombre del documento 13: Proceso entrega y distribución de material esterilizado con CBR"				
Código: PO-EST-26	Versión: 03	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia:5 años	N° páginas:5
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Javier Pino J., Jefe Centro Responsabilidad de Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
8. Distribución				Si
Breve descripción del documento: En el punto 7, se describe el procedimiento de entrega y distribución del material. Se constata la versión anterior del documento (versión 02) de fecha Septiembre de 2012 de 3 años de vigencia elaborado por Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización.				

Nombre del documento 14: Procedimiento de Control de Proceso de Esterilización				
Código: PO-EST-04	Versión: 04	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia:5 años	N° páginas:12
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Javier Pino J., Jefe Centro Responsabilidad Operaciones Hospital Regional Antofagasta		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
9. Controles del proceso				Si
Breve descripción del documento: Se incluyen los tipos de controles del proceso de esterilización: monitores físicos, químicos y biológicos. Se constata la versión anterior del documento (versión 02) de fecha Septiembre de 2012 de 3 años de vigencia elaborado por Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización.				

Nombre del documento 15: Instructivo: Uso Control Bowie Dick

Código: IT-EST-01	Versión: 01	Fecha: Noviembre 2011	Fecha vigencia:5 años	N° páginas:2
Elaborado y aprobado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización				
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
9. Controles del proceso				Si
Breve descripción del documento: Se consigna el procedimiento de uso e interpretación del Test de Bowie Dick.				
Nombre del documento 16: Instructivo: Uso de Controles Químicos				
Código:IT-EST-01	Versión: 01	Fecha: Noviembre 2011	Fecha vigencia:5 años	N° páginas: 2
Elaborado y aprobado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización				
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
9. Controles del proceso				Si
6.Inspección y Preparación				Si
Breve descripción del documento: Describe el procedimiento de uso, interpretación y viraje de los controles químicos para los métodos de autoclave y Óxido de Etileno. El procedimiento, se relaciona con la inspección, preparación y control del proceso.				

APE 1.3 – Segundo elemento medible: Se han definido al menos 2 indicadores y umbrales de cumplimiento.

Servicio de Esterilización	
Nombre del indicador(1)	Controles Biológicos Rápidos Autoclave de Vapor
Fórmula matemática	(N° de controles biológicos rápidos negativos entregados por período de tiempo/ N° de controles biológicos rápidos realizados en el mismo período de tiempo) x 100
Umbral de cumplimiento:100%	Periodicidad de la evaluación: Mensualmente
Nombre del indicador(2)	Controles Biológicos para Óxido de Etileno
Fórmula matemática	(N° de controles biológicos rápidos negativos de Óxido de Etileno por período de tiempo/ N° de controles biológicos rápidos Óxido de Etileno realizados en el mismo período de tiempo) x 100
Umbral de cumplimiento:100%	Periodicidad de la evaluación: Mensualmente

APE 1.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Esterilización (Indicador 1)						
Nombre documento	Informe del indicador					
Responsable medición	Enfermeras de la Central de Esterilización					
Fuente primaria	Libro de Registros diarios de Controles Biológicos Rápidos realizados en la Central de Esterilización					
Fuente secundaria	Informes mensuales del indicador					
Periodo evaluado	Mayo-octubre 2015					
Metodología de medición	Las enfermeras de esterilización revisan, mensualmente, los registros del Libro de controles biológicos de autoclave realizados en los equipos de esterilización de autoclave de vapor, verificando que el resultado de éstos sea negativo. Se realiza un informe mensual con los resultados.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Esterilización (Indicador 1)						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	44 / 44	54 / 54	38 / 38	35 / 35	36 / 36	52 / 52
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Esterilización (Indicador 1)						
Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de septiembre 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador y los registros**.** Se randomiza para obtener una muestra de 30 registros. Se revisan las 7 primeros, constatando que cumplen el procedimiento institucional. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la Situación 1 de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" del Ord. Circular IP N° 2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Septiembre 2015					
N° Registros primarios que cumplen / N° Registros primários revisados	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: Se revisan los registros primarios de controles biológicos en el "Libro de Controles biológicos Autoclave"						
Servicio de Esterilización (Indicador 2)						
Nombre documento	Informe del indicador					
Responsable medición	Enfermeras de la Central de Esterilización					
Fuente primaria	Libro de Registros diarios de Controles Biológicos OE realizados la Central de Esterilización					
Fuente secundaria	Informes mensuales del indicador					
Periodo evaluado	Mayo-octubre 2015					
Metodología de medición	Las enfermeras de esterilización revisan, mensualmente, los registros del Libro de controles biológicos de Óxido de Etileno (OE) realizados en los equipos de esterilización de OE, verificando que el resultado de éstos sea negativo. Se realiza un informe mensual con los resultados.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Esterilización (Indicador 2)						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	51 / 51	59 / 59	64 / 64	66 / 66	61 / 61	51 / 51
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Esterilización (Indicador 2)						
Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de julio 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador y los registros**.** Se randomiza para obtener una muestra de 30 registros. Se revisan las 7 primeros, constatando que cumplen el procedimiento institucional. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la Situación 1 de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" del Ord. Circular IP N° 2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Julio 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: Se revisan los registros primarios de controles biológicos en el "Libro de Controles biológicos Óxido de Etileno"						

CARACTERÍSTICA APE 1.3 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Servicio de Esterilización (0-1-NA)	Esterilización	1° EM:1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: :≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APE 1.4 / HALLAZGOS

APE 1.4 – Primer elemento medible: Se describe en documento de carácter institucional el procedimiento de almacenamiento de material estéril.

Servicio de Esterilización		
Nombre del documento: Almacenamiento y manejo del material estéril en Unidades Clínicas HRA - Código: PO-EST-01		
N° Resolución:16206 (31 Diciembre 2013)	Versión: 03	Fecha: Diciembre 2013
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: Diciembre 2016	N° páginas:13
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Supervisora Central de Esterilización	Aprobado por: Juan Mattatall Lankin, Director Hospital Regional Antofagasta	
Describe (Si/No)	Procedimiento de almacenamiento de material estéril: Si	

Breve descripción del contenido del documento: En la página 6 se consignan las definiciones normativas de la duración del material estéril en Unidades Clínicas y Esterilización; especificando el "Tipo de empaque", "1 envoltorio" y "Doble envoltorio" para una serie de bultos con distintos empaques, entre otros: Papel grado médico mixto bilaminado, papel crepado grado médico, cajas metálicas multiperforadas y plástico.

En el punto 7 "Descripción del proceso" se describen los procedimientos en la unidad de esterilización y los responsables de su ejecución. Entre otros aspectos normativos, se establece:
-Lavado de manos
-Revisar los artículos antes de guardarlos en los armarios y verificar: empaques indemnes, etiquetas con fechas, controles virados y materiales secos.
-Siempre entregar lo que se esteriliza primero, verificando siempre las fechas

En el alcance se indica que el procedimiento se aplica a todas las unidades clínicas del Hospital.

En el punto 3 "Responsabilidades", se especifican éstas para:
-El Técnico Paramédico y/o Auxiliar de la Central de Esterilización, Técnico Paramédico y Arsenaleras de Pabellones, Técnico Paramédico de Unidades Clínicas: Responsables de resguardar la integridad de los bultos
-La Enfermera, Matrona, Médico, Odontólogo y Supervisora de Unidades Clínicas: Responsables de supervisar y evaluar el adecuado manejo del material.
-La Enfermera de Esterilización: Responsable de evaluar su cumplimiento.

En el Anexo 1 se incluye el formato de la Pauta de Supervisión con los siguientes criterios:

1. El material estéril está almacenado en área seca, alejado de humedad y libre de polvo
2. El material estéril está guardado en sitio exclusivo para este fin
3. Los envoltorios y las etiquetas están indemnes
4. El material estéril se encuentra vigente.

Se constata documento en los siguientes puntos de verificación						
Esterilización	PQ	Cirugía	UPC Ad	UPC Neo	UPC Ped	Obst-gine
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimento:
- Central de Esterilización: Se constata el documento. Cumple.
- Pabellón Quirúrgico Central, Coronario y Gine-Obst.: Se constata el documento. Cumplen.
- Cirugía, Bloque Quirúrgico y Pensionado Cirugía: Se constata el documento. Cumplen.
- UPC Ad., UCI Coronaria y UTIMQ: Se constata el documento. Cumplen.
- UPC Neo: Se constata el documento. Cumple.
- UPC Ped: Se constata el documento. Cumple.
- Obst-gine: Se constata el documento. Cumple.

APE 1.4 – Segundo elemento medible: Se han definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Esterilización	
Nombre del indicador	Indicador Supervisión de Almacenamiento de Material Estéril
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de material estéril por unidad/ N° total de áreas de almacenamiento de material estéril por unidad) x 100
Umbral de cumplimiento:100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
PQ (Central - Coronario - Gine-Obst)	
Nombre del indicador	Indicador Supervisión de Almacenamiento de Material Estéril
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de material estéril por unidad/ N° total de áreas de almacenamiento de material estéril por unidad) x 100
Umbral de cumplimiento:100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Cirugía –Bloque Quirúrgico –Pensionado Cirugía	
Nombre del indicador	Indicador Supervisión de Almacenamiento de Material Estéril
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de material estéril por unidad/ N° total de áreas de almacenamiento de material estéril por unidad) x 100
Umbral de cumplimiento:100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Adulto – UCI Coronaria – UTIMQ	
Nombre del indicador	Indicador Supervisión de Almacenamiento de Material Estéril
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de material estéril por unidad/ N° total de áreas de almacenamiento de material estéril por unidad) x 100
Umbral de cumplimiento:100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Neo	
Nombre del indicador	Indicador Supervisión de Almacenamiento de Material Estéril
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de material estéril por unidad/ N° total de áreas de almacenamiento de material estéril por unidad) x 100
Umbral de cumplimiento:100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Ped	
Nombre del indicador	Indicador Supervisión de Almacenamiento de Material Estéril
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de material estéril por unidad/ N° total de áreas de almacenamiento de material estéril por unidad) x 100
Umbral de cumplimiento:100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Obst- gine	
Nombre del indicador	Indicador Supervisión de Almacenamiento de Material Estéril
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de material estéril por unidad/ N° total de áreas de almacenamiento de material estéril por unidad) x 100
Umbral de cumplimiento:100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

APE 1.4 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Esterilización	
Nombre documento	Programa Supervisión Manejo de Materiales Estériles en Unidades Clínicas del Hospital Regional Antofagasta
Responsable medición	Enfermera Jefe Central de Esterilización
Fuente primaria	Pautas de supervisión de almacenamiento de material estéril
Fuente secundaria	Informes del indicador
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	La enfermera jefe de Esterilización establece un calendario mensual para que las enfermeras y matronas supervisoras apliquen pautas de supervisión, en modalidad cruzada, en las distintas unidades clínicas y en la Central de Esterilización. Mensualmente, se aplica una o más pautas de supervisión "Manejo de material estéril", en la cual se consigna el cumplimiento o incumplimiento de cada uno de los 4 criterios de la pauta, la fecha de aplicación, el % de cumplimiento y un campo libre de "observaciones", donde las distintas supervisoras que la aplican, registran su firma y timbre. El % de cumplimiento se obtiene de la contabilización del número de criterios de calidad que se cumplen en cada pauta. Si se cumplen todos (4) se obtiene un 100% de cumplimiento. La enfermera de esterilización elabora un informe mensual que incluye todos los servicios clínicos y esterilización. En la primera parte, se consignan los servicios que tienen un cumplimiento del 100%. En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos detallados para cada servicio clínico; no se consignan %.
PQ (Central - Coronario - Gine-Obst)	
Nombre documento	Programa Supervisión Manejo de Materiales Estériles en Unidades Clínicas del Hospital Regional Antofagasta
Responsable medición	Enfermera Jefe Central de Esterilización
Fuente primaria	Pautas de supervisión de almacenamiento de material estéril
Fuente secundaria	Informes del indicador
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	La enfermera jefe de Esterilización establece un calendario mensual para que las enfermeras y matronas supervisoras apliquen pautas de supervisión, en modalidad cruzada, en las distintas unidades clínicas y en la Central de Esterilización. Mensualmente, se aplica una o más pautas de supervisión "Manejo de material estéril", en la cual se consigna el cumplimiento o incumplimiento de cada uno de los 4 criterios de la pauta, la fecha de aplicación, el % de cumplimiento y un campo libre de "observaciones", donde las distintas supervisoras que la aplican, registran su firma y timbre. El % de cumplimiento se obtiene de la contabilización del número de criterios de calidad que se cumplen en

	cada pauta. Si se cumplen todos (4), se obtiene un 100% de cumplimiento. La enfermera de esterilización elabora un informe que incluye todos los servicios clínicos y esterilización. En la primera parte, se consignan los servicios que tienen un cumplimiento del 100%. En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos detallados para cada servicio clínico; no se consignan %. El servicio clínico recibe un informe mensual.
Cirugía –Bloque Quirúrgico –Pensionado Cirugía	
Nombre documento	Programa Supervisión Manejo de Materiales Estériles en Unidades Clínicas del Hospital Regional Antofagasta
Responsable medición	Enfermera Jefe Central de Esterilización
Fuente primaria	Pautas de supervisión de almacenamiento de material estéril
Fuente secundaria	Informes del indicador
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	La enfermera jefe de Esterilización establece un calendario mensual para que las enfermeras y matronas supervisoras apliquen pautas de supervisión, en modalidad cruzada, en las distintas unidades clínicas y en la Central de Esterilización. Mensualmente, se aplica una o más pautas de supervisión "Manejo de material estéril", en la cual se consigna el cumplimiento o incumplimiento de cada uno de los 4 criterios de la pauta, la fecha de aplicación, el % de cumplimiento y un campo libre de "observaciones", donde las distintas supervisoras que la aplican, registran su firma y timbre. El % de cumplimiento se obtiene de la contabilización del número de criterios de calidad que se cumplen en cada pauta. Si se cumplen todos (4), se obtiene un 100% de cumplimiento. La enfermera de esterilización elabora un informe que incluye todos los servicios clínicos y esterilización. En la primera parte, se consignan los servicios que tienen un cumplimiento del 100%. En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos detallados para cada servicio clínico; no se consignan %. El servicio clínico recibe un informe mensual.
UPC Adulto – UCI Coronaria - UTIMQ UPC Adulto	
Nombre documento	Programa Supervisión Manejo de Materiales Estériles en Unidades Clínicas del Hospital Regional Antofagasta
Responsable medición	Enfermera Jefe Central de Esterilización
Fuente primaria	Pautas de supervisión de almacenamiento de material estéril
Fuente secundaria	Informes del indicador
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	La enfermera jefe de Esterilización establece un calendario mensual para que las enfermeras y matronas supervisoras apliquen pautas de supervisión, en modalidad cruzada, en las distintas unidades clínicas y en la Central de Esterilización. Mensualmente, se aplica una o más pautas de supervisión "Manejo de material estéril", en la cual se consigna el cumplimiento o incumplimiento de cada uno de los 4 criterios de la pauta, la fecha de aplicación, el % de cumplimiento y un campo libre de "observaciones", donde las distintas supervisoras que la aplican, registran su firma y timbre. El % de cumplimiento se obtiene de la contabilización del número de criterios de calidad que se cumplen en cada pauta. Si se cumplen todos (4), se obtiene un 100% de cumplimiento. La enfermera de esterilización elabora un informe que incluye todos los servicios clínicos y esterilización. En la primera parte, se consignan los servicios que tienen un cumplimiento del 100%. En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos detallados para cada servicio clínico; no se consignan %. El servicio clínico recibe un informe mensual.
UPC Neo	
Nombre documento	Programa Supervisión Manejo de Materiales Estériles en Unidades Clínicas del Hospital Regional Antofagasta
Responsable medición	Enfermera Jefe Central de Esterilización
Fuente primaria	Pautas de supervisión de almacenamiento de material estéril
Fuente secundaria	Informes del indicador
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	La enfermera jefe de Esterilización establece un calendario mensual para que las enfermeras y matronas supervisoras apliquen pautas de supervisión, en modalidad cruzada, en las distintas unidades clínicas y en la Central de Esterilización. Mensualmente, se aplica una o más pautas de supervisión "Manejo de material estéril", en la cual se consigna el cumplimiento o incumplimiento de cada uno de los 4 criterios de la pauta, la fecha de aplicación, el % de cumplimiento y un campo libre de "observaciones", donde las distintas supervisoras que la aplican, registran su firma y timbre. El % de cumplimiento se obtiene de la contabilización del número de criterios de calidad que se cumplen en cada pauta. Si se cumplen todos (4), se obtiene un 100% de cumplimiento. La enfermera de esterilización elabora un informe que incluye todos los servicios clínicos y esterilización. En la primera parte, se consignan los servicios que tienen un cumplimiento del 100%. En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos detallados para cada servicio clínico; no se consignan %. El servicio clínico recibe un informe mensual.
UPC Ped	
Nombre documento	Programa Supervisión Manejo de Materiales Estériles en Unidades Clínicas del Hospital Regional Antofagasta
Responsable medición	Enfermera Jefe Central de Esterilización
Fuente primaria	Pautas de supervisión de almacenamiento de material estéril
Fuente secundaria	Informes del indicador
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	La enfermera jefe de Esterilización establece un calendario mensual para que las enfermeras y matronas supervisoras apliquen pautas de supervisión, en modalidad cruzada, en las distintas

	unidades clínicas y en la Central de Esterilización. Mensualmente, se aplica una o más pautas de supervisión "Manejo de material estéril", en la cual se consigna el cumplimiento o incumplimiento de cada uno de los 4 criterios de la pauta, la fecha de aplicación, el % de cumplimiento y un campo libre de "observaciones", donde las distintas supervisoras que la aplican, registran su firma y timbre. El % de cumplimiento se obtiene de la contabilización del número de criterios de calidad que se cumplen en cada pauta. Si se cumplen todos (4), se obtiene un 100% de cumplimiento. La enfermera de esterilización elabora un informe que incluye todos los servicios clínicos y esterilización. En la primera parte, se consignan los servicios que tienen un cumplimiento del 100%. En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos detallados para cada servicio clínico; no se consignan %. El servicio clínico recibe un informe mensual.
Obst- gine	
Nombre documento	Programa Supervisión Manejo de Materiales Estériles en Unidades Clínicas del Hospital Regional Antofagasta
Responsable medición	Enfermera Jefe Central de Esterilización
Fuente primaria	Pautas de supervisión de almacenamiento de material estéril
Fuente secundaria	Informes del indicador
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	La enfermera jefe de Esterilización establece un calendario mensual para que las enfermeras y matronas supervisoras apliquen pautas de supervisión, en modalidad cruzada, en las distintas unidades clínicas y en la Central de Esterilización. Mensualmente, se aplica una o más pautas de supervisión "Manejo de material estéril", en la cual se consigna el cumplimiento o incumplimiento de cada uno de los 4 criterios de la pauta, la fecha de aplicación, el % de cumplimiento y un campo libre de "observaciones", donde las distintas supervisoras que la aplican, registran su firma y timbre. El % de cumplimiento se obtiene de la contabilización del número de criterios de calidad que se cumplen en cada pauta. Si se cumplen todos (4), se obtiene un 100% de cumplimiento. La enfermera de esterilización elabora un informe que incluye todos los servicios clínicos y esterilización. En la primera parte, se consignan los servicios que tienen un cumplimiento del 100%. En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos detallados para cada servicio clínico; no se consignan %. El servicio clínico recibe un informe mensual.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Servicio de Esterilización

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	8	8	4	4	4	2
N° Total Pautas	8	8	4	4	4	4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	50%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Servicio de Esterilización

Describir constatación: Se constatan todas las pautas aplicadas y los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión (incluida la Central de Esterilización), consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100%; de acuerdo a la metodología definida para la elaboración del indicador, implica que se cumplen todos los criterios de cada pauta, que son 4. En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos para cada servicio clínico; no se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Hay consistencia entre los resultados reportados y los registros consignados en los registros primarios. Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	8	8	4	4	4	2
	8	8	4	4	4	4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	50%

Observaciones: Dado que la enfermera de esterilización es quien elabora el indicador mensual y envía los informes a todos los servicios clínicos que componen los diferentes puntos de verificación de la característica, la evaluadora, para formarse la convicción de la validez de los resultados informados, solicita acceder a los registros primarios. La enfermera explica la metodología y presenta los registros primarios de los distintos servicios clínicos seleccionados al azar por la evaluadora. Se constata que los registros primarios son los formularios de la pauta de supervisión "Manejo de material estéril en unidades clínicas", la cual consigna el cumplimiento o incumplimiento de cada uno de los 4 criterios de la pauta, la fecha de aplicación, el % de cumplimiento y un campo libre de "observaciones", donde las distintas supervisoras que aplican la pauta (según calendario definido en el programa), registran su firma y timbre. Los registros de las pautas aplicadas a los distintos servicios clínicos en el período mayo-octubre 2015, que se utilizan para la elaboración de los indicadores y resultados presentados en los distintos puntos de verificación, están en la oficina de la enfermera jefe de esterilización y es posible verificarlos. La evaluadora se forma la convicción que los registros son confiables.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ Central

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	1	3	4	4	4	4
	4	4	4	4	4	4
% Cumplimiento	25%	75%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ Central

Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la

primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100% (eso significa que se cumplen todos los criterios de cada pauta que son 4). En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos para cada servicio clínico; no se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.

Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ Coronario						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	4 4	4 4	4 4	4 4	2 4	4 4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	50%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ Coronario

Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100% (eso significa que se cumplen todos los criterios de cada pauta que son 4). En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos para cada servicio clínico; no se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.

Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ Gine-Obst						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ Gine-Obst

Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100%; de acuerdo a la metodología definida para la elaboración del indicador, implica que se cumplen todos los criterios de cada pauta, que son 4. No se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.

Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Cirugía						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	8 8	4 8	5 8	8 8	8 8	6 8
% Cumplimiento	100%	50%	62,5%	100%	100%	75%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Cirugía

Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100% (eso significa que se cumplen todos los criterios de cada pauta que son 4). En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos para cada servicio clínico; no se consignan %, la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. En este punto de verificación se aplican pautas en dos sectores del servicio: "Hombres" y "Mujeres". Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.

Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Bloque Quirúrgico						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Bloque Quirúrgico

Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100%; de acuerdo a la metodología definida para la elaboración del

indicador, implica que se cumplen todos los criterios de cada pauta, que son 4. No se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.

Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Pensionado Cirugía						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Pensionado Cirugía

Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100%; de acuerdo a la metodología definida para la elaboración del indicador, implica que se cumplen todos los criterios de cada pauta, que son 4. No se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.

Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad

Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100%; de acuerdo a la metodología definida para la elaboración del indicador, implica que se cumplen todos los criterios de cada pauta, que son 4. No se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.

Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UCI Coronaria						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UCI Coronaria

Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100%; de acuerdo a la metodología definida para la elaboración del indicador, implica que se cumplen todos los criterios de cada pauta, que son 4. No se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.

Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UTIMQ						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	8 8	5 8	8 8	8 8	7 8	6 8
% Cumplimiento	100%	62,5%	100%	100%	87,5%	75%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UTIMQ

Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100% (eso significa que se cumplen todos los criterios de cada pauta que son 4). En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos para cada servicio clínico; no se consignan %, la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. En este punto de verificación se aplican pautas en dos sectores del servicio: "TIM" y "SAIQ". Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.

Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Neo						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Neo						
Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100%; de acuerdo a la metodología definida para la elaboración del indicador, implica que se cumplen todos los criterios de cada pauta, que son 4. No se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.						
Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ped						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ped						
Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100%; de acuerdo a la metodología definida para la elaboración del indicador, implica que se cumplen todos los criterios de cada pauta, que son 4. No se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.						
Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.						

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Obst –Gine						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Obst-Gine						
Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100%; de acuerdo a la metodología definida para la elaboración del indicador, implica que se cumplen todos los criterios de cada pauta, que son 4. No se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.						
Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.						

APE 1.4 – Cuarto elemento medible: Se constata en terreno almacenamiento de material estéril de acuerdo a norma local que considera las orientaciones del MINSAL.

Constatación en Servicio de Esterilización: Se realiza visita a la bodega de almacenamiento de la Central de Esterilización. Se constata que los materiales se almacenan respetando la norma local que considera las orientaciones del MINSAL, relativas a mantener los bultos en estanterías limpias, a más de 30 cms., del suelo y 100 cms., del cielo; y que el personal se lava y seca las manos antes de manipular los bultos esterilizados. Se revisan, al azar, en las diferentes estanterías, los bultos almacenados, constatando la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se da por cumplido el elemento medible.
Constatación en PQ Central: Se realiza visita a la bodega de almacenamiento de material estéril re-procesado y al área de almacenamiento de insumos estériles almacenados en máquinas dispensadoras, en las dependencias de Pabellón Quirúrgico. Se revisan, al azar, en las diferentes estanterías, cajas quirúrgicas y materiales varios, constatando la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional basado en las normas del Minsal. Se da por cumplido el hecho medible.
Constatación en PQ Coronario: Se realiza visita a las dependencias del pabellón y a la bodega de almacenamiento de material estéril. Se revisan, al azar, en las diferentes estanterías, bultos estériles varios, constatando la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se revisan los materiales estériles mantenidos en un carro de perfusión, al interior de la sala de operaciones, constatando que

dos insumos esterilizados industrialmente, mantenidos dentro de los cajones del carro, no tienen fecha de esterilización ni de expiración. Se da por no cumplido el hecho medible.
Constatación en PQ Gine-Obst: Se verifica el almacenamiento de material estéril visitando la bodega de material estéril existentes en dependencias de Pabellón Quirúrgico. Se revisan, al azar, en las diferentes estanterías, cajas quirúrgicas y materiales varios, constatando la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata que no se cumplen las disposiciones relativas a mantener los bultos en estanterías a más de 30 cms., del suelo en los dispensadores de insumos estériles. Se verifica que se mantienen insumos estériles almacenados en la última bandeja inferior de las máquinas dispensadoras con sistema informático de control de acceso. Se da por no cumplido el hecho medible.
Constatación en Cirugía: Se realiza visita a las dependencias de la unidad clínica, en los sectores de hombres y mujeres. Se revisan, al azar, en los diferentes lugares de almacenamiento de material estéril, distintos materiales de uso clínico: la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata en el sector de cirugía mujeres, en un carro de paro, donde se almacenan insumos estériles, el uso de elásticos para amarrar lotes de insumos estériles empaquetados en envoltorios bilaminados. Se da por no cumplido el hecho medible.
Constatación en Bloque Quirúrgico: Se realiza visita a las dependencias de la unidad clínica. Se revisan, al azar, en los diferentes lugares de almacenamiento de material estéril, distintos materiales de uso clínico: la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata, en un carro de medicamentos, donde se almacenan insumos estériles, el uso de elásticos para amarrar lotes de insumos estériles empaquetados en envoltorios bilaminados. Se da por no cumplido el hecho medible.
Constatación en Pensionado Cirugía: Se realiza visita a las dependencias de la unidad clínica. Se revisan, al azar, en las diferentes estanterías de la estación de enfermería y en el carro de paro distintos bultos estériles, constatando la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional basado en las normas del Minsal. Se da por cumplido el hecho medible.
Constatación en UPC Ad: Se realiza visita a las dependencias de la UPC Ad. Se revisan, al azar, en las diferentes estanterías y carro de paro distintos bultos estériles, constatando la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional basado en las normas del Minsal. Se da por cumplido el hecho medible.
Constatación en UCI Coronaria: Se realiza visita a las dependencias de la unidad clínica. Se revisan, al azar, en las diferentes estanterías de la estación de enfermería y en el carro de paro distintos bultos estériles, constatando la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional basado en las normas del Minsal. Se da por cumplido el hecho medible.
Constatación en UTIMQ: Se realiza visita a las dependencias de la unidad clínica. Se revisan, al azar, en las diferentes estanterías de la estación de enfermería y en el carro de paro distintos bultos estériles, constatando la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional basado en las normas del Minsal. Se da por cumplido el hecho medible.
Constatación en UPC Neo: Se realiza visita a las dependencias de la unidad clínica. Se revisan, al azar, en los diferentes lugares de almacenamiento de material estéril, distintos materiales de uso clínico: la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata, el uso de elásticos para amarrar lotes de insumos estériles empaquetados en envoltorios bilaminados. Se da por no cumplido el hecho medible.
Constatación en UPC Pediatría: Se realiza visita a las dependencias de la unidad clínica. Se revisan, al azar, en las diferentes estanterías de la estación de enfermería distintos bultos estériles, constatando la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional basado en las normas del Minsal. Se da por cumplido el hecho medible.
Constatación en Obst-gine: Se realiza visita a las dependencias de la unidad clínica. Se revisan, al azar, en las diferentes estanterías de la estación de enfermería distintos bultos estériles, constatando la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional basado en las normas del Minsal. Se da por cumplido el hecho medible.
Observaciones:

CARACTERÍSTICA APE 1.4/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Esterilización	PQ	Cirugía	UPC Ad	UPC Neo	UPC Ped	Obst-gine
Primer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1
Segundo elemento medible	1	1	1	1	1	1	1
Tercer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1
Cuarto elemento medible	1	0	0	1	0	1	1
Umbral de la característica: ≥75%	Puntaje total: 25/28		Porcentaje obtenido: 89%			Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA APE 1.5 / HALLAZGOS

APE 1.5 – Primer elemento medible: Se describe en un documento elaborado por el Servicio de Esterilización** el procedimiento de desinfección de alto nivel.

Servicio de Esterilización (o Comité de IIH en caso de Servicio de Esterilización externalizado)				
Nombre del documento: Procedimiento: Desinfección de Alto Nivel (DAN)				
Código: PO-EST-27	Versión: 01	Fecha: Noviembre 2013	Fecha vigencia: Noviembre 2016	N° páginas:21

Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización	Aprobado por: Paola Rojas L., Jefe Centro Responsabilidad Operaciones
Describe explícitamente (Si/No)	Procedimiento de desinfección de alto nivel: Si
Breve descripción del contenido del documento: En el alcance se indica que el procedimiento aplica al área de DAN de la Unidad de Endoscopía del Hospital Regional de Antofagasta. En el punto 4 se incluyen las definiciones y los aspectos generales del procedimiento de DAN. Se explicita que el procedimiento se aplica en los siguientes instrumentos: broncoscopios, endoscopios, duodenoscopios, colonoscopios, otoscopios, rinoscopios, transductor esofágico, electrodos vaginales de estimulación y cistoscopios. En las referencias se explicitan las Normas Técnicas sobre Esterilización y Desinfección de elementos clínicos y Manual para su aplicación. Minsal 2001; como también, el Instructivo de Manejo de Orthoftalaldehido de la empresa Johnson y Johnson En el punto 7 "Descripción del proceso", se incluyen entre otros aspectos: La enumeración de las etapas del proceso, la preparación del Orthoftalaldehido (OPA), el procedimiento y el responsable de su ejecución; la preparación del detergente enzimático, el procedimiento y el responsable de su aplicación; la monitorización del OPA, el procedimiento y el responsable de su ejecución; el procedimiento de lavado de los endoscopios y el responsable de su ejecución, el procedimiento de DAN, el objetivo, el equipo, enjuague y el responsable de su aplicación. Adicionalmente, se consigna el procedimiento de almacenamiento, los documentos asociados y archivo. En el Anexo 1 se incluye el formato de la "Pauta Supervisión DAN" En los Anexos 2 y 3 se incluyen matrices de indicadores (1 y 2) Se da por cumplido el elemento medible.	

APE 1.5 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Esterilización* (Sala de DAN)	
Nombre del indicador	% de controles de test de efectividad de Orthoftalaldehido (OPA) aprobados según procedimiento.
Fórmula matemática	N° de controles de test de efectividad del OPA aprobados en un mes calendario/ N° total de controles de test de efectividad del OPA realizados en un mes calendario.
Umbral de cumplimiento: 100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

APE 1.5 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Esterilización* (Sala de DAN)						
Nombre documento	Informe Test de Efectividad OPA Año 2015					
Responsable medición	Enfermeras de la Central de Esterilización					
Fuente primaria	Registros en el Libro Test OPA ubicado en la sala de DAN en la Unidad de Endoscopías.					
Fuente secundaria	Informes Test de Efectividad OPA Año 2015					
Periodo evaluado	Mayo –Octubre 2015					
Metodología de medición	Los técnicos paramédicos de la sala de DAN en la Unidad de Endoscopías registran en el Libro "Registros Test OPA" los datos definidos y pegan la tira de control químico de efectividad que aplican a la solución de OPA vigente al inicio de cada jornada diaria. La enfermera de esterilización chequea los registros y elabora los indicadores, verificando el procedimiento definido de aplicación de las tiras químicas reactivas a la solución OPA. Se considera cumplido el procedimiento si se aplica y se consigna el registro en el libro correspondiente.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Servicio de Esterilización						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	76	84	88	98	58	69
N° Total Pautas	76	84	88	98	58	69
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Servicio de Esterilización						
Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de junio 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador y los registros. Se randomiza para obtener una muestra de 30 registros del Libro "Registros Test OPA" ubicado en la sala de DAN de endoscopías, recinto supervisado por la enfermera de esterilización. Se revisan los 7 primeros, constatando que cumplen el procedimiento institucional. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la Situación 1 de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" del Ord. Circular IP N° 2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Junio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA APE 1.5 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Servicio de Esterilización (0-1-NA)	Servicio de Esterilización	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: :≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

SERVICIOS DE APOYO – UNIDAD DE DIÁLISIS (APD)

CARACTERÍSTICA APD 1.1 / HALLAZGOS

APD 1.1 – Primer elemento medible: Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia
Prestador al que compra: Prestador declara no realizar compras a terceros.

CARACTERÍSTICA APD 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: NA	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: NA	Porcentaje obtenido: NA	Cumple: NA

CARACTERÍSTICA APD 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

APD 1.2– Primer elemento medible: Se describe en documentos elaborados por la Unidad de Diálisis.

Unidad de Diálisis				
Nombre del documento 1:Procedimiento: "Conexión y desconexión de paciente a máquina de Hemodiálisis"				
Código: PO-APD-11	Versión: 0	Fecha: Abril 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas:16
Elaborado por: Ana Bacarrezza R, Enfermera Supervisora Unidad de Diálisis		Aprobado por: Dra. Tania Troya Celi, Médico Unidad Diálisis		
Nombre del documento 2: Procedimiento: " Cuidado de Enfermería durante la Hemodiálisis"				
Código: PO-APD-08	Versión: 01	Fecha: Agosto 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas:11
Elaborado por: Ana Bacarrezza R, Enfermera Supervisora Unidad de Diálisis		Aprobado por: Dra. Ruth Solís Voisan, Médico Jefe Unidad de Diálisis		
Nombre del documento 3: Procedimiento: " Manejo de Filtros y líneas arterial –venosa para Hemodiálisis"				
Código: PO-APD-05	Versión:01	Fecha: Junio 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas:8
Elaborado por: Ana Bacarrezza R, Enfermera Supervisora Unidad de Diálisis		Aprobado por: Dra. Ruth Solís Voisan, Médico Jefe Unidad de Diálisis		
Nombre del documento 4: Procedimiento: " Sistema estandarizado de registros de los procedimientos de hemodiálisis"				
Código: PO-APD-06	Versión:3	Fecha: Octubre 2014	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 9
Elaborado por: Ana Bacarrezza R, Enfermera Supervisora Unidad de Diálisis		Aprobado por: Dra. Ruth Solís Voisan, Médico Jefe Unidad de Diálisis		
Nombre del documento 5: Procedimiento: " Norma de ingreso a la Unidad de Hemodiálisis"				
Código: PO-APD-01	Versión: 01	Fecha: Agosto 2014	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas:11
Elaborado por: Ana Bacarrezza R, Enfermera Supervisora Unidad de Diálisis		Aprobado por: Dra. Ruth Solís Voisan, Jefe Técnico Unidad de Diálisis		

El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)			
1. Procedimiento de hemodiálisis	Si	2. Procedimiento de peritoneo diálisis	N/A
3. Sistema estandarizado de registros de los procedimientos de hemodiálisis	Si	4. Se han definido los responsables de su aplicación	Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento 1 denominado Procedimiento: "Conexión y desconexión de paciente a máquina de Hemodiálisis", describe en el punto 1 denominado "Objetivo", un objetivo orientado a: "Realizar conexión y desconexión del paciente a máquina de Diálisis según normas de procedimiento de la unidad, brindando seguridad al usuario". El cual aplica a "Todos los Enfermeros especializados en Diálisis que deban conectar y desconectar a pacientes con Diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda y/o Crónica con Indicación Médica de Hemodiálisis". En el punto 3 denominado "Responsabilidad", describe de forma explícita, la Enfermera Clínica, es quien ejecuta el procedimiento según normas establecidas y el Técnico Paramédico prepara las máquinas, filtros y líneas a usar en la conexión y colabora durante la conexión y desconexión para mantener la técnica aséptica. Describe las etapas de conexión y desconexión y las acciones a realizar de forma secuencial. Incluye en el Anexo 1: "Pauta de supervisión conexión de pacientes con catéter a máquina Hemodiálisis", Anexo 2: "Pauta de supervisión desconexión del pacientes con catéter a máquina de Hemodiálisis" y Anexo 3: "Indicador".

Documento 2 actualizado, denominado Procedimiento: "Cuidado de Enfermería durante la Hemodiálisis", describe en el punto 1 denominado "Objetivo", el objetivo orientado a: "Proporcionar Cuidados de Enfermería seguros y oportunos en forma integral al paciente sometido a procedimiento de Hemodiálisis". El cual aplica a todo paciente en proceso de Hemodiálisis. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe por estamento las acciones a realizar, la Enfermera Supervisora es la encargada de supervisar el proceso de cuidados de enfermería, educar al paciente y familia y evaluar. La Enfermera Clínica es quien ejecute el proceso de atención. Incluye acciones a realizar por el Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio. En el punto 7 denominado "Descripción del proceso", describe las etapas a cumplir durante la Hemodiálisis y los protocolos a seguir, incluye manejo de las complicaciones, paro, reforzamiento de autocuidado, administrar medicamentos, toma de muestras para exámenes y manejo de accesos. En el punto 9 denominado "Anexos", incluye el registro, "Hoja de Unidad de Diálisis, Hoja de Vigilancia Reacciones adversas y Protocolo reacciones adversas".
Prestador presenta Documento versión anterior del 22 de Agosto 2012, denominado Procedimiento: "Cuidado de Enfermería durante la Hemodiálisis".

Documento 3 actualizado, denominado "Procedimiento: "Manejo de Filtros y líneas arterial –venosa para Hemodiálisis", contiene el Objetivo, que está orientado a "Evitar infecciones cruzadas y reacciones alérgicas (Síndrome del primer uso) en los pacientes". El cual, aplica a todo el personal de la Unidad de Diálisis. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe por estamento las responsabilidades de Enfermera Supervisora, es responsable del proceso, capacita, supervisa y evalúa el procedimiento realizado, la Enfermera Clínica es quien supervisa cumplimiento de los procesos, el Técnico Paramédico, ejecuta el procedimiento según Protocolo existente en la Unidad y Auxiliar de Servicio realiza el aseo y elimina el material contaminado según normas existentes. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", contiene los siguientes Ítem; Manejo de Filtros y líneas,

Eliminación de filtros y líneas y Preparación de filtro que ha sido utilizado. En el punto 9 denominado "Anexos" incluye el registro a utilizar, "Registro en libro de reuso de Filtros".
Prestador presenta Documento versión anterior del 22 de Agosto 2012, denominado "Procedimiento: "Manejo de capilares y líneas arterial –venosa en hemodiálisis".

Documento 4 denominado Procedimiento: " Sistema estandarizado de registros de los procedimientos de hemodiálisis", describe en el punto 1 denominado "Objetivo" un objetivo que es: " Estandarizar los registros de procedimiento de Hemodiálisis realizados a los pacientes atendidos en la Unidad de Diálisis del Hospital Regional de Antofagasta" , aplica a todo paciente que reciba tratamiento de diálisis crónica en la Unidad de Diálisis y describe de forma explícita en el punto 3 denominado " Responsabilidades", Enfermera Clínica, es quien realiza los registros de enfermería. En el punto 4 denominado "Definiciones" describe de forma explícita que el documento de registro es la Hoja de Unidad de Diálisis de cada paciente, donde se registra el procedimiento de diálisis, los problemas desde la última diálisis y las complicaciones durante el procedimiento. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", incluye los requisitos generales del registro clínico y la definición de responsables y los contenidos mínimos del registro. En el punto 9 denominado "Anexos", incluye Indicador: Registros del Procedimiento de Diálisis, Hoja de Unidad de Diálisis y Pauta de Supervisión de Registro de Hoja de Unidad de Diálisis.

Documento 5 denominado "Procedimiento: "Norma de ingreso a la Unidad de Hemodiálisis", describe en el punto 1 denominado "Objetivo" un objetivo orientado a: "Unificar criterios de ingreso a la Unidad de Hemodiálisis con los requisitos necesarios, para un tratamiento oportuno, seguro y eficaz". Describe en el punto 3 denominado "Responsabilidad", de cada estamento y su responsabilidad en el proceso, siendo el Médico el responsable del Diagnóstico e Indicación del proceso dialítico, Interconsulta para catéter, Cupo, Informe Proceso diagnóstico, Tratamiento farmacológico y Evaluación periódica. En el caso de la Enfermera Clínica, es quien verifica el acceso, la permeabilidad, el control de rayos, la presencia de marcadores virales y realiza los registros correspondientes. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", contiene flujo del paciente según área de ingreso hasta lugar de realización del procedimiento. En el punto denominado "Anexos", incluye indicador, consentimiento informado e Informe de Proceso diagnóstico.

APD 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Diálisis	
Nombre del indicador	Porcentaje de hojas de Unidad de Diálisis que cumplen con los registros completos según procedimiento
Fórmula matemática	N° de Registros con datos completos según procedimiento x 100 N° Total de registros evaluados en un mes
Umbral de cumplimiento: 95%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

APD 1.2 – Tercer elemento medible: Verifica constancia de evaluación periódica.

Unidad de Diálisis						
Nombre documento	Informe evaluación periódica de indicador					
Responsable medición	Supervisora de la unidad de Diálisis					
Fuente primaria	Hoja de Diálisis de paciente					
Fuente secundaria	Pauta de supervisión registros hoja unidad de paciente					
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015					
Metodología de medición	Aplica una pauta de supervisión cada día, realiza selección aleatoria de una de las 12 máquinas de diálisis de la unidad. Aplica pauta de cotejo a la planilla de registro del procedimiento, dándose por cumplido en caso que se encuentren presentes todos los parámetros establecidos para el procedimiento. Aplica un número de 20 pautas mensuales determinado por el Dpto. de Calidad.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Unidad de Diálisis						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	16	16	16	17	16	17
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	80%	80%	80%	85%	80%	85%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Diálisis						
Describir constatación: Se selecciona, de forma aleatoria el mes de Agosto 2015, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. Se revisan las 20 pautas de cotejo de la planilla de supervisión. Se constata consistencia en lo declarado por el prestador y los registros revisados, constatando 17 pautas que cumplen y 3 que no cumplen con los criterios establecidos en el indicador (17/20= 85%). Se da por cumplido el elemento medible.						
Mes /Año	Agosto 2015					
N° Pautas cumplidas /	17					
N° Total Pautas	20					
% Cumplimiento	85%					
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA APD 1.2 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Diálisis	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APD 1.3 / HALLAZGOS

APD 1.3– Primer elemento medible: Se describe en documentos elaborados por la Unidad de Diálisis

Unidad de Diálisis				
Nombre del documento 1:Procedimiento :" Manejo de pacientes Portadores Hepatitis B-C-VIH"				
Código : PO-UHD-10	Versión:01	Fecha: Diciembre 2012	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas:9
Elaborado por: EU. Ana Bacarrezza R, Enfermera Supervisora Unidad Diálisis		Aprobado por: Dra. Ruth Solís Voisan, Médico Jefe Unidad de Diálisis		
Nombre del documento 2: Procedimiento: " Reutilización de capilares y líneas Arterio-venosas"				
Código: PO-APD-03	Versión: 01	Fecha: Agosto 2014	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 10
Elaborado por: EU. Ana Bacarrezza R, Enfermera Supervisora Unidad Diálisis		Aprobado por: Dra. Ruth Solís Voisan, Médico Jefe Unidad de Diálisis		
Nombre del documento 3: Procedimiento: "Desinfección de Monitores Hemodiálisis"				
Código: PO-APD-04	Versión: 0	Fecha: Julio 2014	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 6
Elaborado por: EU. Ana Bacarrezza R, Enfermera Supervisora Unidad Diálisis		Aprobado por: Dra. Ruth Solís Voisan, Médico Jefe Unidad de Diálisis		
Nombre del documento 4: Procedimiento: " Manejo accesos vasculares"				
Código: PO-APD-02	Versión: 0	Fecha: Abril 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 12
Elaborado por: EU. Ana Bacarrezza R, Enfermera Supervisora Unidad Diálisis		Aprobado por: Dra. Tania Troya Celi, Médico Unidad Diálisis		

El documento describe los siguientes procedimientos o programa: (Si/No)

1. Programa de capacitación a pacientes y/o familiares en peritoneo diálisis	N/A	2. Procedimiento manejo de pacientes con infecciones virales	Si	3. Reutilización de dializadores y líneas	Si
4. Desinfección de monitores	Si	5. Manejo de accesos vasculares	Si	6. Se han definido los responsables de su aplicación	Si

Breve descripción del contenido del documento:

Documento 1 denominado Procedimiento:" Manejo de pacientes Portadores Hepatitis B-C-VIH", describe en el punto 1 denominado "Objetivo", un único objetivo, el cual está orientado a "Prevenir el contagio de esta infección viral, utilizando las medidas de precauciones universales". Aplica a "Todo paciente que reciba tratamiento de Diálisis crónica y/ o aguda y al personal que trabaja en el Unidad de Diálisis del Hospital Clínico Regional". En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe de forma explícita que la Enfermera Supervisora, es quien supervisa el cumplimiento de las normas de ingreso paciente a la unidad, aplica las pautas de supervisión, evalúa y difunde los resultados, supervisa el cumplimiento del Programa de vacunación Hepatitis B de pacientes y personal. La Enfermera Clínica atiende al paciente utilizando las normas de aislamiento establecidas, educa al paciente y la familia y registra las intervenciones realizadas. Los Técnicos Paramédicos respeta las técnicas de aislamiento, recupera el filtro en portadores de VIH y Hepatitis C en zona de aislamiento ubicadas en la sala de reutilización, elimina los filtros de pacientes portadores de Hepatitis B y registra. En el punto 7 denominado "Descripción del proceso", describe el Flujo de ingreso. En el punto 9 "Anexos "incluye "Pauta de supervisión proceso lavado de manos" y "Pauta de supervisión proceso reutilización de filtros".

Documento 2 denominado Procedimiento: "Reutilización de capilares y líneas Arterio-venosas", describe en el punto 1 denominado "Objetivo", un único objetivo, el cual está orientado a "Garantizar la desinfección del capilar y líneas de manera tal que quede libre de sustancias orgánicas y pirógenas, dando atención segura y de calidad a los usuarios". El cual aplica a "Todo paciente Insuficiente Renal Crónico y Agudo que se realice el procedimiento dialítico en la Unidad de Diálisis del Hospital Regional Antofagasta". En el punto 3 denominado " Responsabilidad", describe de forma explícita por estamento la responsabilidad de la Enfermera Supervisora quien capacita, supervisa y evalúa el procedimiento realizado, la Enfermera Clínica supervisa el cumplimiento de los procesos, el Técnico Paramédico ejecuta el procedimiento según protocolo existente en la unidad y registra el volumen residual del capilar y número de reusos de éste y líneas, Auxiliar de Servicio mantiene el orden y aseo de la sala de reutilización. En el punto 7 denominado "Descripción del proceso", contiene la descripción de la solución a preparar para la esterilización de los filtros. Describe las 4 etapas que contiene el proceso y las acciones que integra cada una: I. Etapa: Eliminación de restos de sangre. II Etapa: Retrolavado. III Etapa: Medición volumen residual y IV Etapa: Desinfección. En el punto 9 denominado "Anexos" incluye el registro que se utiliza: "Pauta de supervisión proceso de reutilización de filtros", "Indicador porcentaje de cumplimiento de pauta de procedimiento del proceso de reutilización de filtros" y "Registro en libro de reuso de filtros".

Documento 3 denominado Procedimiento: "Desinfección de Monitores Hemodiálisis", describe en el punto 1 denominado "Objetivo", un único objetivo, el cual está orientado a "Establecer una orientación clara del momento de la desinfección de los monitores de Diálisis, evitando el riesgo de contaminación de los pacientes que se dializan en la Unidad de Diálisis del Hospital Regional de Antofagasta". El cual aplica a "Todo los funcionarios de la Unidad de Diálisis del Hospital Regional de Antofagasta, deben conocer y aplicar el procedimiento". En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe de forma explícita por estamento las responsabilidades dentro del proceso de la siguiente forma: Enfermera Supervisora supervisa y evalúa el proceso. La Enfermera Clínica supervisa que el procedimiento se realice según protocolo establecido. El Técnico Paramédico inicia el proceso de desinfección incluyendo el monitor y la limpieza externa de éste hasta finalizado el procedimiento. En el punto 7 denominado "Descripción del procedimiento", contiene la descripción de las acciones a realizar para la limpieza externa, desinfección y aspectos técnicos de la máquina.

Documento 4 denominado Procedimiento: "Manejo Accesos Vasculares", describe en el punto 1 denominado "Objetivo", un único objetivo, el cual está orientado a "Prevenir riesgo de infecciones del torrente sanguíneo asociado a la manipulación del acceso venoso durante Hemodiálisis". El cual aplica a "Todos los Enfermeros especializados en Diálisis que manejen accesos vasculares y puede ser utilizado en otras unidades del hospital, donde se realicen procedimientos de Hemodiafiltración". En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe de forma explícita por estamentos las responsabilidades en el proceso de la siguiente forma: La Enfermera Supervisora capacita, supervisa y evalúa el procedimiento realizado. La Enfermera Clínica ejecuta el procedimiento según norma existente. El Técnico Paramédico colabora en el procedimiento para mantener la asepsia. En el punto

7 denominado "Descripción del proceso", incluye las acciones a realizar en caso de paciente con Fístula arterio-venosa o Prótesis arterio-venosa, desde el lavado de mano, evaluación de la fístula, desinfección de la piel, forma de puncionar, conexión, heparinización, desconexión y cuidados post diálisis. Describe acciones a realizar en caso de paciente con Catéter venoso central doble lumen, que incluye desde el lavado de manos, técnica aséptica, técnica de conexión y desconexión al catéter.

APD 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Diálisis	
Nombre del indicador	Porcentaje de filtros reutilizados según procedimiento
Fórmula matemática	N° de filtros reutilizados que cumplen con el procedimiento en un periodo de tiempo x 100 N° total de filtros reutilizados en el mismo periodo
Umbral de cumplimiento:> 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

APD 1.3– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Diálisis						
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador					
Responsable medición	Enfermera supervisora de la unidad					
Fuente primaria	Supervisión directa del filtro					
Fuente secundaria	Pauta de cotejo					
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015					
Metodología de medición	Aplica un total de 20 pautas mensuales, número determinado por el Dpto. de Calidad. Las 20 pautas las divide por 4 o 5, según la cantidad de semanas del mes, obteniendo el número de pautas a aplicar por día. Cada día seleccionado, aplica la cantidad definida de pautas de supervisión para el procedimiento realizado.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Unidad de Diálisis						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	18	18	16	19	17	17
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	90%	90%	80%	95%	85%	85%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Diálisis						
Describir constatación**:** Se selecciona, de forma aleatoria el mes de Agosto 2015, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. De las 20 pautas aplicadas, las primeras 7 pautas cumplen con los criterios establecidos en el indicador (7/7=100%). Se constata consistencia en lo declarado por el prestador y los registros revisados. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.						
Mes /Año	Agosto 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA APD 1.3/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Diálisis	1° EM:1	2° EM:1	3° EM:1
Umbral de la característica:≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APD 1.4 / HALLAZGOS

APD 1.4– Primer elemento medible: Existe un documento elaborado por la Unidad de Diálisis que describe el programa de control de calidad del agua tratada de la unidad que incluye descripción del procedimiento y periodicidad de:

Unidad de Diálisis				
Nombre del documento: Programa : "Control de Calidad del agua tratada para Hemodiálisis"				
Código: PG-APD-01	Versión:00	Fecha: Marzo 2014	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas:13
Elaborado por: EU. Ana Bacarrezza, Enfermera Supervisora Unidad Diálisis		Aprobado por: Dra. Ruth Solís, Jefe Técnico Unidad de Diálisis		
El documento describe el Programa de control de calidad del agua tratada de la unidad que incluye descripción de:				
1. Medición de la calidad del agua tratada para hemodiálisis y reutilización de dializadores		Si	Periodicidad	3 veces al día
2. Controles externos químico y microbiológico del agua tratada para hemodiálisis y reutilización de dializadores:		Si	Periodicidad	Anual / Cada 6 meses
3. Controles externos microbiológicos del agua tratada en llave de alimentación de monitores de diálisis y en líquido de diálisis después del dializador:		Si	Periodicidad	Cada 6 meses
Se han definido los responsables de su aplicación: Si				
Breve descripción del documento: Documento denominado "Programa: Control de Calidad del agua tratada para Hemodiálisis", contiene en el punto 1 denominado "Objetivo" un único objetivo orientado a "Asegurar la calidad del proceso de tratamiento de agua, mediante la vigilancia activa,				

para obtener un agua en condiciones fisicoquímicas y microbiológicas adecuadas para realizar el proceso de Hemodiálisis". El cual aplica a la Unidad de Diálisis del Hospital Clínico Regional de Antofagasta que atiende pacientes en Hemodiálisis. En el punto 3 denominado "Responsabilidad", describe de forma explícita las acciones a realizar por estamento en el proceso:

- Jefe de Unidad de Operaciones quien es responsable del buen funcionamiento de equipos con los que cuenta la Planta de tratamiento de agua, a través de convenios vigentes con empresas externas para la mantención y monitoreo de la calidad del agua.
- Enfermera Supervisora: Supervisa la ejecución de los procesos en los tiempos indicados, solicita la realización de los procesos necesarios para obtener agua de buena calidad, evalúa los resultados de los procesos y lleva registro de los resultados.
- Enfermera Clínica: verifica la dureza del agua y cantidad suficiente en los estanques de agua dura y tratada y llama al técnico de empresa responsable en caso de mal funcionamiento.
- Técnico Paramédico: informa cualquier anormalidad por baja presión de agua o filtraciones de la planta de agua.
- Auxiliar de servicio: realiza mediciones de dureza del agua 2 a 3 veces al día, registra los parámetros de funcionamiento de la planta, realiza desinfección de estanques acumuladores 1 vez al mes y avisa en forma oportuna a Enfermera algún problema con el funcionamiento.

En el punto 7 denominado "Descripción del proceso", describe las acciones a realizar según mediciones y controles del agua como: Medición de la calidad del agua tratada para Hemodiálisis y reutilización de dializadores, que será realizada por el Auxiliar de servicio 3 veces al día a las 07, 11, y 15 horas, registrando en hoja correspondiente, que incluye la conductividad de osmosis reversa, conductividad del agua que pasa a sala de Diálisis, dureza del agua y cloro total. Describe control externo químico y bacteriológico (Microbiológico) del agua tratada para Hemodiálisis y reutilización de dializadores, que será anual y cada 6 meses respectivamente. Desinfección del estanque de agua será mensual. Sanitización de la red de distribución del agua de diálisis de forma trimestral por empresa externa o extraordinaria en caso de avería o reparaciones. En el punto 7.5 denominado "Evaluación del Programa de Control", describe las acciones que debe realizar la Enfermera Supervisora, que incluye los registros actualizados de las planificaciones y los controles, Informes de mantenciones y planes de mejora según resultados. En el punto 7.6 denominado "Meta del Programa" describe que "La planta de agua de la Unidad de Diálisis del Hospital Regional de Antofagasta, cumpla con el estándar y Norma entregada por el MINSAL. En el punto 9 denominado "Anexos", incluye Registro "Hoja registro parámetros de funcionamiento planta de agua" e "Informe procedimiento desinfección de estanques".

APD 1.4 – Segundo elemento medible: Se constata cumplimiento de control de calidad según regulación vigente.

Describe constatación en Diálisis: Prestador presenta los siguientes documentos:
Nombre del documento 1: Informe de Muestreo y Ensayo IAG-22838 emitido por CESMEC, que corresponde a la empresa externa determinada para dicho control, fecha de emisión 28-11-2104. Se constata listado de resultados químicos con los Parámetros de Planta de agua por bajo los valores límite máximo DS 2357 1994, se acompaña de Informe de Muestreo y Ensayo IAG-22838 que contiene la descripción de las ubicación de las muestras "Planta de agua", fecha de inicio del análisis el 16 de octubre 2014 y fecha de término de análisis 27 de Noviembre 2914.

Nombre del documento 2: Informe de Análisis Microbiológico LB N° 1512/15, emitido por empresa LABOTEX, con fecha 24 de abril 2015, fecha del muestreo el 16 de abril 2015, identificación: Entrada TK (Osmosis), Salida TK (Osmosis), Entrada Máquina 11, Salida Máquina 10, Entrada Maquina F1 y Salida Máquina TK (Salida anillo), límite máximo de UFC/ ml de muestra y valores medidos el 2° y 7° día, por bajo lo establecido.

Nombre del documento 3:"Análisis resultado exámenes de calidad de agua tratada" fecha Mayo 2015, documento confeccionado por Supervisora Unidad de Diálisis Ana Bacarrezza R. Evalúa el resultado microbiológico" No se observa desarrollo de bacterias en el circuito del agua tratada, en muestra tomada el 16 de abril. Se continúa con programación normal de Sanitización, de limpieza de estanques y con controles habituales de la planta de tratamiento para asegurar la calidad del agua.

Nombre del documento 4 : Informe de Análisis Microbiológico LB N° 4641/15, emitido por empresa LABOTEX, con fecha 30 Octubre 2015, fecha del muestreo el 22 de octubre de 2015, identificación: Producto osmosis, estanque de agua tratada, retorno de anillo de distribución, máquina N° 13, entrada, llave máquina N° 1, entrada, llave máquina N° 7, entrada, con límite máximo de UFC/ ml de muestra y valores medidos el 2° y 7° día, por bajo lo establecido.

Nombre del documento 5:"Análisis resultado exámenes de calidad de agua tratada" fecha Noviembre 2015, documento confeccionado por Supervisora Unidad de Diálisis Ana Bacarrezza R. Evalúa el resultado microbiológico "No se observa desarrollo de bacterias en el circuito del agua tratada, en muestra tomada el 22 de Octubre. Se continúa con programación normal de Sanitización, de limpieza de estanques y con controles habituales de la planta de tratamiento para asegurar la calidad del agua. Ítem Químico: declara que la medición se realizará en el mes de noviembre según programación, declara que "la medición de Plomo del año anterior puede haberse debido a error en digitación".

Nombre del documento 6:"Registro diario Funcionamiento Planta de Agua", se constata registro interno de las mediciones que se realizan en la unidad incompleto según lo establecido en el Programa, aspecto que no incumple la regulación vigente.

Se constata cumplimiento de los Controles de Calidad del Agua, con los registros de las mediciones Microbiológicos y Químicos del agua que se realizan en la unidad, según lo establecido en la regulación vigente.

APD 1.4– Tercer elemento medible: Existe constancia de acciones de mejora en caso de que los controles excedan los límites permitidos.

Unidad de Diálisis
Nombre del documento: Prestador declara tener controles dentro de los límites permitidos, lo cual se constata con documentación tenida a la vista en 2° elemento medible.
Observaciones: Se constatan informes con controles dentro de límites permitidos.

CARACTERÍSTICA APD 1.4/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Diálisis	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica:≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

SERVICIOS DE APOYO – ANATOMÍA PATOLÓGICA

CARACTERÍSTICA APA 1.1 / HALLAZGOS

APA 1.1 – Primer elemento medible: Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia		
Prestador al que compra: Centro de Oncología Preventiva, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile		N° Registro Acreditación: N/A
N° Autorización Sanitaria: Resolución Exenta N° 085528	Fecha Autorización Sanitaria: 3 de Noviembre 2011	SEREMI: QF. Luisa González Godoy, Departamento de Profesiones Médicas y Farmacia, Secretaría Regional Ministerial de Salud, Región Metropolitana
Copia fiel del documento original **(Si/No): Si**	Fecha copia notarial: 5 de Junio 2012, Notario Manuel Almarza Varas	

Dirección o Gerencia		
Prestador al que compra: Sociedad de Profesionales Contreras y Seitz Limitada		N° Registro Acreditación: N/A
N° Autorización Sanitaria: Resolución Exenta N° 14000	Fecha Autorización Sanitaria: 20 Agosto 2014	SEREMI: Dra. Juana Pérez Moraga, Directora (T y P), Hospital Regional Antofagasta
Copia fiel del documento original **(Si/No): Si**	Fecha copia notarial: Transcrito Fielmente, Silvia Muñoz Jorquera, Ministro de Fe Hospital Antofagasta	

CARACTERÍSTICA APA 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APA 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

APA 1.2– Primer elemento medible: Se describe en un documento elaborado por la Anatomía Patológica.

Servicio de Anatomía Patológica				
Nombre del documento: Procedimientos Etapa Pre-analítica, Biopsias y citologías, Unidad Anatomía Patológica				
Código: PO-UAP-01	Versión: 04	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 21
Elaborado por: Roxana Parra, Tecnólogo Médico Supervisor		Aprobado por: Dr. Hugo Benítez, Jefe Unidad Anatomía Patológica		

El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)							
1. Datos mínimos que debe contener la solicitud de estudio anatomopatológico	Si	2. Obtención de muestras	Si	3. Criterios generales	Si		
4. Rotulación	Si	5. Traslado de muestras	Si	6. Criterios de rechazo de muestras	Si	7. Se han definido los responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es detallar los procedimientos involucrados desde la obtención de la muestra, rotulación, traslado y entrega de la muestra en la Unidad de Anatomía Patológica y los registros asociados con el objeto de asegurar la trazabilidad de las muestras y la seguridad de los procesos en cada etapa. El procedimiento se aplica a todo el Hospital Regional de Antofagasta y a todo centro que derive muestras a la unidad.
Los responsables y sus actividades están descritas desde la página N°2 a la N°5 del documento. Adicionalmente, cuenta con definiciones, referencias, materiales y equipos.
Describe el proceso de la biopsia intraoperatoria, biopsia diferida y citología miscelánea y el Papanicolaou. En cada una de ellas describe los datos a llenar en la solicitud, la obtención de la muestra, el envasado, la rotulación, el traslado y recomendaciones generales.
Incluye la aplicación de criterios de rechazo biopsias y estos son:

- Frasco o envase inadecuado o que presenten derrame
- Biopsias que no concuerden los datos de la solicitud con el rótulo de la bolsa o frasco y con el libro de registro de la unidad de origen
- No contengan datos solicitados o letra ilegible
- Enviadas en condiciones de fijación inadecuada
- Sin rotular
- Biopsias de huesos y/o maxilofaciales sin radiografías u otras imágenes
- Frasco sin muestra
- Derrame de fijador
- Citologías en jeringas o tubos que no correspondan a los proporcionados por la Unidad de Anatomía Patológica

Adicionalmente, se incluye el anexo N° 1, Indicador "Biopsias Diferidas Rechazadas".

Observaciones: Se tiene a la vista versión anterior código PO-UAP-01de 22 páginas, fecha de emisión Septiembre 2014 y vigencia

de 3 años elaborado por Heriberto Opazo, Tecnólogo Médico y aprobado por Dr. Hugo Benítez, Jefe Unidad de Anatomía Patológica.

APA 1.2– Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Anatomía Patológica	
Nombre del indicador	Biopsias diferidas rechazadas en Unidad de Anatomía Patológica
Fórmula matemática	(N° de biopsias diferidas rechazadas que no cumplen con los criterios de manejo en un período de tiempo/ N° total de muestras recepcionadas en el mismo período) x 100
Umbral de cumplimiento: <10%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

APA 1.2– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Anatomía Patológica	
Nombre documento	Indicadores de Anatomía Patológica
Responsable medición	Tecnólogo Médico encargado de Recepción
Fuente primaria	Pautas de registro de rechazo RG-UAP-42 (numerador)
Fuente secundaria	Estadística mensual del "Libro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01, tomando el primer y último día del mes
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Mensualmente se cuenta el N° de Biopsias ingresadas en el mes del "Libro de Ingreso de Biopsias" RG-UAP-01 y el N° de rechazos registrados en planilla "Registro de Rechazos" RG-UAP-42

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Servicio de Anatomía Patológica

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2105	Octubre 2015
N° de Biopsias rechazadas/	11	4	6	4	21	17
N° total de Biopsias recepcionadas	473	512	591	621	627	771
% Cumplimiento	2,33%	0,78%	1,02%	0,64%	3,35%	2,20%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Servicio de Anatomía Patológica

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el mes de Mayo 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros. Se solicita al encargado del Laboratorio de Anatomía Patológica el registro de rechazos de biopsias del mes (numerador) y el registro de ingreso de biopsias del mismo mes (denominador).
Se revisa el "Libro de Ingreso de Biopsias" RG-UAP-01 que cuenta con los siguientes campos: N° biopsia (correlativo anual), fecha, nombre y apellidos del paciente, N° de carnet de identidad o N° de ficha, tipo de muestra (órgano), origen, BR (Biopsia rápida), 07 (significa muestra seriada), frascos (cantidad), bolsa (cantidad), caso externo (origen, N° de láminas y N° de bloques), médico (patólogo que realiza estudio) y se constata que en la página N° 114 comienza el mes de Mayo con el número de biopsia N° 2106 y que finaliza el mes en la página N° 138 con el número de biopsia 2578 con lo que se constata que el número de biopsias ingresadas en el mes es de 473.
Se revisa planilla "Registro de Rechazos" RG-UAP-42 que cuenta con los siguientes campos: fecha, servicio de origen, muestra, causa de rechazo, quién rechaza, nombre y apellido de quién recibe el rechazo, datos del paciente (nombre completo y N° de ficha o carnet), reingreso (fecha y hora) y se constata que en el mes de Mayo hubo 11 rechazos de biopsias (7 por datos incompletos y 4 por incongruencia muestra-solicitud).
Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador; se da por cumplido el hecho medible.

Mes /Año	Mayo 2015					
N° de Biopsias rechazadas/	11					
N° total de Biopsias recepcionadas	473					
% Cumplimiento	2,33%					

CARACTERÍSTICA APA 1.2 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Anatomía Patológica	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APA 1.3 / HALLAZGOS

APA 1.3– Primer elemento medible: Se describe en un documento elaborado por el Servicio de Anatomía Patológica.

Servicio de Anatomía Patológica				
Nombre del documento: Procedimientos de Etapa analítica y post analítica: Biopsias y Citologías.				
Código: PO-UAP-04	Versión: 03	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 25
Elaborado por: Roxana Parra, Tecnólogo Médico supervisor		Aprobado por: Dr. Hugo Benítez, Jefe Unidad Anatomía Patológica		

El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)					
1. Asignación de responsabilidad respecto a la realización de los exámenes, la validación de resultados y la entrega de informes, incluyendo biopsias rápidas					Si
2. Procedimiento de respaldo de los informes, láminas histológicas y tacos	Si	3. Técnicas de procesamiento de muestras			Si
4. Protocolo de control de calidad	Si	5. Plazos de entrega de resultados de los exámenes	Si	6. Se han definido los responsables de su aplicación	Si

Breve descripción del contenido del documento:
La asignación de responsabilidad (Encomendación de funciones) es del Dr. Hugo César Benítez Cáceres, Médico Cirujano, Rut: 7.397.795-9, según consta en Resolución Exenta N° 12385 del 21 de Julio 2014 extendida por la Dra. Juana Pérez Moraga,

Directora (T. y P.) Hospital de Antofagasta.
El objetivo del documento es describir los procedimientos que se desarrollan en la unidad de Anatomía Patológica correspondientes a la etapa analítica y post analítica de los procesos de biopsia y citología. Los responsables y sus actividades están descritas desde la página N°2 a la N°4 del documento. Adicionalmente, cuenta con definiciones, referencias, materiales y equipos y la descripción del proceso.
Define:

- Biopsia tipo 1, biopsias pequeñas (endoscópicas, piel, exocervix, endocervix, y otras) y biopsias de mediano tamaño sin complejidad (apéndices, vesículas, adenomas prostáticos y otras).
- Biopsia tipo 2, biopsia de mayor complejidad en su procesamiento por su tamaño y número de muestras (mastectomías, colectomías totales, nefrectomías, y otras).

En la descripción del proceso, está incluida la recepción de exámenes, el procedimiento de biopsia intraoperatoria y biopsia diferida, citologías misceláneas y Papanicolaou.
En el procedimiento de biopsia intraoperatoria y biopsia diferida se describe el ingreso a la unidad de Anatomía Patológica, el análisis macroscópico, la técnica de procesamiento, el análisis microscópico y la formulación del diagnóstico, la validación del informe transcrito por la secretaria, los plazos del informe, los respaldos y archivos de resultados y muestras. Los casetes histológicos (tacos) y las láminas son almacenados por 15 años en cajas con numeración y fecha de proceso en la unidad de Anatomía Patológica.
En el procedimiento de citologías miscelánea y Papanicolaou, se describe la entrega de frascos, el ingreso a la unidad, el ingreso al sistema informático, la rotulación, la técnica de procesamiento, la realización del examen, la validación, el plazo de entrega del resultado y la entrega del informe. Las citologías misceláneas negativas y positivas se guardan por 10 años y los Papanicolaou negativos por 6 años y los positivos en forma permanente, almacenadas por fecha y año de proceso en la unidad de anatomía patológica.

Observaciones: Se tiene a la vista versión anterior del documento, código PO-UAP-04 de 31 páginas, fecha de emisión Noviembre 2013 y vigencia de 3 años elaborado por Roxana Parra, Tecnólogo Médico y aprobado por Dra. Vania van der Lind Jefe Unidad de Anatomía Patológica.

APA 1.3– Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento. Al menos debe incluir indicador relacionado a control de calidad interno.

Servicio de Anatomía Patológica	
Nombre del indicador	% de cumplimiento de plazos de informes de biopsias tipo 1 por parte del Médico Anatomopatólogo.
Fórmula matemática	(N° de informes de biopsia tipo 1 informadas en 7 días hábiles en un período de tiempo / N° total de biopsias diferidas tipo 1 en el mismo período de tiempo) x 100
Umbral de cumplimiento: 75%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

APA 1.3– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Anatomía Patológica						
Nombre documento	Indicadores de Anatomía Patológica					
Responsable medición	Tecnólogo Médico encargado					
Fuente primaria	Sistema informático "Sistema Patólogos" desde donde se filtran las biopsias tipo 1 (numerador)					
Fuente secundaria	Planilla excel					
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015					
Metodología de medición	Mensualmente desde la alternativa "Reportes" del sistema informático de la unidad, se selecciona "biopsias por período". Se fija el rango a estudiar y con el nombre del patólogo y se exporta a un archivo Excel. Se filtran las biopsias tipo 1 y se restan los días no hábiles para sacar el tiempo de cumplimiento que es de 7 días hábiles.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Servicio de Anatomía Patológica						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2105	Octubre 2015
N° Biopsias tipo 1 que cumplen /	346	368	243	417	493	560
N° total biopsias tipo 1	420	426	470	449	572	726
% Cumplimiento	82,38%	86,38%	51,70%	92,87%	86,19%	77,13%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Servicio de Anatomía Patológica

Describir constatación**:** Se selecciona aleatoriamente el mes de Mayo 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros. Se solicita al encargado del Laboratorio de Anatomía Patológica la planilla Excel que se obtuvo del sistema informático de la unidad y se selecciona aleatoriamente 30 biopsias.
Se revisan las 7 primeras biopsias en el "Libro de biopsias "RE-UAO-01, constatando el N° de biopsia, la página del libro, la fecha de recepción, la fecha del informe final y el número de días de entrega del resultado y se observa que cumplen con el tiempo consignado en el procedimiento.
Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador; se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3, aprobada por Resolución Exenta IP N° 63, de 14 enero de 2015.

Mes /Año	Mayo 2015					
N° Biopsias tipo 1 que cumplen /	7					
N° total biopsias tipo 1	7					
% Cumplimiento	100%					

CARACTERÍSTICA APA 1.3/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Anatomía Patológica	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APA 1.4 / HALLAZGOS

APA 1.4– Primer elemento medible: Se describen en un documento las condiciones de bioseguridad en la Unidad, que incluyen al menos: precauciones estándar, manejo de desechos orgánicos y almacenamiento de sustancias peligrosas.

Servicio de Anatomía Patológica				
Nombre del documento: Procedimiento de bioseguridad Unidad Anatomía Patológica				
Código: PO-UAP-05	Versión: 04	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia: Octubre 2017	N° páginas: 23
Elaborado por: Horacio Vera, Tecnólogo Médico y Camila Arzola, Tecnólogo Médico		Aprobado por: Dr. Hugo Benítez, Jefe Unidad Anatomía Patológica		

El documento describe al menos los siguientes elementos: (Si/No)					
1. Precauciones estándar	Si	2. Manejo de desechos orgánicos	Si	3. Almacenamiento de sustancias peligrosas	Si

Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es adoptar y aplicar precauciones normalizadas de bioseguridad con la finalidad de prevenir, controlar y eliminar o reducir al mínimo los riesgos conocidos y potenciales que pueda estar expuesto el personal. Describe las precauciones generales y los elementos de protección personal, el lavado de manos, los riesgos por agentes biológicos, químicos y físicos. Adicionalmente, agrega las labores de limpieza y desinfección del laboratorio y salas de procedimientos.
El almacenamiento de los reactivos se realiza en una bodega y la ubicación de éstos depende del tipo de envase y del tipo de reactivo. En el laboratorio, los reactivos químicos líquidos son utilizados y mantenidos en sus envases originales y etiquetados, bajo campana de extracción diseñada para este fin y conectados a dispensadores automáticos.
El retiro, almacenamiento transitorio, transporte y disposición final de los residuos peligrosos, es realizado por una empresa externa autorizada.
Los desechos orgánicos se eliminan en bolsas plásticas cerradas de color amarillo con el logo de residuo especial. Son retiradas por personal especializado y almacenado hasta ser retiradas por una empresa externa autorizada.
Adicionalmente, describe el manejo de accidentes en el laboratorio.

Observaciones: Se tiene a la vista versión anterior del documento código PO-UAP-05 de 27 páginas, fecha de emisión Octubre 2014 y vigencia de 3 años elaborado por Horacio Vera, Tecnólogo Médico y aprobado por Dr. Miguel ángel Cerón, Jefe Unidad de Anatomía Patológica.

APA 1.4– Segundo elemento medible: Se constata: almacenamiento de sustancias peligrosas* (Xifol, Formaldehido) de acuerdo a procedimiento local.

Describe constatación en APA:
Se constata que el almacenamiento de sustancias químicas se realiza en una bodega que debe permanecer con su puerta abierta por falta de ventilación.
El Laboratorio de Anatomía Patológica no utiliza xilol ya que desde Diciembre del año 2013 se sustituyó por el reactivo Histoclear, solución derivada de cítricos que cumple la misma función en el procesamiento histológico.
Los reactivos en envases de vidrio se almacenan en los estantes inferiores, el alcohol y formalina en la estantería del segundo nivel y los reactivos sólidos se ubican en un área específica y separados según sean explosivos, comburentes, inflamables, tóxicos o corrosivos y los colorantes sólidos, con la señalética correspondiente.

CARACTERÍSTICA APA 1.4/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Anatomía Patológica	1° EM:1	2° EM:1	
Umbral de la característica: ≥ 100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

SERVICIOS DE APOYO – QUIMIOTERAPIA (APQ)

CARACTERÍSTICA APQ 1.1 / HALLAZGOS

APQ 1.1 – Primer elemento medible: Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia
Prestador al que compra: Prestador declara que no se realizan compran prestaciones a terceros

CARACTERÍSTICA APQ 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: NA	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: NA	Porcentaje obtenido: NA	Cumple: NA

CARACTERÍSTICA APQ 1.2 / HALLAZGOS

APQ 1.2– Primer elemento medible: Se describe en documentos.

Unidad de Quimioterapia Adulto- Infantil				
Nombre del documento 1 :Procedimiento : "Tratamiento de Quimioterapia"				
Código: PO-UQT-36	Versión:02	Fecha: Junio 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 12
Elaborado por: EU. Romyna Aguilar, Oncología Infantil - Valeria Gallardo, Oncología Adulto		Aprobado por: Dra. Ángela Estay, Oncóloga Adulto Hospital Regional Antofagasta		

Describe (Si/No)	1. Protocolos de tratamiento de quimioterapia	No	2. Procedimiento de registro para las atenciones de quimioterapia	Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento 1 actualizado denominado "Procedimiento Tratamiento de Quimioterapia", describe que el Objetivo es "Proporcionar atención integral médica y de enfermería a la población usuaria asignada y que requieran tratamiento de Quimioterapia curativo o paliativo hospitalizado". Con un alcance a todos los pacientes adultos y pediátricos con cáncer que tienen indicación médica de Quimioterapia. En el punto 3 denominado "Responsable", incluye al estamento Médico, Enfermera de Quimioterapia y Técnico paramédico. En el punto 5 denominado "Referencias" incluye Protocolos Programa Nacional de Cáncer Adulto (PANDA) 2013 y Protocolo Programa Nacional de Cáncer Infantil (PINDA) 2010. Documento incluye Ítem de definiciones, indicaciones, efectos, materiales. En el punto 7 denominado "Descripción de Proceso" incluye los siguientes Ítems con sus actividades respectivas; Objetivo de la administración, Entrevista, Admisión, administración e Indicaciones de alta. En el punto 9 Incluye anexos " Hoja de Quimioterapia adulto", para el registro de la información del Esquema de Tratamiento de Quimioterapia indicado, "Hoja de Quimioterapia Oncología Infantil", para el registro de la información del paciente, control de signos vitales, esquema de tratamiento indicado, "Pauta de supervisión Tratamiento de Quimioterapia" e " Indicador".

Prestador presenta Documento versión anterior del 01 de Julio 2012, denominado "Procedimiento: Tratamiento de Quimioterapia".
Se constata mismo indicador para ambos documentos.
No es posible constatar los Protocolos de Quimioterapia en el punto de verificación Unidad de Quimioterapia Adulto- Infantil. Dándose por no cumplido el elemento medible.

APQ 1.2– Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Quimioterapia Adulto - Infantil	
Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de procedimiento de Tratamiento de Quimioterapia
Fórmula matemática	N° Total de pacientes que cumplen con el procedimiento de Tratamiento de Quimioterapia x 100 Total de pacientes con Tratamiento de Quimioterapia realizados
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral

APQ 1.2– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Quimioterapia Adulto	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Enfermera encargada de calidad de la unidad
Fuente primaria	Ficha clínica – Observación directa del procedimiento de Tratamiento de Quimioterapia
Fuente secundaria	Pauta de cotejo
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica 20 pautas de supervisión, número establecido por el Dpto. de Calidad, realiza la supervisión los primeros días del mes, aplica pautas en los pacientes al azar.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Unidad de Quimioterapia Adulto

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Quimioterapia Adulto

Describir constatación**:** Se selecciona el periodo cuatrimestral de Mayo a Agosto 2015, del periodo de retrospectividad evaluado, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. Se selecciona por muestreo sistematizado (80/30= 2,6) desde la pauta número 3 hasta completar 30. Dado que las 7 primeras cumplen con los requisitos establecidos en el indicador. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.

Mes /Año	Mayo - Agosto 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones:

Unidad de Quimioterapia Infantil	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Enfermera encargada de calidad de la unidad
Fuente primaria	Ficha clínica – Observación directa del procedimiento de Tratamiento de Quimioterapia
Fuente secundaria	Pauta de cotejo
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica 20 pautas de supervisión que es el número determinado por el Dpto. de Calidad, realiza la supervisión al universo de pacientes según oportunidad y carga de trabajo.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Unidad de Quimioterapia Infantil

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	9	6	11	8	6	8
N° Total Pautas	9	6	11	8	6	8

% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Quimioterapia Infantil						
Describir constatación: Se selecciona el periodo cuatrimestral de Mayo a Agosto 2015, del periodo de retrospectividad evaluado, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. Se selecciona por muestreo sistematizado (34/30=1) desde la pauta número 1 hasta completar 30. Dado que las 7 primeras cumplen con los requisitos establecidos en el indicador. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.						
Mes /Año	Mayo - Agosto 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA APQ 1.2/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Quimioterapia	1° EM: 0	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 2/3	Porcentaje obtenido: 66,6 %		Cumple: No

CARACTERÍSTICA APQ 1.3 OBLIGATORIA/ HALLAZGOS

APQ 1.3– Primer elemento medible: Se describen en documentos de carácter institucional los procedimientos relacionados con.

Unidad de Quimioterapia			
Nombre del documento 1: "Administración de Fármacos Antineoplásicos"			
N° Resolución: 16020 Código: PO- UQT-17	Versión:05		Fecha Resolución: 26 Diciembre 2013 Fecha Documento : Noviembre 2013
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años		N° páginas: 11
Elaborado por: EU. Elisa Wong Collao, Enfermera Supervisora Quimioterapia - EU. Mónica González Pizarro		Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Lankin, Director Hospital Regional Antofagasta	
Nombre del documento 2: Procedimiento: "Disposición y eliminación de residuos citotóxicos Unidad Quimioterapia"			
N° Resolución: 14628 Código: PO-UQT-03	Versión: 04		Fecha Resolución:5 Diciembre 2013 Fecha Documento :
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años		N° páginas: 10
Elaborado por: Michaell Cárdenas Carvajal, Prevencionista de Riesgo - EU. Elisa Wong, Enfermera Supervisora Quimioterapia		Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional de Antofagasta	
Nombre del documento 3: "Instalación y manejo de Catéter Vascular Central con reservorio subcutáneo"			
N° Resolución: 0747 Código: PO-UQT-09	Versión:03		Fecha Resolución: 16 Enero 2014 Fecha Documento :Noviembre 2013
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años		N° páginas: 23
Elaborado por: EU. Elisa Wong Collao, Enfermera Supervisora Quimioterapia - EU. Mónica González Pizarro		Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional Antofagasta	
Nombre del documento 4: "Vigilancia de Infección asociada a Catéter Vascular Central con reservorio"			
N° Resolución: 7146 Código: PO-UQT-38	Versión:03		Fecha Resolución: 7 Mayo 2014 Fecha Documento: Enero 2014
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años		N° páginas: 9
Elaborado por: EU. Elisa Wong Collao, Enfermera Supervisora Quimioterapia		Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional Antofagasta	

El documento describe los siguientes procedimientos: (Si/No)			
1. Administración de medicamentos antineoplásicos	Si	2. Disposición y eliminación de desechos de medicamentos antineoplásicos y residuos contaminados	Si
3. Instalación y manejo de procedimientos invasivos relacionados con quimioterapia	Si	4. Vigilancia de infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales	Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento 1 denominado "Administración de Fármacos Antineoplásicos", contiene en el punto 3 denominado "Responsable" las responsabilidades del estamento Médico, Enfermera y Técnico Paramédico, relacionadas con la administración de los fármacos antineoplásicos. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso" incluye desde el ingreso del paciente, requerimiento de consentimiento informado firmado en caso de primer ciclo de quimioterapia, revisión de indicaciones de Protocolo Médico de Quimioterapia en Hoja de Hospitalización, confirmación con central de mezcla, transporte de drogas, punción de catéter, pre-hidratación y administración de medicación, forma de administración de quimioterapia, registros y monitoreo. En el punto 9 denominado "Anexos "incluye los registros de "Formulario de ingreso a Quimioterapia", "Pauta de supervisión" e "Indicador".

Documento 2 denominado "Procedimiento: Disposición y eliminación de residuos citotóxicos Unidad Quimioterapia", En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe por estamento las acciones específicas a realizar por: Enfermera de Quimioterapia, Técnico Paramédico, Auxiliar de Servicio y Encargado de retiro de residuos, las cuales están orientadas a la supervisión, gestión de insumos y materiales, ejecución de la segregación de los residuos, cierre y rotulación de las bolsas, entrega y retiro de bolsas por los encargados y entrega a empresa externa respectivamente. En el punto 7 denominado "Descripción del proceso", incluye acciones desde el uso de guantes de procedimiento para la manipulación de los desechos citotóxicos, uso de bolsa roja para la

eliminación, cómo debe ser llenada, cerrada, amarrada y rotulada. Lugar de ubicación, días de retiro y registro. En el punto 9 denominado "Anexos" incluye los siguientes registros; "Pauta de supervisión disposición y eliminación de residuos citotóxicos", "Indicador", "Registros de almacenamiento de residuos peligrosos", "Registro de retiro de residuos peligrosos" y "Etiqueta con símbolo de residuo peligroso para rotulación de la bolsa".

Documento 3 denominado "Instalación y manejo de Catéter Vascular Central con reservorio subcutáneo", En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe de forma explícita las responsabilidades y acciones a realizar por los siguientes estamentos: Médico, Enfermera y Técnico Paramédico, relacionadas con la instalación y manejo del catéter. En el punto 5 denominado "Referencias", incluye lo siguiente: Protocolo Programa Nacional del Cáncer de Adulto (PANDA) 2008 y Primer Consenso de Enfermeras Onco-hematológicas en el Manejo de Catéter subcutáneo con reservorio 2010. En el punto 6 incluye listado de equipos y materiales. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", incluye los siguientes ítems:

- Instalación de catéter que incluye consentimiento informado y las acciones desde la solicitud del pabellón hasta la instalación.
- Complicaciones de los catéteres con reservorio: incluye listado de dichas complicaciones.
- Atención de Enfermería después de la instalación con evaluación de la herida, información al paciente, fecha de retiro de puntos y registros.
- Mantención del catéter con reservorio incluye cuidados específicos de la aguja y permeabilización.
- Punción del catéter con reservorio, describe la cronología para la punción.
- Retiro de aguja - Terapia intermitente: describe la forma de retirar y heparinización del catéter.
- Técnica de mantención o lavado del catéter incluye listado de equipo a utilizar.
- Procedimiento.
- Consideraciones importantes.
- Complicaciones más frecuentes derivadas de su manipulación y / o instalación quirúrgica, signos y síntomas y manejo con las acciones a realizar y las Medidas básicas y fundamentales en la prevención de infecciones asociadas a catéter venoso central incluye acciones generales y especificas a realizar.

Documento 4 denominado "Vigilancia de Infección asociada a Catéter Vascular Central con reservorio", en el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe de forma explícita las responsabilidades y acciones a realizar por: Médico, Enfermera Unidad de Quimioterapia y Técnico Paramédico, relacionadas con la prevención de las infecciones asociadas a catéter. En el punto 4 denominado "Definiciones" incluye la descripción de tipos de Infecciones y el manejo para cada condición. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", incluye la descripción de los registros a realizar, diferenciación de infección con Neutropenia febril, reporte de infección y evaluación de vigilancia. En el punto 9 denominado "Anexos" incluye el "Registro de vigilancia de Infección asociado a catéter con reservorio" e "Indicador".

APQ 1.3– Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Quimioterapia	
Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de Procedimiento de administración de medicamentos antineoplásicos que cumplen con el protocolo
Fórmula matemática	N° de Procedimientos de administración de medicamentos antineoplásicos que cumplen con el protocolo en un periodo determinado x 100 Total de procedimientos de administración de drogas antineoplásicas administrados en un periodo determinado
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Informe Cuatrimestral Medición mensual

APQ 1.3– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Quimioterapia Adulto						
Nombre documento	Informe de evaluación periódica de Indicador					
Responsable medición	Enfermera encargada de Calidad de la unidad					
Fuente primaria	Observación directa del procedimiento de administración de medicamentos antineoplásicos Ficha clínica					
Fuente secundaria	Pautas de supervisión					
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015					
Metodología de medición	Aplica 20 pautas de supervisión, número establecido por el Dpto. de Calidad, realiza la supervisión los primeros días del mes, aplica pautas en los pacientes al azar.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Unidad de Quimioterapia Adulto						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Quimioterapia Adulto						
Describir constatación**:** Se selecciona el periodo cuatrimestral de Mayo a Agosto 2015, del periodo de retrospectividad evaluado, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. Se selecciona por muestreo sistematizado (80/30= 2,6) desde la pauta número 3 hasta completar 30. Dado que las 7 primeras cumplen con los requisitos establecidos en el indicador. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.						
Mes /Año	Mayo - Agosto 2015					

N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7					
	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

Unidad de Quimioterapia Infantil	
Nombre documento	Informe de evaluación periódica de Indicador
Responsable medición	Enfermera encargada de Calidad de la unidad
Fuente primaria	Observación directa del procedimiento de administración de medicamentos antineoplásicos Ficha clínica
Fuente secundaria	Pautas de supervisión
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica 20 pautas de supervisión que es el número determinado por el Dpto. de Calidad, realiza la supervisión al universo de pacientes según oportunidad y carga de trabajo.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Unidad de Quimioterapia Infantil

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	9	6	11	8	6	8
	9	6	11	8	6	8
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Quimioterapia Infantil

Describir constatación: Se selecciona el periodo cuatrimestral de Mayo a Agosto 2015, del periodo de retrospectividad evaluado, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. Se selecciona por muestreo sistematizado (34/30=1) desde la pauta número 1 hasta completar 30. Dado que las 7 primeras cumplen con los requisitos establecidos en el indicador. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.

Mes /Año	Mayo - Agosto 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7					
	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA APQ 1.3 OBLIGATORIA/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Quimioterapia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si	

SERVICIOS DE APOYO – IMAGENOLOGÍA (API)

CARACTERÍSTICA API 1.1 / HALLAZGOS

API 1.1 – Primer elemento medible: Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia	
Prestador al que compra: El Prestador declara que compra servicios, en caso de fallas a: -Diagnoimage -Clínica La Portada	N° Registro Acreditación: -Diagnoimage: N°119 -Clínica La Portada de Antofagasta: N°61

CARACTERÍSTICA API 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA API 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

API 1.2 – Primer elemento medible: Con respecto a los exámenes imagenológicos que involucran procedimientos invasivos, uso de medio de contraste, sedación y/o anestesia, se describe en un documento elaborado por la unidad:

Servicio de Imagenología				
Nombre del documento 1:Procedimiento Punción Bajo ECO para Biopsia de Tiroides (Código PO-IMA-12)				
N° Resolución: No hay	Versión:00	Fecha: Mayo 2013	Fecha vigencia:3 años	N° páginas:11
Elaborado por: Rossana Huerta M., Encargada de Calidad Unidad de Apoyo Imagenología		Aprobado por: Dr. Ricardo Seguel Dumont, Médico Jefe Unidad de Apoyo Imagenología		

El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)			
1. El procedimiento imagenológico cuando está involucrado un procedimiento invasivo	Si	2. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenosos, sedación y /o anestesia	
3. Protocolo de sedación y/o anestesia		4. Se han definido los responsables de su aplicación	Si
Breve descripción del documento: En el punto 8 "Descripción del proceso" se consignan las indicaciones previas y post al procedimiento. Se define la ejecución del procedimiento, explicitando los pasos a seguir y las medidas de técnica aséptica que se deben utilizar, entre otras: lavado clínico			

de manos con jabón antiséptico, uso de guantes y delantal para el operador; como también, el aseo de la piel de la zona a puncionar y la aseptización de la piel con antiséptico local, campos con paños estériles en el paciente y sobre la mesa con el material.
En el punto 5 se definen las responsabilidades del médico tratante, del médico intervencionista (responsable de realizar el procedimiento invasivo), del tecnólogo médico, del técnico paramédico y del auxiliar de servicio.
En el Anexo 1 se incluye el formato IT-IMA-14-00 con las indicaciones post procedimientos intervencionales.

Nombre del documento 2: Procedimiento Punción bajo TAC para Biopsia Hepática, Pulmonar, Partes Blandas, Renal.				
N° Resolución: No hay	Versión:00	Fecha: Marzo 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 11
Elaborado por: Rossana Huerta M., Encargada de Calidad Unidad de Apoyo Imagenología		Aprobado por: Dr. Ricardo Seguel Dumont, Médico Jefe Unidad de Apoyo Imagenología		

El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)					
1. El procedimiento imagenológico cuando está involucrado un procedimiento invasivo	Si	2. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenosos, sedación y /o anestesia			Si
3. Protocolo de sedación y/o anestesia	No	4. Se han definido los responsables de su aplicación			Si

Breve descripción del documento:

En el punto 8 "Descripción del proceso" se consignan las indicaciones previas y post al procedimiento. Se define la ejecución del procedimiento, explicitando los pasos a seguir y las medidas de técnica aséptica que se deben utilizar para la realización de la biopsia, entre otras: lavado clínico de manos con jabón antiséptico, uso de guantes y delantal para el operador; como también, el aseo de la piel de la zona a puncionar y la aseptización de la piel con antiséptico local, campos con paños estériles en el paciente y sobre la mesa con el material.

En el punto 5 se definen las responsabilidades del médico tratante, del médico intervencionista (responsable de realizar el procedimiento invasivo), del tecnólogo médico (responsable de verificar la aplicación del consentimiento informado y de realizar el procedimiento radiológico), del técnico paramédico y del auxiliar de servicio.
En el Anexo 1 se incluye el formato IT-IMA-14-00 con las indicaciones post procedimientos intervencionales.

Nombre del documento 3: Procedimiento TAC Contrastado de cualquier Región Anatómica				
N° Resolución: No hay	Versión:00	Fecha: Abril 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 14
Elaborado por: Rossana Huerta M., Encargada de Calidad Unidad de Apoyo Imagenología		Aprobado por: Dr. Ricardo Seguel Dumont, Médico Jefe Unidad de Apoyo Imagenología		

El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)					
1. El procedimiento imagenológico cuando está involucrado un procedimiento invasivo	Si	2. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenosos, sedación y /o anestesia			Si
3. Protocolo de sedación y/o anestesia	No	4. Se han definido los responsables de su aplicación			Si

Breve descripción del documento:
En el punto 7 "Descripción del proceso", se incluye los procedimientos de otorgamiento del consentimiento informado, la preparación del paciente, la preparación del sitio de punción, la realización del examen y las acciones a realizar con posterioridad al examen.

En el punto 7.2 "Preparación del paciente", se explicitan distintas acciones, entre otras, evaluar si el paciente presenta factores de riesgo que puedan ocasionar la ocurrencia de eventos adversos asociados a la inyección del contraste endovenoso y la presencia de antecedentes de alergia, con indicaciones de aplicar las instrucciones de premedicación, si corresponde.

En el punto 7.3 "Preparación del sitio de punción", se explicitan las medidas de control de infecciones.

En el punto 7.4 "Realización del examen", donde se incluyen los pasos del procedimiento, se explicitan, entre otros, las medidas de prevención a reacciones asociadas a la inyección del medio de contraste endovenoso.

En el punto 5 se definen las responsabilidades del tecnólogo médico (responsable de aplicar el consentimiento informado y de realizar el procedimiento radiológico, entre otras) y del técnico paramédico.

En el punto 9 "Registros asociados", se incluyen, entre otros, distintos instructivos de preparación para realización de TAC de distintos segmentos corporales; como también, las instrucciones para premedicación de pacientes alérgicos.

En el Anexo 1 se incluye el Manual de uso y mantención de la inyectora automática
En el Anexo 2 se incluyen las reacciones asociadas al uso de medio de contraste.

Nombre del documento 4: Procedimiento para Sedación y Anestesia en Salas de Procedimientos e Imagenología				
Código PO-IMA-13	Versión:01	Fecha: Abril 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 19
Elaborado por: Rossana Huerta M., Encargada de Calidad Unidad de Apoyo Imagenología y Dr. Gerardo Valdivia Delgado, Médico Anestesiólogo, Unidad de Pabellones Quirúrgicos		Aprobado por: Dr. Luis Molina Arévalo, Médico Jefe CR Apoyo Diagnóstico Terapéutico.		

El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)			
1. El procedimiento imagenológico cuando está involucrado un procedimiento invasivo	Si	2. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenosos, sedación y /o anestesia	Si

3. Protocolo de sedación y/o anestesia	Si	4. Se han definido los responsables de su aplicación	Si

Breve descripción del documento:
En el punto 5 se incluyen las definiciones de sedación consciente y profunda; como también de anestesia general.

En el punto 6 "Equipos y materiales" se explicitan los distintos elementos y equipamiento clínico con los cuales debe contar la sala donde se realice el procedimiento, entre otros: Suministro de oxígeno, de aspiración y eléctrico; máquina de anestesia y monitor cardíaco. Se consigna el listado que debe contener el carro de drogas.

En el punto 7 "Descripción del proceso", se incluyen los siguientes procedimientos:
7.2 Procedimiento de sedación en paciente pediátrico, el medicamento utilizado para la sedación en Imagenología del paciente pediátrico, las medidas de seguridad para el uso de sedación en pacientes pediátrico, la duración del ayuno según grupo etario, y las recomendaciones posteriores a la sedación.
7.3 Procedimiento de sedación y/o anestesia en paciente adulto, procedimientos diagnósticos no invasivos (exploraciones de Resonancia Magnética y Tomografía Computada), procedimientos terapéuticos intervencionistas (Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica y Colangiografía Retrógrada Intraoperatoria), medicamento y dosis utilizados para la sedación en Imagenología y Salas de Procedimientos de pacientes adultos. Adicionalmente, se consignan las medidas de prevención de eventos adversos relacionados con la Sedación en pacientes adultos, las recomendaciones posteriores a la sedación y las medidas de seguridad del paciente en Imagenología, en las Salas de Procedimientos y Pabellón

En el punto 4 se definen las responsabilidades del médico tratante, médico anestesiólogo (responsable de la evaluación pre-anestésica, prescripción y administración de la anestesia, revisión del material e insumos necesarios para el procedimiento y registrar en la hoja de evaluación de anestesia), tecnólogo médico (responsable de aplicar el consentimiento informado y de verificar que se cumplan las indicaciones previas al examen y sedación, cuando corresponda, entre otras), auxiliar de anestesia y de la enfermera del servicio clínico derivador.

En el punto 9 "Registros asociados", se incluyen, entre otros, la Lista de verificación de exámenes contrastados y el formulario de Registro de eventos adversos asociados a exámenes contrastados.
En el Anexo 2 se incluye la "Pauta de control de sedación pediátrica"

Nombre del documento 5: Procedimiento de prevención de Eventos Adversos asociados a exámenes invasivos, sedación y anestesia. Código PO-IMA-02

N° Resolución: No hay	Versión:03	Fecha: Junio 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 30
Elaborado por: María Yampara Flores y Rossana Huerta M., Tecnólogos Médicos Unidad Apoyo Imagenología		Aprobado por: Dr. Marcelo Ávila Jaramillo, Médico Jefe Unidad de Apoyo Imagenología.		

El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)

1. El procedimiento imagenológico cuando está involucrado un procedimiento invasivo	Si	2. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenosos, sedación y /o anestesia	Si
3. Protocolo de sedación y/o anestesia	Si	4. Se han definido los responsables de su aplicación	Si

Breve descripción del contenido del documento 5:
En el punto 8 "Descripción del proceso" se incluyen los siguientes aspectos:
8.1 Indicación de los procedimientos imagenológicos intervencionales o que requieran administración de medios de contraste, sedación y/o anestesia.
8.2 El proceso de atención, entre otros, en lo relativo al procedimiento intervencional en exámenes invasivos, en pacientes con antecedentes de alergias y en la administración de medio de contraste endovenoso.
8.3 Medidas de prevención y criterios preventivos:

- Previas a la administración de contraste para evitar nefropatología inducida por medio de contraste
- Aparición de reacciones generalizadas al medio de contraste
- Prevención y Manejo de las extravasaciones del medio de contraste
- Del efecto del medio de contraste en la función tiroidea en adultos
- Uso adecuado de medios de contraste en pacientes gestantes y madres lactantes

8.4 Medidas de prevención en escáner con sedación o anestesia en menores o lactantes, respecto a la preparación, ejecución del procedimiento y manejo posterior a éste.
8.5 Medidas de prevención previas a la realización de procedimientos intervencionales bajo apoyo escográfico o de escáner.
8.6 Indicaciones posteriores a la ejecución del examen.

Consigna en el punto 9 "Documentos asociados", los siguientes, entre otros:

- IT-IMA-02-00. Instrucciones de preparación para la realización de TAC contrastado de cerebro, cuello, tórax, angiotac
- IT-IMA-03-00. Instrucciones de preparación para la realización de TAC de abdomen y pelvis sin contraste, PIELOTAC
- IT-IMA-04-00. Instrucciones de preparación para la realización de TAC contrastado de abdomen y pelvis
- IT-IMA-05-00. Instrucciones de premedicación para pacientes alérgicos
- IT-IMA-10-00. Instrucciones de preparación para la realización de TAC contrastado de abdomen y pelvis, UROTAC
- IT-IMA-08-00. Indicaciones post examen con medio de contraste
- IT-IMA-14-00. Indicaciones post procedimientos intervencionales

En el Anexo 1, se incluyen las siguientes indicaciones de preparación previa e indicaciones para el paciente:

- Instrucciones de preparación para la realización de TAC contrastado de cerebro, cuello, tórax y angiotac (IT-IMA-02-00)
- Instrucciones de preparación para la realización de TAC contrastado de abdomen y pelvis (IT-IMA-04-00)
- Instructivo para el paciente que requiera biopsia/drenaje (IT-IMA-12-00)
- Instructivo de preparación para la realización de urotac (IT-IMA-10-00)

En el Anexo 2, se incluyen las instrucciones de premedicación para los pacientes alérgicos (IT-IMA-05-00)
En el Anexo 3, se incluye un instructivo para la administración de medio de contraste I/V, se incluye un instructivo (IT-IMA-20-00)

En el Anexo 6, se incluyen las "Indicaciones post-examen con medio de contraste" (IT-IMA-08-00) y las "Indicaciones post procedimientos intervencionales" (IT-IMA-14-00).
Observaciones: Se constata la versión anterior 02 del documento "Procedimiento de prevención de Eventos Adversos asociados a exámenes invasivos, sedación y anestesia. Código PO-IMA-02" abril de 2013, 26 páginas, elaborado por la Tecnólogo Médico Rossana Huerta M., Encargada de Calidad de Imagenología y aprobado por el Dr. Ricardo Seguel D., Médico Jefe Unidad de Imagenología.

Servicio de Hemodinamia				
Nombre del documento 1 :Prevención de eventos adversos asociados a la administración de medios de contraste utilizados en la Unidad de Hemodinamia				
Código PO-HEM-01	Versión:02	Fecha: Abril 2015	Fecha vigencia:5 años	N° páginas:21
Elaborado por: Tomás Aguilar G., y Rigoberto Choque M., Tecnólogos Médicos Hemodinamia		Aprobado por: Bernhard Westerberg M., Médico Jefe Unidad Hemodinamia		

El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)			
1. El procedimiento imagenológico cuando está involucrado un procedimiento invasivo	Si	2. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenosos, sedación y /o anestesia	Si
3. Protocolo de sedación y/o anestesia	No	4. Se han definido los responsables de su aplicación	Si

Breve descripción del documento: Se consigna en el alcance que el procedimiento aplica a los pacientes sometidos a estudios angiográficos. En el punto 4, se define que en la Sala de Hemodinamia se realizan exámenes contrastados y cualquier otro procedimiento mínimamente invasivo; adicionalmente, se consigna que el paciente tipo corresponde a pacientes ambulatorios y pacientes que provienen de cualquier servicio clínico perteneciente al Hospital Regional de Antofagasta a realizarse un procedimiento angiográfico con administración de medio de contraste, durante la jornada diurna. Se excluyen los pacientes, en los que previamente se sabe que se utilizarán grandes volúmenes de medio de contraste para realizar el procedimiento. En el punto 7 "Descripción del proceso" se incluyen los procedimientos de identificación e instrucción de factores de riesgo de reacción adversa a medios de contraste antes del procedimiento, las medidas de prevención de factores de riesgo de reacción adversa a medios de contraste durante el procedimiento. En el punto 7.4 se incluyen las medidas profilácticas ante pacientes que presenten factores de riesgo asociados a reacciones adversas anafiloides, nefropatía y al desconocimiento del valor e creatinina sérica previo al procedimiento contrastado. En el punto 8, se incluyen los documentos asociados, entre otros: Documento de consentimiento informado, Hoja de entrevista de pacientes y Lista de verificación de exámenes contrastados.
Observaciones: El Prestador declara que se administra sedación en la Unidad de Hemodinamia. En la visita de acreditación al servicio clínico, los responsables no presentan a la evaluadora un documento que consigne un protocolo de sedación y/o anestesia. Se da por no cumplido el elemento medible.

API 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Imagenología	
Nombre del indicador	% procedimientos imagenológicos con uso de contraste, sedación y anestesia, en que se aplicó procedimiento de prevención de eventos adversos
Fórmula matemática	(Procedimientos radiológicos invasivos con uso de contraste, sedación y/o anestesia, en que se aplicó las medidas de prevención de EA en el período/N° total de procedimientos radiológicos invasivos con uso de contraste, sedación y/o anestesia en el mismo período) x 100
Umbral de cumplimiento: ≥90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

Servicio de Hemodinamia	
Nombre del indicador	% procedimientos contrastados realizados en pacientes tipo que cumplieron con el procedimiento de prevención de eventos adversos a la administración de medios de contraste
Fórmula matemática	(Procedimientos contrastados de paciente tipo que cumplieron con las medidas de prevención de eventos adversos en el período/N° total de procedimientos contrastados en pacientes tipo en el mismo período) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

API 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Imagenología	
Nombre documento	Informe de evaluación del indicador
Responsable medición	Tecnólogo Médico encargado de calidad de la Unidad de Imagenología.
Fuente primaria	Lista de verificación de exámenes contrastados (RG-IMA-01-00)
Fuente secundaria	Formularios de notificación de eventos adversos (RG-UCSP-04-00) –Informes de evaluación del indicador
Periodo evaluado	Mayo-Octubre 2015
Metodología de medición	El tecnólogo médico que realiza exámenes consigna, diariamente, en cada sala de scanner, los datos definidos en la "Lista de verificación de exámenes invasivos (RG-IMA-01-00) a cada paciente que atiende. Consigna cuando el criterio de la lista se cumple, no se cumple o no aplica. La Lista de verificación contiene las medidas de prevención de eventos adversos definidas que se deben aplicar. Se considera cumplida la pauta, cuando cumple todos los criterios que le aplican al procedimiento. Mensualmente, la tecnóloga médica revisa los registros, consolida la información y elabora el

	indicador.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Servicio de Imagenología						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	351	442	381	458	432	406
N° Total Pautas	367	473	395	468	461	413
% Cumplimiento	95,64%	93,45%	96,46%	97,86%	93,71%	98,31%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Servicio de Imagenología						
Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de julio 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador y los registros**.** Se randomiza para obtener una muestra de 30 pautas. Se revisan las 7 primeras, constatando que cumplen el procedimiento institucional. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la Situación 1 de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" del Ord. Circular IP N° 2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

Servicio de Hemodinamia	
Nombre documento	Informe medición indicadores
Responsable medición	Tecnólogos Médicos de la Unidad de Hemodinamia
Fuente primaria	Lista de verificación de exámenes contrastados (RG-HDM-01-00)
Fuente secundaria	Informe medición indicadores
Periodo evaluado	II y III Trimestre 2015
Metodología de medición	El tecnólogo médico consigna en la planilla excel, al momento de realizar un examen contrastado, los datos definidos en la "Lista de verificación de exámenes contrastados (RG-HDM-01-00)" a cada paciente que atiende. Consigna cuando el criterio de la lista se cumple, no se cumple o no aplica. La Lista de verificación contiene las medidas de prevención de eventos adversos definidas que se deben aplicar. Se considera cumplida la pauta, cuando cumple todos los criterios que le aplican al procedimiento. Mensualmente, los tecnólogos médicos revisan los registros, consolidan la información y elaboran el indicador. Se incluye en los informes los resultados mensuales y trimestrales

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Servicio de Hemodinamia						
Mes /Año	II Trimestre 2015	III Trimestre 2015				
N° Pautas cumplidas /	186	164				
N° Total Pautas	193	179				
% Cumplimiento	96,37%	91.62%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Servicio de Imagenología						
Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el III Trimestre 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador y los registros. Se revisa el total de las pautas aplicadas. Se constata la consistencia con el resultado documentado en el informe. Se da por cumplido el elemento medible.						
Mes /Año	III Trimestre 2015					
N° Pautas cumplidas /	164					
N° Total Pautas	179					
% Cumplimiento	91.62%					
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA API 1.2 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Imagenología	1° EM: 0	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 2/3	Porcentaje obtenido: 67%	Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA API 1.3 / HALLAZGOS

API 1.3 – Primer elemento medible: Se describe en documentos elaborados por el Servicio de Imagenología.

Servicio de Imagenología				
Nombre del documento 1: Procedimiento Solicitud e Indicaciones de Exámenes Radiológicos (Código PO-IMA-05)				
N° Resolución: No hay	Versión:01	Fecha: Abril 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 13
Elaborado por: Rossana Huerta M., Tecnólogo Médico Unidad Apoyo Imagenología		Aprobado por: Dr. Ricardo Seguel Dumont, Médico Jefe Imagenología.		
El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)				
1. Los requisitos que deben cumplir las	Si	2. Las indicaciones que deben entregarse a los pacientes antes y		Si

solicitudes de exámenes		después de los procedimientos imagenológicos según corresponda	

Breve descripción del contenido del documento 1:
Se consigna, en el alcance que el protocolo aplica a los pacientes beneficiarios y/o no beneficiarios de la Red, hospitalizados, ambulatorios, de emergencia y referidos de los servicios clínicos y establecimientos de nivel primario.

En el punto 4 se definen los responsables de la ejecución, entre otros:

- Médico tratante: Escribir con letra clara la orden de examen, completando los campos establecidos en el formulario RG-IMA-03-00. Escribir el diagnóstico o la sospecha clínica, claramente especificada; como también, los antecedentes clínicos resumidos, cuando sea necesario (Ej.: Si ha recibido quimioterapia o radioterapia). Debe anotar con claridad su nombre en la indicación de examen, a fin de identificarlo para eventualmente solicitar mayores antecedentes o para avisarle algún hallazgo o resultado crítico.
- Tecnólogo Médico: Verificar previamente que la orden de examen cumpla las especificaciones requeridas de identificación y datos del paciente.

En el punto 7 "Descripción del Proceso", en las páginas 4 y 5 los requisitos que deben cumplir las solicitudes (manuales o electrónicas) de exámenes imagenológicos:

- Ser confeccionada por el médico tratante de los servicios clínicos, unidades de apoyo, emergencias, policlínicos de atención ambulatoria (CDT), Centros de Referencia (CRS) y consultorios de atención primaria (APS), como también de otros establecimientos de la Red de Salud, en caso de requerir atención.
- Deben incluir: nombre y dos apellidos del paciente, RUT, edad o fecha de nacimiento, fecha de la solicitud, número de ficha clínica, procedencia, nombre del examen o procedimiento a realizar, diagnóstico presunto, nombre o timbre o firma del médico que solicita el examen. En caso de pacientes hospitalizados, también se debe indicar sala y cama de hospitalización.

En el punto 7.2 se incluyen las indicaciones para Tomografía Computada. Respecto de la preparación; se explicita, entre otras, las indicaciones en el caso de pacientes con insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica (paciente en diálisis). Respecto a la ejecución del procedimiento imagenológico, se especifica, por ejemplo, que todo paciente de riesgo que requiera ayuda o inmovilización debe ser acompañado al interior del escáner por personal paramédico o auxiliar del servicio derivador.

En el punto 7.3 se incluyen las indicaciones para Radiología Simple y Contrastada. Respecto de la preparación, se consigna, entre otros, que en los exámenes radiológicos ambulatorios que incluyan preparación previa y ayuno, deberá acompañarse la orden de examen de una hoja de indicaciones específica según el procedimiento a realizar. En relación a la ejecución, se definen indicaciones para pacientes hospitalizados, entre otras, que los pacientes que requieran realizarse exámenes con contraste endovenoso, debe llegar a la unidad de imagenología con vía venosa permeable y llave de tres pasos.
En el punto 7.4 se incluyen las indicaciones para la preparación y ejecución de la Ecotomografía.

En el punto 9 "Registros asociados", se consignan, entre otros:
IT-IMA-06-00 Instrucciones de preparación para la realización de Uretrocistografía
IT-IMA-07-00 Instrucciones de preparación para la realización de Colangiografía postoperatoria
IT-IMA-09-00 Instrucciones de preparación para la realización de Radiografía Renal, Vesical, Columna y Sacrocoxis
ITA-IMA-10-00 Instrucciones de preparación para la realización de TAC Urotac
IT-IMA-08-00 Indicaciones post-examen con medio de contraste

Nombre del documento 2: Procedimiento de prevención de Eventos Adversos asociados a exámenes invasivos, sedación y anestesia. Código PO-IMA-02

N° Resolución: No hay	Versión:03	Fecha: Junio 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 30

Elaborado por: María Yampara Flores y Rossana Huerta M., Tecnólogos Médicos Unidad Apoyo Imagenología	Aprobado por: Dr. Marcelo Ávila Jaramillo, Médico Jefe Unidad de Apoyo Imagenología.

El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)

1. Los requisitos que deben cumplir las solicitudes de exámenes	No	2. Las indicaciones que deben entregarse a los pacientes antes y después de los procedimientos imagenológicos según corresponda	Si

Breve descripción del contenido del documento 2: Consigna en el punto 9 "Documentos asociados", los siguientes, entre otros:

- IT-IMA-02-00. Instrucciones de preparación para la realización de TAC contrastado de cerebro, cuello, tórax, angiotac
- IT-IMA-03-00. Instrucciones de preparación para la realización de TAC de abdomen y pelvis sin contraste, PIELOTAC
- IT-IMA-04-00. Instrucciones de preparación para la realización de TAC contrastado de abdomen y pelvis
- IT-IMA-05-00. Instrucciones de premedicación para pacientes alérgicos
- IT-IMA-10-00. Instrucciones de preparación para la realización de TAC contrastado de abdomen y pelvis, UROTAC
- IT-IMA-08-00. Indicaciones post examen con medio de contraste
- IT-IMA-14-00. Indicaciones post procedimientos intervencionales

En el Anexo 1, se incluyen las siguientes indicaciones de preparación previa e indicaciones para el paciente:

- Instrucciones de preparación para la realización de TAC contrastado de cerebro, cuello, tórax y angiotac (IT-IMA-02-00)
- Instrucciones de preparación para la realización de TAC contrastado de abdomen y pelvis (IT-IMA-04-00)
- Instructivo para el paciente que requiera biopsia/drenaje (IT-IMA-12-00)
- Instructivo de preparación para la realización de urotac (IT-IMA-10-00)

En el Anexo 2, se incluyen las instrucciones de premedicación para los pacientes alérgicos (IT-IMA-05-00)
En el Anexo 3, se incluye un instructivo para la administración de medio de contraste I/V, se incluye un instructivo (IT-IMA-20-00)
En el Anexo 6, se incluyen las "Indicaciones post-examen con medio de contraste" (IT-IMA-08-00) y las "Indicaciones post procedimientos intervencionales" (IT-IMA-14-00)

Observaciones: Se constata la versión anterior del documento "Procedimiento de prevención de Eventos Adversos asociados a exámenes invasivos, sedación y anestesia. Código PO-IMA-02", versión 02, de Abril 2013, vigencia 3 años.

Se constata el documento en los siguientes puntos de verificación:			
Servicio de Imagenología (1 y 2)	UPC Adulto (1)	Medicina (1 y 2)	URG (1)
Registrar los Servicios que competen a los puntos de verificación y su cumplimiento: - Servicio de Imagenología: Se constatan ambos documentos. Cumple - UPC Adulto: Se constata documento 1 (Código PO-IMA-05). Cumple. - UTIMQ: Se constata documento 1 (Código PO-IMA-05). Cumple. - UCI Coronaria: Se constata documento 1 (Código PO-IMA-05). Cumple. - Medicina: Se constata documento 1 (Código PO-IMA-05). Cumple. - UAPP: Se constata documento 1 (Código PO-IMA-05). Cumple. - Pensionado Medicina: Se constata documento 1 (Código PO-IMA-05). Cumple. - Urgencia Ad., Ped. y Gine-Obst: Se constata documento 1 (Código PO-IMA-05). Cumplen.			
Observaciones:			

API 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Imagenología		
Nombre del indicador	% de solicitud de exámenes de imagenología con datos completos según procedimiento, por unidad	
Fórmula matemática	(N° de solicitudes de exámenes con datos completos según procedimiento por unidad en el período/N° total de solicitudes de exámenes generadas por unidad, en el mismo período) x 100	
Umbral de cumplimiento: ≥ 90%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Adulto – UCI Coronaria – UTIMQ		
Nombre del indicador	% de solicitud de exámenes de imagenología con datos completos según procedimiento, por unidad	
Fórmula matemática	(N° de solicitudes de exámenes con datos completos según procedimiento por unidad en el período/N° total de solicitudes de exámenes generadas por unidad, en el mismo período) x 100	
Umbral de cumplimiento: ≥ 90%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
Medicina – UAPP – Medicina Pensionado		
Nombre del indicador	% de solicitud de exámenes de imagenología con datos completos según procedimiento, por unidad	
Fórmula matemática	(N° de solicitudes de exámenes con datos completos según procedimiento por unidad en el período/N° total de solicitudes de exámenes generadas por unidad, en el mismo período) x 100	
Umbral de cumplimiento: ≥ 90%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
URG Adultos- Pediatría y URG Gine- Obst.		
Nombre del indicador	% de solicitud de exámenes de imagenología con datos completos según procedimiento, por unidad	
Fórmula matemática	(N° de solicitudes de exámenes con datos completos según procedimiento por unidad en el período/N° total de solicitudes de exámenes generadas por unidad, en el mismo período) x 100	
Umbral de cumplimiento: ≥ 90%		Periodicidad de la evaluación: Mensual

API 1.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Imagenología	
Nombre documento	Informe de evaluación de indicador Solicitud de Exámenes Hospital Regional de Antofagasta
Responsable medición	Tecnólogos Médicos Supervisora y Encargada de Calidad Unidad de Apoyo Imagenología
Fuente primaria	Formularios de solicitudes de exámenes de rayos y scanner
Fuente secundaria	Planillas excel de verificación de indicaciones y solicitudes de exámenes
Periodo evaluado	Mayo – octubre 2015
Metodología de medición	Mensualmente se toma una muestra aleatoria del total de solicitudes de exámenes de rayos y scanner generadas por los servicios clínicos del hospital. Se revisan las solicitudes y se aplica una pauta de verificación para consignar el cumplimiento de los siguientes requisitos: datos completos del paciente, la orden registra el diagnóstico, datos del médico, registro de la ficha o RUT y registro de la procedencia de la solicitud. Se considera que la solicitud cumple con lo requerido, si están completos todos los campos señalados en la pauta de verificación. Luego se elabora el indicador para cada servicio clínico.
UPC Adulto – UCI Coronaria - UTIMQ	
Nombre documento	Informe de evaluación de indicador Solicitud de Exámenes Hospital Regional de Antofagasta
Responsable medición	Tecnólogos Médicos Supervisora y Encargada de Calidad Unidad de Apoyo Imagenología
Fuente primaria	Formularios de solicitudes de exámenes de rayos y scanner
Fuente secundaria	Planillas excel de verificación de indicaciones y solicitudes de exámenes
Periodo evaluado	Mayo – octubre 2015
Metodología de medición	Mensualmente, en la Unidad de Imagenología, los tecnólogos médicos responsables del indicador toman una muestra aleatoria del total de solicitudes de exámenes de rayos y scanner generadas por los servicios clínicos del hospital. Se revisan las solicitudes y se aplica una pauta de verificación para consignar el cumplimiento de los siguientes requisitos: datos completos del paciente, la orden registra el diagnóstico, datos del médico, registro de la ficha o RUT y registro de la procedencia de la solicitud. Se considera que la solicitud cumple con lo requerido, si están completos todos los campos señalados en la pauta de verificación. Luego se elabora el indicador y un informe para cada servicio clínico.
Medicina – UAPP – Medicina Pensionado	

Nombre documento	Informe de evaluación de indicador Solicitud de Exámenes Hospital Regional de Antofagasta
Responsable medición	Tecnólogos Médicos Supervisora y Encargada de Calidad Unidad de Apoyo Imagenología
Fuente primaria	Formularios de solicitudes de exámenes de rayos y scanner
Fuente secundaria	Planillas excel de verificación de indicaciones y solicitudes de exámenes
Periodo evaluado	Mayo – octubre 2015
Metodología de medición	Mensualmente, en la Unidad de Imagenología, los tecnólogos médicos responsables del indicador toman una muestra aleatoria del total de solicitudes de exámenes de rayos y scanner generadas por los servicios clínicos del hospital. Se revisan las solicitudes y se aplica una pauta de verificación para consignar el cumplimiento de los siguientes requisitos: datos completos del paciente, la orden registra el diagnóstico, datos del médico, registro de la ficha o RUT y registro de la procedencia de la solicitud. Se considera que la solicitud cumple con lo requerido, si están completos todos los campos señalados en la pauta de verificación. Luego se elabora el indicador y un informe para cada servicio clínico.

URG Adultos- Pediatría y URG Gine- Obst.

Nombre documento	Informe de evaluación de indicador Solicitud de Exámenes Hospital Regional de Antofagasta
Responsable medición	Tecnólogos Médicos Supervisora y Encargada de Calidad Unidad de Apoyo Imagenología
Fuente primaria	Formularios de solicitudes de exámenes de rayos y scanner
Fuente secundaria	Planillas excel de verificación de indicaciones y solicitudes de exámenes
Periodo evaluado	Mayo – octubre 2015
Metodología de medición	Mensualmente, en la Unidad de Imagenología, los tecnólogos médicos responsables del indicador toman una muestra aleatoria del total de solicitudes de exámenes de rayos y scanner generadas por los servicios clínicos del hospital. Se revisan las solicitudes y se aplica una pauta de verificación para consignar el cumplimiento de los siguientes requisitos: datos completos del paciente, la orden registra el diagnóstico, datos del médico, registro de la ficha o RUT y registro de la procedencia de la solicitud. Se considera que la solicitud cumple con lo requerido, si están completos todos los campos señalados en la pauta de verificación. Luego se elabora el indicador y un informe para cada servicio clínico.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Servicio de Imagenología

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Solicitudes de exámenes con datos completos / N° Solicitudes de exámenes generadas por las Unidades	1.952 / 2.055	1.848 / 2.071	1.728 / 2.097	1.727 / 2.083	1.768 / 2.016	1.770 / 2.003
% Cumplimiento	94,99%	89,23%	82,4%	82,91%	87,7%	88,37%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Servicio de Imagenología

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de octubre 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador y los registros**.** Se randomiza para obtener una muestra de 30 pautas. Se revisan las 7 primeras, constatando que cumplen el procedimiento institucional. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la Situación 1 de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" del Ord. Circular IP N° 2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° Solicitudes de exámenes con datos completos / N° Solicitudes de exámenes generadas por las Unidades	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: Adicionalmente, la evaluadora para formarse la convicción de la validez y confiabilidad del sistema de registros primarios utilizados en la Unidad de Imagenología para elaborar los indicadores presentados en los distintos puntos de verificación, solicita su visualización en el sistema informático. Al azar, se selecciona el indicador de rayos del mes de septiembre 2015, del punto de verificación "URG Ad y Ped". Se constata el total de los registros utilizados para elaborar el indicador "% de solicitudes de exámenes de imagenología con datos completos según procedimiento" de exámenes de rayos de adultos y niños. En conjunto con la tecnóloga médica encargada, se revisan los datos en el formato Excel denominado "2015 Lista de chequeo indicaciones del indicador de las solicitudes de Rayos". Se verifica que para cada solicitud de examen se chequea que se cumplan los siguientes requisitos: datos completos del paciente, la orden registra el diagnóstico, datos del médico, registro de la ficha o RUT y registro de la procedencia. De un total mensual de 756 solicitudes de exámenes, 638 de ellas cumplen con los requisitos definidos; lo que implica un 84,39% de cumplimiento. Se constata que el resultado del chequeo de los registros primarios es consistente con el resultado presentado en el informe mensual por el Prestador. La evaluadora, se forma la convicción que el sistema de registros primarios utilizado es sistemático, permite acceder a los distintos meses incluidos en el período retrospectivo, visualizar los registros de los distintos puntos de verificación del indicador para rayos y scanner; como también, corroborar los resultados incluidos en los informes consolidados mensuales; y para cada uno de los servicios clínicos que forman parte de los distintos puntos de verificación definidos en la característica.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Adulto

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Solicitudes de exámenes de Scanner com datos completos / N° Solicitudes de exámenes de Scanner generadas por la Unidad	27 / 27	21 / 21	23 / 25	22 / 22	18 / 19	24 / 26
% Cumplimiento	100%	100%	92%	100%	94,7%	92,3%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Adulto

Describir constatación: En la Unidad de Imagenología, se constata el sistema de registros primarios del indicador. Se selecciona en forma aleatoria el mes de agosto 2015, se revisan los datos del total de solicitudes en el sistema informático. Dado que hay consistencia entre el resultado reportado por el Prestador y los registros, se da por cumplido el elemento medible.						
Mes /Año	Agosto 2015					
N° Solicitudes de exámenes con datos completos / N° Solicitudes de exámenes generadas por las Unidades	22 22					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: En el punto de verificación se presentan los resultados del indicador separados, para las solicitudes de exámenes de Scanner y Rayos. Se selecciona, al azar, presentar los datos del indicador de solicitudes de "Scanner".						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UCI Coronaria						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Solicitudes de exámenes de Rayos con datos completos / N° Solicitudes de exámenes de Rayos generadas por la Unidad	90 99	60 61	105 115	106 115	69 89	107 122
% Cumplimiento	90,9%	98%	91%	92%	88%	87%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UCI Coronaria						
Describir constatación: En la Unidad de Imagenología, se constata el sistema de registros primarios del indicador. Se selecciona en forma aleatoria el mes de Mayo 2015. Se revisan los datos del total de solicitudes en el sistema informático. Dado que hay consistencia entre el resultado reportado por el Prestador y los registros, se da por cumplido el elemento medible.						
Mes /Año	Mayo 2015					
N° Solicitudes de exámenes con datos completos / N° Solicitudes de exámenes generadas por las Unidades	90 99					
% Cumplimiento	90,9%					
Observaciones: En el punto de verificación se presentan los resultados del indicador separados, para las solicitudes de exámenes de Scanner y Rayos. Se selecciona, al azar, presentar los datos del indicador de solicitudes de "Rayos".						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UTIMQ						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Solicitudes de exámenes de Rayos con datos completos / N° Solicitudes de exámenes de Rayos generadas por la Unidad	48 48	57 58	69 73	66 67	48 50	29 31
% Cumplimiento	100%	98,3%	94,5%	98,5%	96%	93,5%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UTIMQ						
Describir constatación: En la Unidad de Imagenología, se constata el sistema de registros primarios del indicador. Se selecciona en forma aleatoria el mes de Julio 2015. Se revisan los datos del total de solicitudes en el sistema informático. Dado que hay consistencia entre el resultado reportado por el Prestador y los registros, se da por cumplido el elemento medible.						
Mes /Año	Julio 2015					
N° Solicitudes de exámenes con datos completos / N° Solicitudes de exámenes generadas por las Unidades	69 73					
% Cumplimiento	94,5%					
Observaciones: En el punto de verificación se presentan los resultados del indicador separados, para las solicitudes de exámenes de Scanner y Rayos; como también, para cada uno de ellos, de solicitudes de exámenes generadas en sectores de hospitalización "S" y "T". Se selecciona, al azar, presentar los datos del indicador de solicitudes de "Rayos" del sector "S".						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Medicina						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Solicitudes de exámenes de Rayos con datos completos / N° Solicitudes de exámenes de Rayos generadas por la Unidad	34 35	43 46	32 34	29 37	27 31	25 30
% Cumplimiento	97,1%	93,5%	94,1%	78,4%	87,1%	83,3%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Medicina						
Describir constatación: En la Unidad de Imagenología, se constata el sistema de registros primarios del indicador. Se selecciona en forma aleatoria el mes de Septiembre 2015. Se revisan los datos del total de solicitudes en el sistema informático. Dado que hay consistencia entre el resultado reportado por el Prestador y los registros, se da por cumplido el elemento medible.						
Mes /Año	Septiembre 2015					
N° Solicitudes de exámenes con datos completos / N° Solicitudes de exámenes generadas por las Unidades	27 31					

% Cumplimiento	87,1%					
Observaciones: En el punto de verificación se presentan los resultados del indicador separados, para las solicitudes de exámenes de Scanner y Rayos; como también, para cada uno de ellos, de solicitudes de exámenes generadas en sector de hospitalización de "hombres" y "mujeres". Se selecciona, al azar, presentar los datos del indicador de solicitudes de "Rayos" en el sector de "hombres".						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UAPP						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Solicitudes de exámenes de Rayos con datos completos / N° Solicitudes de exámenes de Rayos generadas por la Unidad	8 8	2 4	12 14	7 7	9 11	10 10
% Cumplimiento	100%	50%	85.7%	100%	81,8%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UAPP						
Describir constatación: En la Unidad de Imagenología, se constata el sistema de registros primarios del indicador. Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre 2015. Se revisan los datos del total de solicitudes en el sistema informático. Dado que hay consistencia entre el resultado reportado por el Prestador y los registros, se da por cumplido el elemento medible.						
Mes /Año	Octubre 2015					
N° Solicitudes de exámenes con datos completos / N° Solicitudes de exámenes generadas por las Unidades	10 10					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: En el punto de verificación se presentan los resultados del indicador separados, para las solicitudes de exámenes de Scanner y Rayos. Se selecciona, al azar, presentar los datos del indicador de solicitudes de "Rayos". En la revisión de los documentos, se detecta error de transcripción en el informe disponible en el servicio clínico en los meses de mayo, julio y octubre. Se incluyen en el informe de acreditación, para los meses mencionados, los datos consignados en los informes consolidados de evaluación del indicador de la Unidad de Imagenología.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Pensionado Medicina						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Solicitudes de exámenes de Rayos con datos completos / N° Solicitudes de exámenes de Rayos generadas por la Unidad	9 9	0 0	3 4	6 6	1 1	0 1
% Cumplimiento	100%	0%	75%	100%	100%	0%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Pensionado Medicina						
Describir constatación: En la Unidad de Imagenología, se constata el sistema de registros primarios del indicador. Se selecciona en forma aleatoria el mes de Mayo 2015. Se revisan los datos del total de solicitudes en el sistema informático. Dado que hay consistencia entre el resultado reportado por el Prestador y los registros, se da por cumplido el elemento medible.						
Mes /Año	Mayo 2015					
N° Solicitudes de exámenes con datos completos / N° Solicitudes de exámenes generadas por las Unidades	9 9					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: En el punto de verificación se presentan los resultados del indicador separados, para las solicitudes de exámenes de Scanner y Rayos. Se selecciona, al azar, presentar los datos del indicador de solicitudes de "Rayos".						

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG (Ad-Ped)						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Solicitudes de exámenes de Scanner con datos completos / N° Solicitudes de exámenes de Scanner generadas por la Unidad	263 266	230 264	220 258	224 261	242 279	195 218
% Cumplimiento	98,9%	87,71%	85,3%	85,8%	86,7%	89,4%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG (Ad-Ped)						
Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de septiembre para constatar la consistencia entre el resultado presentado y los registros primarios existentes en la Unidad de Imagenología; dado que el indicador es elaborado por el tecnólogo médico de imagenología. Se selecciona una muestra de 30 registros, de forma sistemática, constatando que los 7 primeros registros cumplen con el procedimiento definido. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la Situación 1 de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" del Ord. Circular IP N° 2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015. se da por cumplido el elemento medible						
Mes /Año	Septiembre 2015					
N° Solicitudes de exámenes de						

Scanner con datos completos / N° Solicitudes de exámenes de Scanner generadas por la Unidad	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: En el punto de verificación se presentan los resultados del indicador separados, para las solicitudes de exámenes de Scanner y Rayos. Se selecciona, al azar, para constatar los resultados del indicador del punto de verificación "URG Ad y Ped" los registros de las solicitudes de "Scanner".						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG (Gine-Obst)						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Solicitudes de exámenes de Rayos o Scanner con datos completos / N° Solicitudes de exámenes de Rayos o Scanner generadas por la Unidad	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
% Cumplimiento	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG (Gine-Obst)						
Describir constatación: La encargada del punto de verificación presenta los informes mensuales del indicador, en los cuales se consigna que durante los meses de mayo a octubre no se elaboró el indicador porque no se solicitaron exámenes de rayos ni scanner a las pacientes del servicio de urgencia de gine-obstétrica.						
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA API 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	**Servicio de Imagenología**	**UPC Adulto**	**Medicina**	**URG**
Primer elemento medible	1	1	1	1
Segundo elemento medible	1	1	1	1
Tercer elemento medible	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥66%	Puntaje total: 12/12	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple:Si

SERVICIOS DE APOYO – KINESIOTERAPIA (APK)

CARACTERÍSTICA APK 1.1 /HALLAZGOS

APK 1.1 – Primer elemento medible: Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia
Prestador al que compra: Prestador declara que no se realizan compras a terceros

CARACTERÍSTICA APK 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: NA	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: NA	Porcentaje obtenido: NA	Cumple: NA

CARACTERÍSTICA APK 1.2 / HALLAZGOS

APK 1.2 – Primer elemento medible: Se describe en documentos elaborados por la Unidad de Kinesioterapia.

Unidad de Kinesioterapia				
Nombre del documento 1: Protocolo de Preparación del Paciente para Kinesiterapia Respiratoria en Adultos Hospitalizados				
Código PT-KNT-01	Versión:01	Fecha: 07/2015	Fecha vigencia: 07/2020	N° páginas: 13
Elaborado por: Marcelo Valderrama, Kinesiólogo Wanda Bugueño Kinesióloga, Unidad de Medicina Física y Rehabilitación		Aprobado por: Dra. Natalia Llanos Jefe Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional de Antofagasta		
Describe (Si/No)	1. Los requisitos de preparación del paciente previo a la ejecución de procedimientos de KNTR			Si
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, se tiene a la vista documento "Protocolo de Preparación del Paciente para Kinesiterapia Respiratoria en Adultos Hospitalizados", en las páginas 2 a la 4 del documento, consta una breve introducción al procedimiento, su alcance y los responsables de su ejecución. En la página 5 se describe el desarrollo del procedimiento, el que considera los siguientes puntos: • **Indicación de la Intervención kinésica**: Las intervenciones kinésicas se realizan bajo indicación médica escrita en la hoja de indicaciones clínicas diarias y en hoja de interconsulta. • **Preparación del Paciente Previo a la Ejecución de la Kinesiterapia Respiratoria**: La preparación previa a la intervención Kinésica debe ser conocida por el paciente, equipo de salud y familiares y/o cuidadores del paciente. Es necesario que, previo a la intervención kinésica los pacientes cumplan con los siguientes requisitos, dependiendo de su categorización de gravedad: • Monitorización del paciente, de acuerdo su condición general • Paciente hemodinámicamente estable				

- En caso de paciente en ventilación mecánica, debe tener su vía aérea artificial (tubo endotraqueal o cánula de traqueotomía con adecuada fijación y mascara de ventilación mecánica no invasiva, con adecuado posicionamiento).
- En pacientes categorizados como de extrema gravedad o muy lábiles, la decisión de la intervención está supeditada a la discusión con el médico tratante acerca del beneficio de la intervención cotejada con el riesgo a intervenir.
- La unidad del paciente debe contar con los elementos necesarios para la intervención kinésica
- El paciente debe permanecer, a lo menos, 90 minutos en ayuno.
- Si el paciente presenta dolor se debe administrar analgesia de acuerdo al EVA antes de la intervención kinésica
- Pacientes en aislamiento deben explicitar el tipo de aislamiento y la unidad debe contar con los implementos necesarios para brindar la intervención kinésica con seguridad para el paciente y operador
- El paciente previo a la intervención kinésica debe encontrarse en buenas condiciones higiénicas

- **Preparación del Paciente por el kinesiólogo:** El profesional kinesiólogo, previo a la intervención de kinesiterapia respiratoria, debe preparar al paciente realizando algunas de las siguientes acciones según corresponda:
  - Cotejar la identificación del paciente con su brazalete de identificación según lo descrito en el procedimiento institucional
  - Evaluación kinésica: lectura de la ficha clínica, análisis de radiografías torácicas, evaluación clínica del paciente, consultas a médico tratante y consultas a personal de enfermería.
  - En caso de pacientes lábiles con diagnósticos que impliquen potencial deterioro a su estabilidad (Hipertensión Endocraneana, Hipertensión Pulmonar, Síndrome de Distress Respiratorio Agudo, Hiperreactividad de Vía Aérea Alta o baja), se debe hiperventilar al paciente por 2 minutos.
- **Pasos del Procedimiento:**
  - Constatación de la indicación médica de kinesiterapia respiratoria
  - Revisión de antecedentes clínicos en la ficha clínica
  - Revisión de hoja de indicaciones médicas y signos vitales actualizados
  - Lavado clínico de manos
  - Presentación y explicación de los objetivos del procedimiento al paciente y solicitar su consentimiento para realizar el procedimiento
  - Evaluación de Signos Vitales
  - Cabecera a 30°
  - Evaluación kinésica respiratoria
  - Evaluación kinésica final
  - Registro en la hoja clínica
  - Registro en la hoja de actividades semanales de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación
  - Registro en la Pauta de Cotejo, la cual se deja adjunta en la ficha clínica del paciente

En páginas 10 y 11 consta Anexo N°1 "Indicador de Cumplimiento".
En página 13 Anexo 3 " Pauta de Supervisión Cumplimiento de Protocolo"
El Prestador presenta versión anterior del documento Protocolo de "Preparación del Paciente para Kinesiterapia Respiratoria en Adultos Hospitalizados", Versión 00 del 12/2011 con Vigencia de 3 años.

Se constata el documento en los siguientes puntos de verificación:

Kinesioterapia	UPC Ad.	UPC Ped.	Pediatría	Medicina
Si	SI	NA	NA	Si

Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
El documento descrito se constata en los Servicios y Unidades detallados:
- Kinesiterapia,
- Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico para punto de verificación UPC Ad.

Servicio de Medicina, Unidad Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico Quirúrgico para punto de verificación Medicina.

Nombre del documento 2: Protocolo de Preparación del Paciente Pediátrico Previo a la Ejecución de Kinesiterapia Respiratoria

Código PO-KNT-01	Versión:02	Fecha: 07/2012	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 18

Elaborado por:	Aprobado por:
Romina Farías, Kinesióloga Unidad de Medicina Física y Rehabilitación	Dr. Antonio Cárdenas, Jefe Servicio Pediatría del Hospital Regional de Antofagasta

Describe (Si/No)	1. Los requisitos de preparación del paciente previo a la ejecución de procedimientos de KNTR	Si

Breve descripción del contenido del documento:
El documento tenido a la vista se encuentra con su fecha de vigencia vencida, se solicita al Prestador documento vigente, ante lo cual declara que no dispone de una versión vigente.

Se constata el documento en los siguientes puntos de verificación:

Kinesioterapia	UPC Ad.	UPC Ped.	Pediatría	Medicina
No	NA	No	No	NA

Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
Se constata documento con vigencia vencida y sin versión vigente en:
- Kinesiterapia
- Unidad de Paciente Crítico Pediátrico
- Servicio de Pediatría

No cumple lo solicitado por el elemento medible

Observaciones:
El documento presentado por el Prestador "Protocolo de Preparación del Paciente Pediátrico Previo a la Ejecución de Kinesiterapia Respiratoria" tiene su periodo vigencia vencido y no existe otro documento actualizado.

APK 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

UPC Adulto

Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de la preparación del paciente previo a la atención Kinesiológica	
Fórmula matemática	(N° pacientes preparados para la Kinesiterapia respiratoria según protocolo/N° total de pacientes que se les realiza Kinesiterapia respiratoria)*100.	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Coronaria		
Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de la preparación del paciente previo a la atención Kinesiológica	
Fórmula matemática	(N° pacientes preparados para la Kinesiterapia respiratoria según protocolo/N° total de pacientes que se les realiza Kinesiterapia respiratoria)*100.	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UTIMQ		
Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de la preparación del paciente previo a la atención Kinesiológica	
Fórmula matemática	(N° pacientes preparados para la Kinesiterapia respiratoria según protocolo/N° total de pacientes que se les realiza Kinesiterapia respiratoria)*100.	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ped		
Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de la preparación del paciente previo a la atención Kinesiológica	
Fórmula matemática	(N° pacientes preparados para la Kinesiterapia respiratoria según protocolo/N° total de pacientes que se les realiza Kinesiterapia respiratoria)*100.	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Pediatría		
Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de la preparación del paciente previo a la atención Kinesiológica	
Fórmula matemática	(N° pacientes preparados para la Kinesiterapia respiratoria según protocolo/N° total de pacientes que se les realiza Kinesiterapia respiratoria)*100.	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Medicina: Servicio Medicina, Unidad de Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico-Quirtúrgico		
Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de la preparación del paciente previo a la atención Kinesiológica	
Fórmula matemática	N° pacientes preparados para la Kinesiterapia respiratoria según protocolo/N° total de pacientes que se les realiza Kinesiterapia respiratoria.	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Observaciones: En entrevista con Kinesióloga Sra. Wanda Bugueño a cargo del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, declara que los informes "Medición de Indicadores Camas Básicas", incluyen los servicios de pacientes adultos no críticos como: Servicio de Medicina, Unidad de Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico Quirúrgico.		

APK 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

UPC Adulto: UCI Adulto	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Encargado de Calidad de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Cumplimiento del protocolo
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se selecciona, aleatoriamente, el día de la semana, el número de la cama a aplicar la pauta de supervisión y el horario. Si el paciente no tiene indicación de kinesiterapia, se sustituye por el siguiente y así sucesivamente, hasta llegar al paciente con indicación de Kinesiterapia respiratoria. Se aplica 1 pauta cada vez que se le realiza la intervención kinésica. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Fecha • N° de ficha • Nombre del paciente • Nombre del Kinesiólogo supervisado • Nombre del Kinesiólogo supervisor • Registro es legible • Existe registro de indicación médica en ficha clínica • Elementos de aspiración • Ayuno requerido • Aplicación escala de gravedad KTR • Paciente preparado d acuerdo a procedimiento • Se realiza KTR • Se registra en ficha clínica En la pauta de supervisión, se consigna, además, el mes evaluado y la fecha de evaluación Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
UPC Adulto: UCI Coronaria	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Encargado de calidad de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Cumplimiento del Protocolo
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se selecciona aleatoriamente el día de la semana, el número de la cama a aplicar la pauta de

	supervisión y el horario. Si el paciente no tiene indicación de kinesiterapia, se sustituye por el siguiente y así sucesivamente, hasta llegar al paciente con indicación de Kinesiterapia respiratoria. Se aplica 1 pauta cada vez que se le realiza la intervención kinésica. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Fecha • N° de ficha • Nombre del paciente • Nombre del Kinesiólogo supervisado • Nombre del Kinesiólogo supervisor • Registro es legible • Existe registro de indicación médica en ficha clínica • Elementos de aspiración • Ayuno requerido • Aplicación escala de gravedad KTR • Paciente preparado d acuerdo a procedimiento • Se realiza KTR • Se registra en ficha clínica En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado y la fecha de evaluación Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
UPC Adulto: UTI MQ	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Encargado de calidad de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Cumplimiento del Protocolo
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se selecciona aleatoriamente el día de la semana, el número de la cama a aplicar la pauta de supervisión y el horario. Si el paciente no tiene indicación de kinesiterapia, se sustituye por el siguiente y así sucesivamente, hasta llegar al paciente con indicación de Kinesiterapia respiratoria. Se aplica 1 pauta cada vez que se le realiza la intervención kinésica. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Fecha • N° de ficha • Nombre del paciente • Nombre del Kinesiólogo supervisado • Nombre del Kinesiólogo supervisor • Registro es legible • Existe registro de indicación médica en ficha clínica • Elementos de aspiración • Ayuno requerido • Aplicación escala de gravedad KTR • Paciente preparado d acuerdo a procedimiento • Se realiza KTR • Se registra en ficha clínica En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado y la fecha de evaluación Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados. .
UPC Ped	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Encargado de calidad de la Unidad de Medicina Física y rehabilitación
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Procedimiento KTR Pacientes Pediátricos
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se selecciona aleatoriamente el día de la semana, el número de la cama a aplicar la pauta de supervisión y el horario. Si el paciente no tiene indicación de kinesiterapia, se sustituye por el siguiente y así sucesivamente, hasta llegar al paciente con indicación de Kinesiterapia respiratoria. Se aplica 1 pauta cada vez que se le realiza la intervención kinésica. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Fecha • N° de ficha • Nombre del paciente • Nombre del Kinesiólogo supervisado • Nombre del Kinesiólogo supervisor • Registro es legible • Existe registro de indicación médica en ficha clínica • Elementos de aspiración • Ayuno requerido • Aplicación escala de gravedad KTR • Paciente preparado d acuerdo a procedimiento • Se realiza KTR • Se registra en ficha clínica

	En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado y la fecha de evaluación Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados. .
Pediatría	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Encargado de calidad de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Procedimiento KTR Pacientes Pediátricos
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se selecciona aleatoriamente el día de la semana, el número de la cama a aplicar la pauta de supervisión y el horario. Si el paciente no tiene indicación de kinesiterapia, se sustituye por el siguiente y así sucesivamente, hasta llegar al paciente con indicación de Kinesiterapia respiratoria. Se aplica 1 pauta cada vez que se le realiza la intervención kinésica. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Fecha • N° de ficha • Nombre del paciente • Nombre del Kinesiólogo supervisado • Nombre del Kinesiólogo supervisor • Registro es legible • Existe registro de indicación médica en ficha clínica • Elementos de aspiración • Ayuno requerido • Aplicación escala de gravedad KTR • Paciente preparado d acuerdo a procedimiento • Se realiza KTR • Se registra en ficha clínica En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado y la fecha de evaluación Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados. .
Medicina: Servicio Medicina, Unidad atención Progresiva del paciente y Pensionado Médico-Quirúrgico	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Encargado de calidad de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Cumplimiento del Protocolo
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se selecciona aleatoriamente el día de la semana, el número de la cama a aplicar la pauta de supervisión y el horario. Si el paciente no tiene indicación de kinesiterapia, se sustituye por el siguiente y así sucesivamente, hasta llegar al paciente con indicación de Kinesiterapia respiratoria. Se aplica 1 pauta cada vez que se le realiza la intervención kinésica. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Fecha • N° de ficha • Nombre del paciente • Nombre del Kinesiólogo supervisado • Nombre del Kinesiólogo supervisor • Registro es legible • Existe registro de indicación médica en ficha clínica • Elementos de aspiración • Ayuno requerido • Aplicación escala de gravedad KTR • Paciente preparado d acuerdo a procedimiento • Se realiza KTR • Se registra en ficha clínica En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado y la fecha de evaluación Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.

Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Adulto: UCI Adulto

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	33	30	41	38	40	33
N° Total Pautas	33	30	41	38	40	33
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Adulto: UCI Adulto

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo". El resultado reportado es de 100% Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 111 pautas del periodo. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en

terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2" de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Agosto, Septiembre y Octubre del 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo" en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Adulto: UCI Coronaria

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	33	33	27	33	26	33
N° Total Pautas	33	33	33	33	26	33
% Cumplimiento	100%	100%	81.1%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Adulto: UCI Coronaria

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo". El resultado reportado es de 94%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión de un total de 99 pautas del periodo . Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2" de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo" en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Adulto: UTI MQ

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	41	32	23	33	20	33
N° Total Pautas	41	33	23	34	20	33
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Adulto: UTI MQ

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo". El resultado reportado es de 100% Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 97 pautas del periodo. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2" de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo" en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ped

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	30	28	29	29	28	28
N° Total Pautas	30	28	29	29	28	30
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	93,3%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ped

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo". El resultado reportado es de 98%, Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 87 pautas del periodo. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de

acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2" de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Agosto, Septiembre y Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo" en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Ped						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	27 / 27	21 / 21	22 / 22	15 / 15	21 / 21	22 / 22
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Ped						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo". El resultado reportado es de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 70 pautas del periodo. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2" de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Mayo, Junio y Julio del 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo" en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Medicina: Servicio Medicina, Unidad atención Progresiva del paciente y Pensionado Médico-Quirúrgico						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	33 / 33	32 / 32	40 / 40	32 / 32	32 / 32	32 / 32
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo". El resultado reportado es de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 96 pautas del periodo. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2" de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Agosto, Septiembre y Octubre del 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						
Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo" en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.						

CARACTERÍSTICA APK 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Kinesioterapia	UPC Adulto	UPC Ped	Pediatría	Medicina
Primer elemento medible	0	1	0	0	1
Segundo elemento medible		1	1	1	1

Tercer elemento medible		1	1	1	1
Umbral de la característica:≥75%	Puntaje total: 10/13		Porcentaje obtenido: 77%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APK 1.3 / HALLAZGOS

APK 1.3 – Primer elemento medible: Se describen en un documento elaborado por la Unidad de Kinesioterapia.

Unidad de Kinesioterapia					
Nombre del documento: "Prevención de eventos adversos relacionados con la Rehabilitación kinésica motora, en adultos hospitalizados HCRA"					
Código: PO-KTR-02	Versión:01	Fecha:13 Noviembre 2013	Fecha vigencia:3 años		N° páginas:16
Elaborado por: Wanda Bugueño T, Kinesiólogo Encargada Unidad KNT HCRA			Aprobado por: Pendiente aprobación		
Describe (Si/No)	1. Contraindicaciones para ejecución de procedimientos específicos	Si	2. Prevención de eventos adversos relacionados con la rehabilitación kinésica	Si	
Breve descripción del contenido del documento: El documento denominado "Prevención de eventos adversos relacionados con la Rehabilitación kinésica motora, en adultos hospitalizados. HCRA", describe en el punto 1 denominado "Objetivo", dos objetivos orientados a resguardar la seguridad de la atención en la aplicación y la prevencvión de eventos adversos en la rehabilitación kinésica motora y aplicación de fisioterapia. En el punto 5 denominado "Descripción del proceso", define quien realizará la evaluación y preparación del paciente. En el punto 6 denominado"Indicaciones y contraindicaciones de Procedimientos específicos", detalla listado de contraindicaciones en caso de Kinesiotertapia motora y Fisioterapia. En el punto 6.4 donominado "Prevención de quemadura como evento adverso", describe clasificación de los usurios con riesgo y las acciones a realizar para la prevención. En el punto 6.5 denominado "Prevención de riesgo der caída", describe con qué instrumento se evaluará el riesgo de caída y las acciones a realizar para la prevención de dicho evento adverso.					

APK 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Kinesioterapia	
Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de la aplicación del " Formulario de precauciones en Rehabilitación segura para la Kinesioterapia" en pacientes adultos hospitalizados
Fórmula matemática	N° de pacientes ingresados a Kinesioterapia motora a quienes se les aplicó " Formulario de precauciones en Rehabilitación segura para la Kinesioterapia x 100 N° Total de pacientes que se les realiza Kinesioterapia motora
Umbral de cumplimiento:75%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

APK 1.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Kinesioterapia
Observaciones: Prestador declara no realizar evaluación. Dado que no se cuenta con evaluación periódica no se realiza constatación.

CARACTERÍSTICA APK 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Kinesioterapia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 0
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 2/3	Porcentaje obtenido: 66%		Cumple: Si

SERVICIOS DE APOYO – MEDICINA TRANSFUSIONAL (APTr)

CARACTERÍSTICA APTr 1.1 / HALLAZGOS

APTr 1.1 – Primer elemento medible: Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia
Comentarios: La Unidad de Medicina Transfusional cuenta con un certificado de fecha 3 de Noviembre firmado por el Ing. Juan Urrutia Reyes del Director del Hospital "Dr. Leonardo Guzmán" Antofagasta en el cual se certifica que no se han realizado compras de servicios de Medicina Transfusional en los últimos seis meses del año 2015. No aplica.

CARACTERÍSTICA APTr 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: N/A	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: N/A	Porcentaje obtenido: N/A	Cumple: N/A

CARACTERÍSTICA APTr 1.2 / HALLAZGOS

APTr 1.2 – Primer elemento medible: Se describen en documentos elaborados por la Unidad los siguientes procedimientos relacionados con el proceso de transfusión.

Unidad de Medicina Transfusional				
Nombre del documento: Instructivo determinación Grupo Sanguíneo ABO-Rh-D				
Código: UT-UMT-01	Versión: 03	Fecha: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas:10
Elaborado por: Alejandra Vega, Tecnólogo Médico			Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre	
El (los)documento (s) describe (n) los siguientes procedimientos y responsables: (Si/No)				

1. Determinación de grupos A, B, 0 y Rh - D y detección de anticuerpos irregulares (todos aquellos con significación clínica)	Si	2. Eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión	Si								
3. Condiciones de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos	Si	4. Gestión del stock	Si	5. Estudios de compatibilidad donante / paciente	Si	6. Control A, B, 0 y Rh –D pre-transfusional	Si				
7. Administración de transfusiones	Si	8. Vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos	Si	9. Se han definido los responsables de su aplicación	Si						

Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es entregar instrucciones para realizar la clasificación sanguínea ABO y Rh haciendo uso de los métodos usados en la unidad. Incluye los responsables, definiciones, referencias, materiales, equipos, descripción de la tarea, informe de los resultados, control de calidad y anexos.
Las técnicas descritas son la determinación del grupo en tubo, en microplaca, en lámina que se utiliza para la reclasificación de los pacientes y para los donantes. Actualmente, se utiliza la determinación en tubo como respaldo ya que la técnica utilizada es inmunohematológica en sistema Biovue.
La eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión, las condiciones de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos, la gestión del stock, los estudios de compatibilidad donante / paciente, el control A, B, 0 y Rh –D pre-transfusional, la administración de transfusiones y la vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos, se encuentran en los siguientes documentos:

Nombre del documento N° 2: Eliminación de bolsas de Sangre no aptos para la Producción y Hemocomponentes no aptos para transfusión
Código: PO-CS-02
Versión:01
Fecha: Octubre 2013
Fecha vigencia:5 años
N° páginas:11
Elaborado por: Jorge Barra, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es estandarizar el procedimiento de eliminación de componentes sanguíneos que no cumplen con los requisitos durante el proceso de extracción, producción y/o administración. Incluye responsables, definiciones, referencias, materiales, descripción del proceso y anexos. Este procedimiento aplica a las características APTr 1.2 y APCs 1.2.
Las causas de eliminación las define como:
Hemocomponentes no aptos para la producción:
Glóbulos rojos: Hemolizados, circuito abierto, presencia de coágulos, volumen post fraccionamiento inferior o superior al establecido.
Plaquetas: Contaminadas con glóbulos rojos, torbellino escaso, circuito abierto, volumen post fraccionamiento inferior o superior al establecido como óptimo.
Plasma: Ictérico, lipémico, quilosos, coloración distinta a la aceptable, contaminados con glóbulos rojos, volumen post fraccionamiento inferior o superior al establecido como óptimo, con circuito abierto.
Hemocomponentes no aptos para la transfusión:
Glóbulos rojos: Matraz con circuito abierto por más de 24 horas, unidades vencidas, presencia de coágulos
Plaquetas: Matraz con torbellino plaquetario escaso, turbidez visible, unidades vencidas o sin agitación por más de 3 horas, circuito abierto.
Plasma: Matraces descongelados y mantenidos a 2°C – 6°C por más de 24 horas, matraz roto al descongelar.

Nombre del documento N° 3: Condiciones de almacenamiento de componentes sanguíneos
Código: IT-UMT-07
Versión: 00
Fecha: Noviembre 2013
Fecha vigencia: 4 años
N° páginas: 10
Elaborado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo de documento es establecer las condiciones de temperatura para el almacenamiento de la sangre total y componentes sanguíneos en la unidad. La vida útil de los hemocomponentes depende en parte de las temperaturas de almacenamiento establecidas internacionalmente. Incluye responsables, materiales y equipos y descripción de la tarea.
Describe el almacenamiento de:

- Sangre total obtenida en colectas y la enviada desde otros establecimientos.
- Glóbulos rojos y plaquetas con estudios serológicos pendientes, los listos para transfundir
- Plasma fresco congelado y crioprecipitados con estudios serológicos pendientes, con estudios serológicos realizados y no reactivos y el stock para uso diario
- Hemocomponentes con circuitos abiertos (Glóbulos rojos, plaquetas, plasma y crioprecipitados)

Nombre del documento N°4: Envío y recepción de Hemocomponentes y sangre para su procesamiento
Código: PO-UD-02
Versión: 04
Fecha: Octubre 2013
Fecha vigencia: 5 años
N° páginas: 15
Elaborado por: Jorge Barra, Tecnólogo Médico, Encargado de Calidad Banco de Sangre
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre

Breve descripción del contenido del documento: El procedimiento es transversal para APTr 1.2 y APDs 1.1.
El documento describe las condiciones de traslado controladas de sangre total y hemocomponentes a modo de recepcionar los productos sanguíneos aptos para ser procesados o transfundidos. Incluye responsables, definiciones, referencias, materiales y descripción del proceso.
Cada vez que se requiera transportar desde el Banco de Sangre del hospital hacia otros hospitales o viceversa, se debe utilizar un contenedor con unidades refrigerantes y el dispositivo de control de temperatura activado. Al recepcionar la sangre, el registro de temperatura se debe imprimir para dejar constancia que se ha cumplido con las temperaturas requeridas para el transporte de la sangre o hemocomponentes.

Nombre del documento N° 5: Gestión del stock de Hemocomponentes
Código:PO-UMT-05
Versión: 02
Fecha: Julio 2014
Fecha vigencia: 5 años
N° páginas: 11
Elaborado por: Ana María Cuellar, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo de este documento es garantizar una cantidad de hemocomponentes para satisfacer la demanda del establecimiento en su totalidad. Incluye responsables, definiciones, referencias, materiales y equipos, descripción del proceso anexos y documentos asociados.
El stock se estableció con los datos históricos del semestre anterior y con éste se establece la duración semanal. Diariamente, en el turno de noche se cuentan las unidades existentes y se consignan en documento RG-UMT-27-00 "Registro de stock diario de hemocomponentes" y se deja el documento adherido en el libro de entrega de turno.
Los Hospitales de Calama, Tal Tal y Tocopilla atienden dadores y las unidades extraídas son enviadas al Hospital de Antofagasta para ser analizadas y fraccionadas. El Banco de Sangre del Hospital de Antofagasta, los surte de sangre y hemocomponentes, mantiene un stock mínimo, el cual es definido por ellos. Esto se hace, de esta manera, para evitar obsolescencia o sobre stock en ellos.
El procedimiento incluye indicadores de obsolescencia de glóbulos rojos y plaquetas, demanda insatisfecha de glóbulos rojos y plaquetas.

Nombre del documento N°6 : Estudios de compatibilidad paciente/donante
Código: IT-UMT-05
Versión: 01
Fecha: Noviembre 2013
Fecha vigencia:4 años
N° páginas:11
Elaborado por: Pamela Nilo, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es entregar las instrucciones para realizar el estudio de compatibilidad donante/paciente cuando se soliciten glóbulos rojos para transfundir. Esta prueba permite investigar in vitro si en el plasma del paciente existen o no anticuerpos contra de los antígenos de los glóbulos rojos a transfundir. Incluye responsables, referencias, materiales y equipos, descripción del proceso, informe de resultados, control de calidad (con controles comerciales), anexos y documentos asociados.
Para la prueba de compatibilidad, se debe conocer el grupo sanguíneo del receptor, se selecciona la unidad a transfundir, se realiza el estudio de compatibilidad en los glóbulos rojos en microcolumnas o en tubo si no funciona sistema anterior y si esta es negativa, se anota el N° de cola de la unidad de glóbulos rojos y las iniciales del tecnólogo médico responsable, la fecha y hora de preparación de la transfusión.

Nombre del documento N°7: Control A, B, 0 y Rh –D pre-transfusional
Código: IT-UMT-08
Versión: 00
Fecha: Noviembre 2013
Fecha vigencia: 4 años
N° páginas: 5
Elaborado por: Cynthia Pérez, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es realizar un procedimiento seguro a los pacientes que requieran terapia transfusional. Incluye responsables, referencias, materiales y equipos, descripción del proceso, informe de resultados, control de calidad, anexos y documentos asociados.
Para el control pretransfusional se debe identificar al paciente de manera verbal, reclasificarlo en lámina y registrar la clasificación obtenida en la etiqueta del hemocomponente que se deja en la ficha del paciente anotando las iniciales del tecnólogo médico y los resultados obtenidos.

Nombre del documento N°8: Administración de transfusiones
Código:PO-UMT-02
Versión: 02
Fecha: Noviembre 2013
Fecha vigencia: 3 años
N° páginas:16
Elaborado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo es establecer condiciones seguras para el paciente receptor de una

transfusión. Incluye responsables, referencias, materiales y equipos, descripción del proceso, informe de resultados, control de calidad, anexos y documentos asociados.
Para instalar una transfusión, se debe identificar al paciente, reclasificar el grupo sanguíneo, preparar la vía venosa, realizar control de signos vitales, conexión del matraz y supervisar la velocidad de infusión. La vigilancia durante la administración de la transfusión de signos y síntomas de reacciones adversas y el manejo inmediato del personal ante una de ellas, es muy importante; es por eso, que solo puede realizarse si existe personal clínico que pueda monitorizar al paciente y auxiliarlo en caso de complicación.
Clasifica los efectos adversos como agudos (aparecen durante el acto transfusional o hasta las 24 horas) y retardados (aparecen más allá de las 24 horas después del inicio de la transfusión).

Complicaciones agudas:

- Reacción hemolítica aguda
- Reacción febril no hemolítica
- Reacción alérgica
- TRALI (Lesión Pulmonar Aguda producida por Transfusión)
- Aloinmunización con destrucción plaquetaria inmediata
- Contaminación bacteriana
- Sobrecarga circulatoria
- Reacciones hipotensivas

Complicaciones tardías:

- Reacción hemolítica retardada
- Aloinmunización frente a antígenos eritrocitarios, plaquetarios, leucocitarios o proteínas plasmáticas
- Púrpura postransfusional
- Enfermedad de injerto contra huésped postransfusional
- Inmunomodulación
- Transmisión de agentes infecciosos
- Hemosiderosis post transfusional

Adicionalmente, incluye malas prácticas en la administración de la transfusión y el indicador de cumplimiento de la supervisión de administración de hemocomponentes.

Nombre del documento N°9: Vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos
Código: PO-UMT-03
Versión:01
Fecha: Septiembre 2014
Fecha vigencia: 5 años
N° páginas: 13
Elaborado por: Pamela Milo, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es aplicar un sistema de vigilancia activa y prevención de las reacciones adversas en las transfusiones instaladas en el Hospital Regional de Antofagasta y en Diálisis externas. Este procedimiento se aplica a todos los pacientes que reciben transfusión. Incluye responsables, definiciones, clasificación de las reacciones adversas, referencias, descripción del proceso, anexos y el indicador.
La prevención y vigilancia en la unidad clínica es de responsabilidad de la enfermera de la unidad y la prevención y vigilancia en el Banco de Sangre es de responsabilidad del Tecnólogo Médico.
En anexo N°1 define las categorías y el enfoque de las reacciones adversas y en el anexo N° 2, define el indicador.

APTr 1.2 – Segundo elemento medible: Se han definido indicadores y umbrales de cumplimiento.

Unidad de Medicina Transfusional	
Nombre del indicador	% de reacciones adversas a la transfusión de glóbulos rojos por incompatibilidad ABO en unidades clínicas del Hospital Regional de Antofagasta
Fórmula matemática	(N° de reacciones transfusionales de glóbulos rojos por incompatibilidad ABO /N° total de transfusiones de glóbulos rojos realizadas en un mes) x 100
Umbral de cumplimiento: 0%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

APTr 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Medicina Transfusional						
Nombre documento	Vigilancia de reacciones adversas a medicina transfusional					
Responsable medición	TM Pamela Nilo Véliz					
Fuente primaria	Orden de transfusión, parte posterior "vigilancia de reacciones adversas" y registro de monitoreo					
Fuente secundaria	Libro de "Registro Administración terapia transfusional" RG-UMT-12-00. En observaciones, se coloca si hubo o no reacción adversa					
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 015					
Metodología de medición	Diariamente se revisan las solicitudes de transfusión y se registra en observaciones del "Libro de Administración terapia transfusional y en el REM 25 (Estadísticas enviadas al Ministerio de Salud). Mensualmente se realiza un consolidado que, también, se envía a IAAS (Infecciones Asociadas a Salud).					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Unidad de Medicina Transfusional						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Transfusiones de glóbulos rojos que No cumplen / N° Total de transfusiones Glóbulos	0 / 369	0 / 386	1 / 432	3 / 380	0 / 455	0 / 473

rojos						
% Cumplimiento	0%	0%	0,23%	0,79%	0%	0%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Medicina Transfusional

Describir constatación**:** Se selecciona aleatoriamente el mes de Junio 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros. Se solicita al encargado del Banco de Sangre la estadística de transfusiones de glóbulos rojos y las reacciones adversas del mismo mes. Se revisa el sistema informático SBS en archivo de transfusiones (drive) que contiene los siguientes datos: N° de unidad, origen, fecha de extracción, destino 1, componente sanguíneo, N° de lote de producción del componente, destino 2, estado (transfundido o eliminado), nombre del receptor, responsable estado, responsable instalación, eventos adversos, correlativo de transfusión, libro de registro (sin observaciones), formularios de solicitud, de transfusión, registro de despacho, registro de administración y registro de reacción adversa. Se filtran las transfusiones de glóbulos rojos y se constata que se realizó 386 transfusiones de glóbulos rojos.
Se elige aleatoriamente 30 transfusiones. Se solicita el libro "Registro Administración Terapia transfusional" RG-UMT-12-00 que cuenta con los campos de: fecha, nombre del paciente, correlativo de transfusión, servicio solicitante, N° de hemocomponentes solicitados y observaciones. Adicionalmente, el archivador con los "Formularios de solicitud de transfusión en pacientes adultos" para revisar por nombre, fecha y folio de transfusión la "vigilancia de eventos adversos" que queda consignada en la parte posterior del formulario.
Se revisan las 7 primeras solicitudes de transfusión en el libro "Registro Administración Terapia transfusional" y se observa que no hay observaciones. Posteriormente, se revisa la parte posterior de los "Formularios de solicitud de transfusión en pacientes adultos" en "Vigilancia de eventos adversos" se observa que el paciente no presentó reacción adversa.
Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador; se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3, aprobada por Resolución Exenta IP N° 63, de 14 enero de 2015.

Mes /Año	Junio 2015					
N° Transfusiones de Glóbulos rojos que No cumplen / N° Total de transfusiones Glóbulos rojos	0 386					
% Cumplimiento	0%					

APTr 1.2 – Cuarto elemento medible: Se constata la existencia y vigencia de los siguientes registros.

Unidad de Medicina Transfusional

Se constatan los siguientes registros y su vigencia: (Si/No)

1. Calificación inmunohematológica	Si	Vigente	Si	2. Temperatura de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos	Si	Vigente	Si							
3. Eliminación de componentes sanguíneos	Si	Vigente	Si	4. Estudios de compatibilidad	Si	Vigente	Si	5. Unidades de componentes sanguíneos transfundidos	Si	Vigente	Si			

Observaciones: En la unidad de medicina transfusional cuentan con los siguientes registros:
1.- Calificación inmunohematológica: El documento utilizado es el Libro foliado "Serología de donantes" código RG-CS-06-00 que comienza el 17 de Diciembre del 2014 en la página N°2.
Incluye los siguientes datos:

- N° correlativo
- N° de donante
- Grupo ABO
- Du
- Fecha de proceso
- VIH
- HTLV I y II
- Virus Hepatitis B
- Virus Hepatitis C
- Treponema Pallidum
- Chagas
- TM responsable
- Fecha del resultado
- Resultados en duplicado de repetición
- TM responsable, fecha del examen

Adicionalmente, cuenta con columnas de etiquetado que incluyen glóbulos rojos, plaquetas, plasma, TM encargado de etiquetado y observaciones.
Este libro se llena con los datos entregados por los equipos de inmunohematología (Auto Vue Innova) con cartridge de columnas y para los resultados de serología los entregados por el equipo Davinci Quatro.
Todos estos datos se ingresan al sistema computacional del Banco de Sangre SBS.

2.- Temperatura de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos:
a) Temperatura de almacenamiento: Cada refrigerador, congelador y agitador de plaquetas cuenta con su registro de temperatura. Los datos de temperatura se toman todos los días, 3 veces. Se llena hoja de registros mensual de "Control de temperatura". Se guardan en archivador por equipo.
b) Control de temperatura de transporte: Se registra en sistema computacional Data Logger. Se grafica la temperatura por envío solo de las unidades recibidas. La frecuencia de envío de los hospitales de la red a Antofagasta depende de su manejo de stock.
Los gráficos se guardan junto con el consolidado del envío y la información del donante en carpeta N° 28 "Recepción de sangre

total de los hospitales de la red".
Para los envíos de hemocomponentes, el Banco de Sangre sólo puede registrar la temperatura del envío ya que los hospitales de la red no cuentan con el sistema computacional. En archivador N° 27 "Solicitudes y despachos de hemocomponentes a los hospitales de la red" se guarda el consolidado del envío y éste se registra en el sistema computacional SBS.

3.- Eliminación de hemocomponentes:
La eliminación de hemocomponentes se registra en libro "Registro diario de eliminación de hemoderivados", código RG-CS-02-01. El libro no es foliado, comienza el 21 de Abril del 2015 con el N° 1933, correlativo de eliminación del año en curso. La información se ingresa al sistema computacional SBS.

4.- Estudios de compatibilidad:
El estudio de compatibilidad queda registrado en la hoja de "Registro de despacho de transfusión", código RG-UMT-05-00. Se consigna la prueba cruzada, hora y fecha, N° de la cola del matraz, TM responsable de la prueba, hora y fecha de despacho y TM encargada del despacho.
La prueba de compatibilidad que registrada en el sistema computacional SBS.

5.- Unidades de componentes sanguíneos transfundidos:
Se utiliza el libro "Registro administración terapia transfusional", código RG-UMT-12-00 con fecha de inicio 1° de Enero 2015 con el N° 1 (folio anual) que cuenta con los siguientes campos: fecha, nombre del paciente, correlativo anual de transfusión, servicio solicitante, N° de hemocomponentes (cantidad, tipo y orden del hemocomponente) y observaciones.
Se ingresa al sistema computacional SBS.
Dado que se constata la existencia y vigencia de los registros señalados en los párrafos precedentes, se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APTr 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Unidad de Medicina Transfusional	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1	4° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 4/4	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA APTr 1.3 / HALLAZGOS

APTr 1.3 – Primer elemento medible: Existe un sistema de registro establecido de los componentes sanguíneos que permita su trazabilidad o seguimiento inequívoco desde el donante que lo origina hasta el receptor del componente específico.

Unidad de Medicina Transfusional
Descripción del sistema de registro: El sistema establecido en la Unidad de Medicina Transfusional es el siguiente: todo donante queda registrado en el sistema informático SBS el cual asigna la etiqueta y el folio único, todas las transfusiones son ingresadas al sistema computacional y estos datos, son los que permiten realizar la trazabilidad de todo el proceso.

APTr 1.3– Segundo elemento medible: Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Unidad de Medicina Transfusional		
Nombre del documento: Sistema de Registro de Componentes Sanguíneos (Trazabilidad)		
Código: PO-UMT-06	Versión: 00	Fecha: Enero 2014
Elaborado por: Cynthia Pérez , Tecnólogo Médico	Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre	
Nombre del responsable: Cynthia Pérez L.	Profesión: Tecnólogo Médico	Cargo: Encargada Titular
Observaciones: La asignación de responsabilidad para evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos es de Cynthia Pérez Lucic, Tecnólogo Médico, Rut: 11.377.931-4, encargada Titular y de Jorge Barra Flores, Tecnólogo Médico, Rut: 16.133.469-3, encargado Subrogante, según consta en Resolución Exenta N° 2457 del 20 de Mayo 2011 extendida por el Dr. Edgardo Álvarez Núñez, Médico Cirujano, Director (S), Hospital Regional de Antofagasta. El objetivo del sistema de registros de componentes sanguíneos, en mantener un sistema de registro de toda unidad de sangre total o hemocomponente que ingrese y salga de la unidad de Banco de Sangre. El documento es transversal para, APTr 1.3, APDs 1.2, APCs 1.4. Designa responsables y funciones del Tecnólogo Médico de la unidad de donantes, del encargado del fraccionamiento, del encargado de la serología, de la unidad de medicina transfusional y de la supervisora de la unidad. Describe un sistema que permite el seguimiento de las unidades de sangre desde su obtención hasta su destino final (transfusión, eliminación o derivación). El procedimiento define que se realiza ejercicios trimestrales con 30 unidades elegidas de manera aleatoria.		

APTr 1.3– Tercer elemento medible: Se constata trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Unidad de Medicina Transfusional		
Metodología de constatación: Aleatoriamente se eligen 3 órdenes de transfusión. Se busca en "Libro de registro de administración terapia transfusional, código RG-UMT-12-00, el nombre del paciente y el hemocomponente solicitado. Posteriormente, se revisan las órdenes de transfusión ordenadas por correlativo y fecha y de ésta, se obtiene el N° de donante. Se revisa el sistema informático SBS por el N° de donante, la fecha de donación y la encuesta del donante.		
N°	Registro revisado	Cumple trazabilidad
1	Se constata la trazabilidad de la orden de transfusión N° 2670 registrada en el libro "Registro Administración Terapia Transfusional" RG-UMT-12-00 que corresponde a paciente del servicio de	Si

	Medicina mujeres que fue transfundido el día 24 de Junio 2015 con una unidad de glóbulos rojos grupo A(+). Se busca el formulario de "Solicitud de transfusión en pacientes adultos" y el "Registro de despacho de Transfusión" desde donde se obtiene el N° del donante. Se busca en el sistema informático SBS por el N° 15E000166 y se constata que pertenece a donante de colecta móvil, cuya donación fue el día 27 de Mayo 2015, exámenes realizados el día 28 de Mayo 2015. Grupo A(+) y serología negativa.	
2	Se constata la trazabilidad de la orden de transfusión N° 4003 registrada en el libro "Registro Administración Terapia Transfusional" RG-UMT-12-00 que corresponde a paciente del servicio TIM que fue transfundido el día 15 de Septiembre 2015 con dos unidades de plasma fresco. Se busca el formulario de "Solicitud de transfusión en pacientes adultos" y el "Registro de despacho de Transfusión" desde donde se obtiene el N° del donante. Se busca en el sistema informático SBS por el N° 15V001626 y se constata que pertenece a donante voluntario de colecta fija, cuya donación fue el día 31 de Julio 2015, exámenes realizados el mismo día. Grupo A (+) y serología negativa y el N° 15C001088 y se constata que pertenece a donante de reposición, cuya donación fue el día 10 de Agosto 2015, exámenes realizados el día 11 de Agosto 2015. Grupo A (+) y serología negativa.	Si
3	Se constata la trazabilidad de la orden de transfusión N° 2434 registrada en el libro "Registro Administración Terapia Transfusional" RG-UMT-12-00 que corresponde a paciente del servicio de Diálisis que fue transfundido el día 5 de Junio 2015 con una unidad de glóbulos rojos grupo O (+). Se busca el formulario de "Solicitud de transfusión en pacientes adultos" y el "Registro de despacho de Transfusión" desde donde se obtiene el N° del donante. Se busca en el sistema informático SBS por el N° 15L000645 y se constata que pertenece a donante de Calama, cuya donación fue el día 01 de Junio 2015, exámenes realizados el día 02 de Junio 2015. Grupo O (+) y serología negativa.	Si
Observaciones: Se da por cumplida la característica en base a los criterios definidos en el Oficio Circular N°5 del 6 de Mayo del 2013 respecto de "Orientaciones Técnicas para la Constatación de la trazabilidad de Biopsias y Componentes sanguíneos ", letra B contenidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3, aprobada por Resolución Exenta IP N° 63, de 14 enero de 2015.		

CARACTERÍSTICA APTr 1.3/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Unidad de Medicina Transfusional	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

SERVICIOS DE APOYO – ATENCIÓN DE DONANTES (APDs)

CARACTERÍSTICA APDs 1.1 / HALLAZGOS

APDs 1.1 – Primer elemento medible: Se describen en documentos elaborados por la Unidad los procedimientos de donación de sangre que abordan los siguientes aspectos.

Unidad de Atención de Donantes				
Nombre del documento: Procedimiento de Identificación y Codificación de Donantes				
Código: PO-UD-03	Versión: 03	Fecha: Agosto 2015	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 11
Elaborado por: Jorge Barra, Tecnólogo Médico		Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre		
El (los)documento (s) describe (n) los procedimientos de donación y contemplan al menos: (Si/No)				
1. Identificación y codificación del donante	Si	2. Selección del donante	Si	
3. Obtención de consentimiento informado	Si	4. Extracción de sangre	Si	5. Transporte de bolsas de sangre Si
6. Manejo de eventos adversos asociado a la donación	Si	7. Se han definido los responsables de su aplicación	Si	

Breve descripción del contenido del documento: el objetivo del procedimiento es identificar y registrar a través de una codificación única los matraces de sangre y hemoderivados recibidos en el Banco de Sangre con el fin de obtener la trazabilidad del matraz desde el donante hasta el receptor o eliminación del matraz trazado.
La identificación del donante se realiza con números y letras.

- Los primeros números corresponden a los dos últimos dígitos del año (ejemplo:15)
- La letra, corresponde al tipo de donante (ejemplo: C)
- Los últimos números corresponden al N° de donación del año en curso (ejemplo: 005624)

Existen varios tipos de donantes:
C : donante de reposición
V : donante voluntario en Banco de Sangre
E : donante voluntario móvil o externo
L : donante de Calama
P : donante de Tocopilla
T : donante de Tal Tal
La información del donante se ingresa al sistema informático SBS y este automáticamente se asocia a la etiqueta preimpresa y genera un folio correlativo.

Observaciones: Se tiene a la vista versión anterior del documento código PO-UD-03 de 11 páginas, fecha de emisión Junio 2012 y vigencia de 3 años elaborado por Jorge Barra, Tecnólogo Médico encargado de calidad y aprobado por Dra. Natalia Valenzuela.

Nombre del documento N°2: Selección del Donante de Sangre

Código: PO-UD-04
Versión: 01
Fecha: Septiembre 2015
Fecha vigencia: 4 años
N° páginas:19
Elaborado por: Vanessa Astudillo, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: el documento define los responsables y sus funciones.
El Tecnólogo Médico es el responsable de la entrevista al donante, dar la consejería pre donación y de rechazar al donante que no cumpla con los requisitos establecidos.
El administrativo, es responsable de verificar en el sistema informático SBS que no tiene impedimento para donar.
El técnico paramédico, es el responsable de realizar el grupo sanguíneo en lámina y el examen físico.
El donante debe llenar la encuesta en la que se solicitan los datos demográficos y antecedentes médicos.
En el documento se incluyen las condiciones para donar sangre, las causas de rechazo y las áreas endémicas.

Observaciones: Se tiene a la vista versión anterior del documento, código PO-UD-04 de 54 páginas, fecha de emisión Octubre 2011 y vigencia de 1 año elaborado por Ana María Cuellar, Tecnólogo Médico y aprobado por Dra. Natalia Valenzuela.
Documento no cumple con la retrospectividad requerida, dado que fue elaborado en el mes de Septiembre de 2015.

Nombre del documento N° 3: Obtención del consentimiento informado
Código: IT-UD-06
Versión: 00
Fecha: Julio 2014
Fecha vigencia: 5 años
N° páginas: 4
Elaborado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo es entregar información respecto a los test realizados como tamizaje microbiológico a las unidades de sangre donadas, de manera que permita al donante decidir con conocimiento de causa y voluntariamente, realizarse o no estos exámenes.
El Tecnólogo Médico de atención de donantes, es el responsable de entregar la información al donante así como registrar el otorgamiento del consentimiento informado en la encuesta de donación y en el documento de consentimiento informado. Con la firma del documento, el donante certifica la información y que ha recibido la consejería.

Nombre del documento N°4:Extracción de Sangre
Código: IT-UD-04
Versión: 00
Fecha: Enero 2013
Fecha vigencia: 5 años
N° páginas: 12
Elaborado por: Alejandra Vega, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El documento entrega indicaciones para realizar una extracción de sangre que no dañe al donante y que procure resguardar la sangre extraída en condiciones que aseguren la calidad de los componentes a producir. La extracción de sangre debe realizarse en condiciones asépticas y de seguridad para el donante con el fin de evitar eventos adversos al receptor y al donante. Define los responsables del proceso y el procedimiento que incluye la recepción del donante, los exámenes pre extracción (peso, presión, pulso, temperatura, hemoglobina y grupo en lámina), la preparación del sitio de punción venosa, la limpieza del sitio de punción, la punción venosa y la extracción de sangre, la toma de muestras para serologías (tubos piloto), el manejo de la bolsa finalizada la extracción y las actividades post extracción.

Nombre del documento N° 5: Envío y recepción de Hemocomponentes y sangre para su procesamiento
Código: PO-UD-02
Versión: 04
Fecha: Octubre 2013
Fecha vigencia: 5 años
N° páginas: 15
Elaborado por: Jorge Barra, Tecnólogo Médico encargado de Calidad Banco de Sangre
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El procedimiento es transversal para APTr 1.2 y APDs 1.1.
El documento describe las condiciones de traslado controladas de sangre total y hemocomponentes a modo de recepcionar los productos sanguíneos aptos para ser procesados o transfundidos. Incluye responsables, definiciones, referencias, materiales y descripción del proceso.
Cada vez que se requiera transportar desde el Banco de Sangre del hospital hacia otros hospitales o viceversa, se debe utilizar un contenedor con unidades refrigerantes y el dispositivo de control de temperatura activado. Al recepcionar la sangre, el registro de temperatura se debe imprimir para dejar constancia que se ha cumplido con las temperaturas requeridas para el transporte de la sangre o hemocomponentes.
El Banco de Sangre recibe bolsas de sangre de los Hospitales de Calama, Tocopilla y Tal Tal.

Nombre del documento N°6: Manejo de eventos adversos asociados a la donación.
Código: PO-UD-06
Versión: 01
Fecha: Enero 2013

Fecha vigencia: 3 años
N° páginas: 14
Elaborado por: José Tello, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es dar las indicaciones para el diagnóstico y manejo oportuno de las reacciones adversas que puedan producirse en los donantes de sangre a fin de acelerar su recuperación.
Las reacciones adversas se categorizan como: síntomas locales y síntomas generalizados, las que están codificadas para su registro.
Reacciones locales:

- Hematomas
- Punción arterial
- Punción del nervio
- Tromboflebitis
- Sangrado tardía
- Alergia local
- Daño tendíneo

Reacciones generalizadas:

- Desmayos o síncopes (suspender la extracción)
- Nauseas o vómitos (suspender la extracción)
- Hiperventilación

El procedimiento incluye el indicador de porcentaje de reacciones adversas asociadas a la donación de sangre.

Todos los procedimientos cuentan con responsables de su aplicación.

Dado que el documento "Selección del Donante de Sangre", Código: PO-UD-04, Versión: 01, de fecha Septiembre 2015 no cumple con la retrospectividad requerida. Se da por no cumplido el elemento medible

APDs 1.1 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Atención de Donantes	
Nombre del indicador	Reacciones adversas asociadas a la donación de sangre
Fórmula matemática	(N° de reacciones adversas asociadas a la donación en un mes/ N° de donantes atendidos en Hospital Regional Antofagasta) x 100
Umbral de cumplimiento: 2%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

APDs 1.1 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Atención de Donantes	
Nombre documento	Medición Indicador de reacciones adversas a la donación de sangre
Responsable medición	Tecnólogo Médico Encargado de Calidad
Fuente primaria	Registros diario de flebotomía, código RG-UD-01-02 y la encuesta del donante (numerador)
Fuente secundaria	Libro de "Registro diario de flebotomía"
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se cuentan diariamente las reacciones adversas del libro diario de flebotomía y se verifica con la encuesta del donante si hubo reacción adversa. Esta información, se ingresa a una planilla Excel indicando la causa y el código de la reacción adversa. Mensualmente, en forma manual se cuentan todos los donantes atendidos y esta información se coloca en el REM 25 (estadísticas para el Ministerio de Salud) y en el denominador del indicador.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Unidad de Atención de Donantes

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Reacciones adversas /	14	20	11	13	10	14
N° Total de donantes	464	608	653	551	553	661
% Cumplimiento	3%	3,2%	1,7%	2,4%	1,8%	2,1%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Atención de Donantes

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el mes de Junio 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros. Se solicita al encargado del Banco de Sangre el libro de "Registro diario de Flebotomistas", código RG-UD-011-02 que cuenta con los campos de: fecha del registro, código de donación, grupo sanguíneo, tipo de bolsa, tiempo de extracción, presión arterial al inicio y al final, reacción adversa y tipo, tubos de muestra tomados, técnico paramédico responsable flebotomía, entrega de tubos de muestra, entrega de bolsas a fraccionamiento.
Adicionalmente, el registro de "Medición Indicador Reacciones Adversas a la donación de sangre, código RG-UD-21-00 junto con la planilla Excel con la información de los eventos adversos clasificados por tipo de donante (reposición, altruista, voluntario repetición y colecta móvil).
Se revisa el libro de registro diario y se constata que en el mes de Junio hubo 18 reacciones vasovagales inmediatas (14 dadores de reposición y 4 en dadores de colecta móvil). Se revisan las encuestas de donantes con reacción adversa.
Dado que no existe consistencia entre el resultado informado y los registros constatados; se da por no cumplido el hecho medible.

Mes /Año	Junio 2015					
N° Reacciones adversas /	18					
N° Total de donantes	608					
% Cumplimiento	2,96%					

CARACTERÍSTICA APDs 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Atención de Donantes	1° EM: 0	2° EM: 1	3° EM: 0
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 1/3	Porcentaje obtenido: 33%		Cumple: No

CARACTERÍSTICA APDs 1.2 / OBLIGATORIA / HALLAZGOS

APDs 1.2– Elemento medible: Existe un sistema de registro establecido de los componentes sanguíneos que permita su trazabilidad o seguimiento inequívoco desde el donante que lo origina hasta el receptor del componente específico.

Unidad de Atención de Donantes
Describir sistema de registro: El sistema establecido en la Unidad de Atención de Donantes es el siguiente: todo donante queda registrado en el sistema informático SBS el cual asigna la etiqueta y el folio único, todas las transfusiones son ingresadas al sistema computacional y estos datos son los que permiten realizar la trazabilidad de todo el proceso.

APDs 1.2 – Segundo elemento medible: Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Unidad de Atención de Donantes		
Nombre del Documento : Sistema de Registro de Componentes Sanguíneos (Trazabilidad)		
N° Resolución: PO-UMT-06	Versión: 00	Fecha: Enero 2014
Elaborado por: Cynthia Pérez, Tecnólogo Médico	Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre	
Nombre del responsable: Cynthia Pérez	Profesión: Tecnólogo Médico	Cargo: encargada Titular
Observaciones: La asignación de responsabilidad para evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos es de Cynthia Pérez Lucic, Tecnólogo Médico, Rut: 11.377.931-4, encargada Titular y de Jorge Barra Flores, Tecnólogo Médico, Rut: 16.133.469-3, encargado Subrogante, según consta en Resolución Exenta N° 2457 del 20 de Mayo 2011 extendida por el Dr. Edgardo Álvarez Núñez, Médico Cirujano, Director (S), Hospital Regional de Antofagasta. El objetivo del sistema de registros de componentes sanguíneos, en mantener un sistema de registros de toda unidad de sangre total o hemocomponente que ingrese y salga de la unidad de Banco de Sangre. El documento es transversal para, APTr 1.3, APDs 1.2, APCs 1.4. Designa responsables y funciones del Tecnólogo Médico de la unidad de donantes, del encargado del fraccionamiento, del encargado de la serología, de la unidad de medicina transfusional y de la supervisora de la unidad. Describe un sistema que permite el seguimiento de las unidades de sangre desde su obtención hasta su destino final (transfusión, eliminación o derivación). El procedimiento define que se realiza ejercicios trimestrales con 30 unidades elegidas de manera aleatoria.		

APDs 1.2 – Tercer elemento medible: Se constata trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Unidad de Atención de Donantes		
Metodología de constatación: Aleatoriamente, se eligen 3 donantes del semestre Mayo a Octubre 2015. En este semestre se atendió donantes desde el N° 2326 al 5831, número correlativo anual. Los números a trazar son: N° 2722 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15E000185 N° 2824 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15L000646 N° 5167 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15V002071 En el sistema informático SBS en opción detalle de la unidad, se ingresa el código de la unidad y de forma inmediata entrega los datos de su destino.		
N°	Registro revisado	Cumple trazabilidad
1	Se constata la trazabilidad del donante N° 2722 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15E000185. Donante masculino, cuya fecha de donación fue el 27 de Mayo 2015. La sangre total se fracciona en plasma fresco y glóbulos rojos. Grupo sanguíneo A (+) y serología negativa. El plasma fue transfundido a paciente masculino del servicio de Cirugía el día 1° de Junio, pruebas de compatibilidad negativas. Los glóbulos rojos fueron transfundidos a paciente masculino del servicio de Medicina el día 6 de Julio, pruebas de compatibilidad negativa.	Si
2	Se constata la trazabilidad del donante N° 2824 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15L000646. Donante masculino, cuya donación fue el 1° de Junio 2015. La sangre total se fracciona en glóbulos rojos leucoreducidos y plasma conservado. Grupo sanguíneo O (+) y serología negativa. Los glóbulos rojos leucoreducidos fueron derivados al Hospital de Tocopilla el día 8 de Junio con el correlativo de envío PD 019 2015 del "Consolidado de Envío y Recepción de Hemocomponentes" de fecha 8 de Junio 2015. Se transfunde a paciente femenina de la unidad de diálisis el día 9 de Junio. El plasma conservado, se elimina el día 2 de Junio por estar lipémico, según consta en "Registro diario de eliminación de Hemoderivados".	Si
3	Se constata la trazabilidad del donante N° 5167 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15V002071. Donante masculino, cuya donación fue el 1° de Octubre 2015. La sangre total se fracciona en glóbulos rojos, plasma y plaquetas. Grupo sanguíneo A (+) y serología negativa. Los glóbulos rojos fueron transfundidos a paciente masculino del servicio de Recuperación de Cirugía el día 22 de Octubre, pruebas de compatibilidad negativa. El plasma está congelado, guardado en freezer EQ-UMT-0202 en el cajón de plasmas grupo A. Las plaquetas se eliminaron el día 7 de octubre por obsolescencia, según consta en "Registro diario de eliminación de Hemoderivados".	SI

Observaciones: Se da por cumplida la característica en base a los criterios definidos en el Oficio Circular N°5 del 6 de Mayo del 2013 respecto de "Orientaciones Técnicas para la Constatación de la trazabilidad de Biopsias y Componentes sanguíneos ", letra B contenidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3, aprobada por Resolución Exenta IP N° 63, de 14 enero de 2015.

CARACTERÍSTICA APDs 1.2/ OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Unidad de Atención de Donantes	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

SERVICIOS DE APOYO – CENTRO DE SANGRE (APCs)

CARACTERÍSTICA APCs 1.1 / HALLAZGOS

APCs 1.1 – Primer elemento medible: Se constata que los productos recibidos provienen solamente de terceros acreditados.

Punto de verificación Dirección o Gerencia		
N°	Prestador	Autorización Sanitaria o Registro Acreditación
1	Clínica La Portada	N° Registro de Acreditación: N° 61
2	Clínica Antofagasta	N° Registro de Acreditación: N° 76
3	Hospital Militar del Norte del cirujano, Jefe del Ejército, Doctor José Manuel Ojeda Ojeda	N° Registro de Acreditación: N° 89
4	Hospital de Taltal	Resolución Exenta N° 6959 del 13 de Octubre 2015, firmada por MT. Lila Vergara Picón, Secretaria Regional Ministerial de Salud, Región Antofagasta. Copia fiel del original autentificada por Ministro de Fe, Hospital Regional Antofagasta de fecha 30 Noviembre 2015.
5	Hospital de Tocopilla	Resolución Exenta N° 2304 del 25 de Julio 2011, firmada por Dr. Marcos Madrigal Videla, Secretario Ministerial de Salud, Región Antofagasta. Copia fiel del original autentificada por Ministro de Fe, Hospital Regional Antofagasta de fecha 30 Noviembre 2015.
6	Hospital Carlos Cisternas, Calama	Resolución Exenta N° 1295 del 28 de Febrero 2014, firmada Ing. Pasme Seleme Herrera, Secretario Regional Ministerial de Salud (S), Región Antofagasta. Copia fiel del original autentificada por Ministro de Fe, Hospital Regional Antofagasta de fecha 30 Noviembre 2015.

CARACTERÍSTICA APCs 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APCs 1.2 / HALLAZGOS

APCs 1.2 – Primer elemento medible: En documentos elaborados por la Unidad se describe lo siguiente.

Centro de Sangre				
Nombre del documento: Procedimiento de Preparación de Hemoderivados				
Código: PO-CS-05	Versión: 00	Fecha: Noviembre 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 16
Elaborado por: Ana María Cuellar, Tecnólogo Médico		Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre		
El (los)documento (s) describe (n) los siguientes procedimientos y responsables: (Si/No)				
1. Procedimiento de preparación de hemocomponentes.	Si	2. Procedimiento y criterios de eliminación de bolsas de sangre no aptas para la producción.	Si	
3. Procedimiento y criterios de eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión.	Si	4. Calificación microbiológica de las unidades de sangre donadas.	Si	
5. Calificación inmunohematológica de las unidades de sangre donadas.	Si	6. Procedimiento de liberación y etiquetado de unidades producidas.	Si	
7. Almacenamiento y gestión de stock	Si	8. Transporte de hemocomponentes	Si	9. Se han definido los Responsables de su aplicación	Si
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es definir los procedimientos para preparar los diferentes hemoderivados. En el Banco de Sangre se preparan los hemocomponentes dependiendo en el tipo de bolsa en que se realice la extracción: • Fraccionamiento de bolsa cuádruple Top Bottom. Poseen anticoagulante CPD-Optisol, reduce los daños de los componentes sanguíneos y la agregación plaquetaria; y se obtiene **Glóbulos Rojos, Plasma, Plaquetas o Crioprecipitado**. Extiende la conservación de los eritrocitos mediante concentraciones de nutrientes seleccionados con lo que mejora el control de los inventarios, extendiendo el almacenamiento de los Glóbulos Rojos a 42 días. • Fraccionamiento de bolsa triple Top Bottom. Poseen anticoagulante CPD-Optisol, reduce los daños de los componentes sanguíneos y se obtiene **Glóbulos Rojos, Plasma, Buffy Coat** (capa leuco-plaquetaria que se utiliza fundamentalmente				

para la producción de interferón natural y extracto dializable de leucocitos con fines terapéuticos). Extiende la conservación de los eritrocitos mediante concentraciones de nutrientes seleccionados con lo que mejora el control de los inventarios, extendiendo el almacenamiento de los Glóbulos Rojos a 42 días.

- Fraccionamiento de bolsa triple con conservante sanguíneo SAG-Manitol (solución salina, adenina, glucosa y manitol) para conservar los hematíes con obtención de **glóbulos rojos SAG-Manitol y plasma**
- Fraccionamiento de bolsa triple con conservante sanguíneo SAG-Manitol (solución salina, adenina, glucosa y manitol) con obtención de **glóbulos rojos SAG-Manitol, plaquetas normales y plasma**
- Fraccionamiento de bolsa triple con conservante sanguíneo SAG-Manitol (solución salina, adenina, glucosa y manitol) con obtención de **glóbulos rojos SAG-Manitol, crioprecipitado y plasma sin factor VIII**
- Fraccionamiento de bolsa cuádruple con filtro integrado
- Obtención de alícuotas de 100 ml para Recién Nacido

Observaciones: El documento corresponde a la primera versión. No hay una versión anterior.

Nombre del documento N°2: Procedimiento de eliminación de bolsas de sangre NO aptas para la producción y hemocomponentes NO aptos para la transfusión.
Código: PO-CS-02
Versión: 01
Fecha: Octubre 2013
Fecha vigencia: 5 años
N° páginas: 11
Elaborado por: Jorge Barra, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento:
El objetivo del documento es estandarizar el procedimiento de eliminación de componentes sanguíneos que no cumplen con los requisitos durante el proceso de extracción, producción y/o administración. Incluye responsables, definiciones, referencias, materiales, descripción del proceso y anexos. Este procedimiento aplica a las características APTr 1.2 y APCs 1.2.
Las causas de eliminación las define como:
Hemocomponentes no aptos para la producción:
Glóbulos rojos: Hemolizados, circuito abierto, presencia de coágulos, volumen post fraccionamiento inferior o superior al establecido.
Plaquetas: Contaminadas con glóbulos rojos, torbellino escaso, circuito abierto, volumen post fraccionamiento inferior o superior al establecido como óptimo.
Plasma: Ictérico, lipémico, quilosos, coloración distinta a la aceptable, contaminados con glóbulos rojos, volumen post fraccionamiento inferior o superior al establecido como óptimo, con circuito abierto.
Hemocomponentes no aptos para la transfusión:
Glóbulos rojos: Matraz con circuito abierto por más de 24 horas, unidades vencidas, presencia de coágulos
Plaquetas: Matraz con torbellino plaquetario escaso, turbidez visible, unidades vencidas o sin agitación por más de 3 horas, circuito abierto.
Plasma: Matraces descongelados y mantenidos a 2°C – 6°C por más de 24 horas, matraz roto al descongelar.

Nombre del documento N°3 : Procedimiento Tamizaje Microbiológico de Unidades de Sangre y Notificación al donante
Código: PO-CS-04
Versión: 00
Fecha: Mayo 2014
Fecha vigencia: 5 años
N° páginas:12
Elaborado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo es determinar la condición infecciosa de las unidades de sangre recolectadas en colecta fija y móvil, realizar su confirmación y posterior notificación al donante afectado. Este procedimiento debe aplicarse a toda unidad de sangre ingresada para su procesamiento y cada vez que alguna de ellas salga positiva para alguno de los agentes estudiados. Incluye los responsables del proceso y el procedimiento de los estudios serológicos (recepción y preparación de las muestras), el tamizaje microbiológico, envío de muestras con tamizaje positivo a confirmación, recepción de la confirmación del resultado positivo y la notificación al donante. Adicionalmente, incluye indicador de tiempo de respuesta de notificación serológica positiva confirmada.

Nombre del documento N°4 :Determinación de pruebas inmunohematológicas en sistema Biovue
Código: IT-UMT-09
Versión: 00
Fecha: Septiembre 2014
Fecha vigencia: 2 años
N° páginas:21
Elaborado por: Alejandra Vega, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es entregar instrucciones para utilizar de manera correcta el sistema Ortho Bio Vue cuya tecnología se basa en la separación por tamaño de los eritrocitos aglutinados mediante filtración a través de micropartículas de vidrio. Para la interpretación de los resultados se utiliza el sistema Ortho Scan el cual captura imágenes electrónicas de patrones de aglutinación de los cassettes.
Describe la utilización del equipo y las mantenciones diarias y semanales que se deben realizar. Las pruebas que se pueden realizar son: grupo sanguíneo en adulto, prueba de confirmación de grupo sanguíneo en adulto, grupo sanguíneo en recién nacido y determinación de anticuerpos irregulares, identificación y Coombs directo. Para cada prueba utiliza cassettes diferentes.

Informe de resultado: La aglutinación se expresa en cruces (4+,3+,2+,1+, y 0 que corresponde a negativo).
En este equipo se realiza control de calidad diariamente para confirmar la reactividad de los anticuerpos ABO, Rh y K, así como las células del grupo sérico y hematíes usados en la detección de anticuerpos.

Nombre del documento N° 5 :Procedimiento de Liberación y etiquetados de unidades producidas
Código: IT-CS-03
Versión: 00
Fecha: Noviembre 2015
Fecha vigencia:4 años
N° páginas:11
Elaborado por: Alejandro Vega, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es uniformar el etiquetado de los componentes sanguíneos producidos en el Banco de sangre. El sistema de etiquetado comprende los siguientes elementos:

- Etiqueta base es la aplicada por el fabricante de la bolsa de sangre. Lleva la información del contenido de la bolsa, N° de lote y marcas guías para la colocación de etiquetas sobrepegadas.
- Etiqueta de identificación de la donación es la que tiene código de barra del número alfanumérico de identificación de la donación. Se adhiere en la bolsa en el lugar de donación y es necesario para asegurar la trazabilidad de los componentes de la sangre.
- Etiqueta del grupo sanguíneo/componente es la que contiene la información del grupo sanguíneo y del componente en código de barra y por escrito. La información específica descrita es el nombre del componente, los atributos, clasificación microbiológica, volumen, fecha de extracción y fecha de vencimiento. Toda la información de la etiqueta está en el sistema informático SBS.

Define los responsables de la tarea, los materiales y equipos.
La liberación de las unidades producidas se produce sólo cuando se ha cumplido con el procedimiento de etiquetados completo.

Observaciones: No hay versión anterior del documento.

Nombre del documento N° 6: Condiciones de almacenamiento de componentes sanguíneos
Código: IT-UMT-07
Versión: 00
Fecha: Noviembre 2013
Fecha vigencia: 4 años
N° páginas: 10
Elaborado por: : Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Aprobado por: : Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo de documento es establecer las condiciones de temperatura para el almacenamiento de la sangre total y componentes sanguíneos en la unidad. La vida útil de los hemocomponentes depende en parte de las temperaturas de almacenamiento establecidas internacionalmente. Incluye responsables, materiales y equipos y descripción de la tarea. Este procedimiento es transversal para APTr 1.2 y APCs 1.2.
Describe el almacenamiento de:

- Sangre total obtenida en colectas y la enviada desde otros establecimientos.
- Glóbulos rojos y plaquetas con estudios serológicos pendientes, los listos para transfundir
- Plasma fresco congelado y crioprecipitados con estudios serológicos pendientes, con estudios serológicos realizados y no reactivos y el stock para uso diario
- Hemocomponentes con circuitos abiertos (Glóbulos rojos, plaquetas, plasma y crioprecipitados)

Nombre del documento N° 7: Gestión del stock de Hemocomponentes
Código:PO-UMT-05
Versión: 02
Fecha: Julio 2014
Fecha vigencia: 5 años
N° páginas: 11
Elaborado por: Ana María Cuellar, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo de este documento es garantizar una cantidad de hemocomponentes para satisfacer la demanda del establecimiento en su totalidad. Incluye responsables, definiciones, referencias, materiales y equipos, descripción del proceso anexos y documentos asociados.
El stock se estableció con los datos históricos del semestre anterior y con éste se establece la duración semanal. Diariamente en el turno de noche se cuentan las unidades existentes y se consignan en documento RG-UMT-27-00 "Registro de stock diario de hemocomponentes" y se deja el documento adherido en el libro de entrega de turno.
Los Hospitales de Calama, Tal Tal y Tocopilla atienden dadores y las unidades extraídas son enviadas al Hospital de Antofagasta para ser analizadas y fracccionadas. El Banco de Sangre del hospital de Antofagasta, los surte de sangre y hemocomponentes, les mantiene un stock mínimo el cual es definido por ellos. Esto, se hace de manera para evitar obsolescencia o sobre stock en ellos. Este procedimiento incluye indicadores de obsolescencia de glóbulos rojos y plaquetas, demanda insatisfecha de glóbulos rojos y plaquetas. Este procedimiento es transversal para APTr 1.2 y APCs 1.2.

Nombre del documento N°8: Envío y recepción de Hemocomponentes y sangre para su procesamiento
Código: PO-UD-02
Versión: 04
Fecha: Octubre 2013
Fecha vigencia: 5 años

N° páginas: 15 Elaborado por: Jorge Barra, Tecnólogo Médico encargado de Calidad Banco de Sangre Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre Breve descripción del contenido del documento: El procedimiento es transversal para APTr 1.2 y APDs 1.1. El documento describe las condiciones de traslado controladas de sangre total y hemocomponentes a modo de recepcionar los productos sanguíneos aptos para ser procesados o transfundidos. Incluye responsables, definiciones, referencias, materiales y descripción del proceso. Cada vez que se requiera transportar desde el Banco de Sangre del Hospital hacia otros hospitales o viceversa, se debe utilizar un contenedor con unidades refrigerantes y el dispositivo de control de temperatura activado. Al recepcionar la sangre, el registro de temperatura se debe imprimir para dejar constancia que se ha cumplido con las temperaturas requeridas para el transporte de la sangre o hemocomponentes. Este procedimiento es transversal para APTr 1.2, APDs 1.1 y APCs 1.2. Todos los procedimientos definen responsables de su aplicación.
Observaciones: Dado que los documentos que consignan el Procedimiento de preparación de hemocomponentes y el Procedimiento de liberación y etiquetado de unidades producidas, fueron elaborados en el mes de noviembre 2015, no tienen validez. Se da por no cumplido el elemento medible.

APCs 1.2 – Segundo elemento medible: Se han definido indicador y umbral de cumplimiento.

Centro de Sangre	
Nombre del indicador	Indicador de cumplimiento condiciones de traslado de hemocomponente sangre total desde el Banco de Sangre Hospital Regional de Antofagasta a hospitales de la Red
Fórmula matemática	(N° de unidades transportadas adecuadamente desde el Banco de Sangre Hospital Regional de Antofagasta a los hospitales de la Red / N° total de unidades transportadas desde el Banco de Sangre Hospital Regional de Antofagasta a hospitales de la Red) x 100
Umbral de cumplimiento: 95%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

APCs 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Centro de Sangre	
Nombre documento	Medición indicador transporte
Responsable medición	TM Pamela Nilo Veliz
Fuente primaria	Consolidado de envío y recepción de sangre para fraccionamiento y análisis, código RG-UD-02-01
Fuente secundaria	N/A
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Finalizado el mes, se reúnen y revisan todos los consolidados de envío separándolos por diferentes unidades de medicina transfusional (UMT de Calama, Tocopilla y Tal Tal). Cada UTM tiene su correlativo de envío, letras, tres números y el año en curso. (Ejemplo: envío de Calama LE1662015). El consolidado cuenta con los siguientes datos: • Correlativo de envío • Lugar de origen • Fecha del envío • Hora del envío • Responsable del envío y llenar las cuatro columnas de envío con la fecha de donación, N° de donación (etiqueta), N° de bolsa (corresponde al N° de la cola) y grupo sanguíneo. Todos los campos deben venir completos. Al llegar al Banco de Sangre del Hospital Regional de Antofagasta, se anotan los siguientes datos: • Fecha de recepción • Hora de recepción • Temperatura que se obtiene imprimiendo la gráfica de temperatura del Data logger. • Llena las columnas de recepción indicando si está correcto o no el envío. Las columnas a llenar son: • Integridad de la bolsa • Concordancia con datos de envío (enfrentar el consolidado con el registro de datos del donante y la bolsa) • Tubos piloto (1 lila de 4 ml y 1 rojo o amarillo de 4 ml, rotulados) • Responsable de recepción (iniciales con dos apellidos)

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Centro de Sangre

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Unidades que cumplen transporte /	94	110	165	153	104	117
N° Total Unidades transportadas	108	125	197	157	106	118
% Cumplimiento	87,04%	88%	83,76%	97,45%	98,11%	99,15%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Centro de Sangre

Describir constatación**:** Se selecciona aleatoriamente el mes de Octubre 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros. Se solicita al encargado del Banco de Sangre el consolidado de registros de envío y recepción de sangre para fraccionamiento y análisis de la Unidad de Medicina transfusional de Calama y se cuenta en forma manual el total de unidades recepcionadas en el mes.
Se revisan los documentos y se constata que el día 10 de Octubre hay una unidad (N°15L001265), N° de bolsa H1112259 (cola), grupo 0 (+) con integridad de la bolsa y tubos piloto correctos pero con concordancia de datos de envío negativa, ya que no concuerda la fecha de envío en la bolsa. Adicionalmente, se cuentan las unidades enviadas y se constata que son 118.
Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador; se

da por cumplido el hecho medible.						
Mes /Año	Octubre 2015					
N° Unidades que cumplen transporte / N° Total Unidades transportadas	117 / 118					
% Cumplimiento	99,15%					

CARACTERÍSTICA APCs 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Centro de Sangre	1° EM: 0	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 2/3	Porcentaje obtenido: 66%		Cumple: No

CARACTERÍSTICA APCs 1.3 / HALLAZGOS

APCs 1.3 – Primer Elemento medible: Existen registros de participación en Programas de Evaluación Externa de la Calidad en las prestaciones correspondientes.* (* Calificación microbiológica).

Centro de Sangre
Registros de participación en PEEC para calificación microbiológica: Se constata que el Banco de Sangre participa en el programa de Control de Calidad externo del Instituto de Salud Pública (PEEC) para el año 2015.
Observaciones: Área Técnica y subprogramas: Hematología e Inmunohematología: • Clasificación ABO, Rh-D • Detección y/o identificación anticuerpos irregulares • Pruebas Cruzadas
Parasitología: Serología de Chagas
Bacteriología: Serología de Sífilis
Virología: • Serología de VIH • Serología Hepatitis B • Serología hepatitis C • Virus HTLV I y II

APCs 1.3 – Segundo Elemento medible: Se documenta análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo.

Centro de Sangre		
Programa que detecta incumplimiento: Hematología e Inmunohematología	N° de Informe PEEC: 17	Fecha informe: 23 Octubre 2015
Resultado insatisfactorio: Pruebas cruzadas		Fecha medición: 9 Septiembre 2015
Análisis de informe de resultado insatisfactorio: La muestra IH 0915-P2 al momento de realizar las pruebas cruzadas mediante la técnica de aglutinación en columna entrega un resultado dudoso (+/-). Se repite nuevamente y sigue entregando resultado dudoso, siendo el resultado esperado "negativo".		
Fecha análisis: 23 Octubre 2015	Responsable del análisis: Jorge Barra Flores, Tecnólogo Médico encargado de Calidad	
Medidas de mejora: Se solicita a las personas encargadas de la realización del PEEC en caso de dar resultados indeterminados optar por otra técnica para finalizar los estudios. En este caso específico si la técnica en columnas no otorga resultado claro, realizar determinación en tubo.		Fecha medidas: 30 Octubre 2015

CARACTERÍSTICA APCs 1.3/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Centro de Sangre	1° EM: 1	2° EM: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APCs 1.4 / HALLAZGOS

APCs 1.4 – Primer elemento medible: Existe un sistema de registro establecido de los componentes sanguíneos que permita su trazabilidad o seguimiento inequívoco desde el donante que lo origina hasta el receptor del componente específico.

Centro de Sangre
Describir sistema de registro: El sistema establecido en la Unidad de Centro de Sangre es el siguiente: todo donante queda registrado en el sistema informático SBS el cual asigna la etiqueta y el folio único, todas las transfusiones son ingresadas al sistema computacional y estos datos son los que permiten realizar la trazabilidad de todo el proceso.

APCs 1.4 – Segundo elemento medible: Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Centro de Sangre		
Nombre del Documento: Sistema de Registro de Componentes Sanguíneos (Trazabilidad)		
Código: PO-UMT-06	Versión: 00	Fecha: Enero 2014
Elaborado por: Cynthia Pérez, Tecnólogo Médico	Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre	
Nombre del responsable: Cynthia Pérez	Profesión: Tecnólogo Médico	Cargo: encargada Titular
Observaciones: La asignación de responsabilidad para evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos es de Cynthia Pérez Lucic, Tecnólogo Médico, Rut: 11.377.931-4, encargada Titular y de Jorge Barra Flores, Tecnólogo Médico, Rut: 16.133.469-3, encargado Subrogante, según consta en Resolución Exenta N° 2457 del 20 de Mayo 2011 extendida por el Dr. Edgardo Álvarez Núñez, Médico Cirujano, Director (S), Hospital Regional de Antofagasta. El objetivo del sistema de registros de componentes sanguíneos, en mantener un sistema de registro de toda unidad de sangre total o hemocomponente que ingrese y salga de la unidad de Banco de Sangre. El documento es transversal para, APTr 1.3, APDs 1.2, APCs 1.4. Designa responsables y funciones del Tecnólogo Médico de la unidad de donantes, del encargado del fraccionamiento, del encargado de la serología, de la unidad de medicina transfusional y de la supervisora de la unidad. Describe un sistema que permite el seguimiento de las unidades de sangre desde su obtención hasta su destino final (transfusión, eliminación o derivación). El procedimiento define que se realiza ejercicios trimestrales con 30 unidades elegidas de manera aleatoria.		

APCs 1.4 – Tercer elemento medible: Se constata trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Centro de Sangre		
Metodología de constatación: Aleatoriamente se eligen 3 donantes del semestre Mayo a Octubre 2015. En este semestre se atendió donantes desde el N° 2326 al 5831, número correlativo anual. Los números a trazar son: N° 3620 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15L000821 N° 4825 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15V001901 N° 5585 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15L001303 Se revisa el registro anual de ingreso de unidades de sangre y hemocomponentes desde donde se obtiene el N° de donación. Con el N° de donación se revisa el sistema informático SBS en opción detalle de la unidad, se ingresa el código de la unidad y de forma inmediata entrega los datos de su destino.		
N°	Registro revisado	Cumple trazabilidad
1	Se constata la trazabilidad del donante N° 3620 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15L000821. Donante masculino, cuya fecha de donación fue el 9 de Julio 2015. La sangre total se fracciona en glóbulos rojos y plasma conservado. Grupo sanguíneo 0 (+) y serología negativa. Los glóbulos rojos se despachan a la unidad de medicina transfusional (UMT) de Calama el día 17 de Julio 2015 con el código de envío LD1022015. En Calama fue transfundido a paciente femenina el día 25 de Julio. El plasma conservado, se elimina el día 10 de Julio por estar ictérico, según consta en "Registro diario de eliminación de Hemoderivados".	Si
2	Se constata la trazabilidad del donante N° 4825 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15V001901. Donante masculino, cuya fecha de donación fue el 11 de Septiembre 2015. Donante de punción difícil y sin flujo sanguíneo. La unidad fue eliminada según consta en "Registro diario de Eliminación de Hemoderivados, correlativo anual de eliminación N°3503 de fecha 11 de Septiembre 2015 que aparece como causa de eliminación, donación frustra.	Si
3	Se constata la trazabilidad del donante N° 5585 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15L001303. Donante masculino, cuya fecha de donación fue el 20 de Octubre 2015 en la Unidad de Medicina Transfusional (UMT) de Calama. La sangre total se fracciona en glóbulos rojos SAG-Manitol y plasma conservado. Grupo sanguíneo B (+) y serología negativa. Los glóbulos rojos se transfunden en Hospital de Antofagasta el día 22 de Noviembre 2015 a paciente femenina con la orden de transfusión 5135 del libro de "Transfusiones" y la hoja de registro de administración de transfusión. El plasma conservado, se elimina el día 21 de Octubre por estar contaminado con glóbulos rojos, según consta en "Registro diario de eliminación de Hemoderivados".	Si
Observaciones: Se da por cumplida la característica en base a los criterios definidos en el Oficio Circular N°5 del 6 de Mayo del 2013 respecto de "Orientaciones Técnicas para la Constatación de la trazabilidad de Biopsias y Componentes sanguíneos ", letra B contenidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3, aprobada por Resolución Exenta IP N° 63, de 14 enero de 2015.		

CARACTERÍSTICA APCs 1.4 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Centro de Sangre	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM:1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si	

CONCLUSIONES

El Prestador Institucional Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta, de acuerdo a su tipo y nivel de complejidad, fue evaluado con el "Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada". De las 106 características contenidas en el estándar correspondiente, al Prestador le aplicaron 95 características, 30 obligatorias y 65 no obligatorias.

CARACTERÍSTICAS OBLIGATORIAS			
Código	**% umbral exigido**	**% cumplimiento**	**Estado**
DP 2.1	≥ 80%	100%	Cumple
CAL 1.1	100%	100%	Cumple
CAL 1.2	≥ 80%	100%	Cumple
GCL 1.1	≥ 75%	100%	Cumple
GCL 1.5	≥ 75%	88%	Cumple
GCL 1.7	≥ 75%	87%	Cumple
GCL 1.11	≥ 75%	80%	Cumple
GCL 1.12	≥ 90%	100%	Cumple
GCL 2.1	≥ 75%	100%	Cumple
GCL 2.2	≥ 75%	96%	Cumple
GCL 3.2	100%	100%	Cumple
GCL 3.3	≥ 75%	88%	Cumple
AOC 1.1	≥ 75%	100%	Cumple
AOC 1.2	≥ 66%	66%	Cumple
AOC 1.3	≥ 75%	100%	Cumple
RH 1.1	≥ 75%	100%	Cumple
RH 1.2	≥ 90%	100%	Cumple
REG 1.1	100%	100%	Cumple
EQ 2.1	100%	100%	Cumple
INS 1.1	≥ 80%	80%	Cumple
APL 1.4	100%	100%	Cumple
APL 1.5	100%	100%	Cumple
APF 1.3	≥ 75%	100%	Cumple
APE 1.2	100%	100%	Cumple
APE 1.3	≥ 66%	100%	Cumple
APD 1.2	≥ 66%	100%	Cumple
APA 1.2	≥ 66%	100%	Cumple
APQ 1.3	100%	100%	Cumple
API 1.2	≥ 66%	66%	Cumple
APDs 1.2	100%	100%	Cumple

CARACTERÍSTICAS NO OBLIGATORIAS			
Código	**% umbral exigido**	**% cumplimiento**	**Estado**
DP 1.1	≥ 80%	100%	Cumple
DP 1.2	100%	100%	Cumple
DP 1.3	≥ 66%	100%	Cumple
DP 3.1	≥ 66%	66%	Cumple
DP 4.1	100%	100%	Cumple
DP 4.2	≥ 75%	88%	Cumple
DP 5.1	≥ 75%	100%	Cumple
GCL 1.2	≥ 75%	93%	Cumple
GCL 1.3	≥ 50%	0%	No cumple
GCL 1.4	≥ 75%	100%	Cumple
GCL 1.6	≥ 66%	100%	Cumple
GCL 1.8	100%	100%	Cumple
GCL 1.9	≥ 75%	94%	Cumple
GCL 1.10	≥ 75%	0%	No cumple
GCL 1.13	≥ 66%	100%	Cumple
GCL 2.3	≥ 75%	100%	Cumple
GCL 3.1	100%	100%	Cumple
AOC 2.1	100%	100%	Cumple
AOC 2.2	≥ 75%	46%	No cumple
RH 1.3	≥ 50%	100%	Cumple

CARACTERÍSTICAS NO OBLIGATORIAS			
Código	**% umbral exigido**	**% cumplimiento**	**Estado**
RH 2.1	100%	50%	No cumple
RH 2.2	≥ 75%	92%	Cumple
RH 3.1	≥ 50%	6%	No cumple
RH 4.1	≥ 75%	77%	Cumple
RH 4.2	≥ 75%	100%	Cumple
RH 4.3	≥ 66%	100%	Cumple
REG 1.2	≥ 75%	100%	Cumple
REG 1.3	≥ 50%	0%	No cumple
REG 1.4	≥ 66%	100%	Cumple
EQ 1.1	100%	100%	Cumple
EQ 1.2	≥ 50%	100%	Cumple
EQ 2.2	≥ 50%	0%	No cumple
EQ 3.1	100%	0%	No cumple
INS 2.1	≥ 75%	100%	Cumple
INS 2.2	≥ 75%	100%	Cumple
INS 3.1	100%	66%	No cumple
INS 3.2	≥ 75%	75%	Cumple
APL 1.1	100%	100%	Cumple
APL 1.2	≥ 75%	91%	Cumple
APL 1.3	≥ 75%	83%	Cumple
APF 1.1	100%	N/A	N/A
APF 1.2	≥ 50%	100%	Cumple
APF 1.4	≥ 66%	100%	Cumple
APF 1.5	≥ 50%	100%	Cumple
APF 1.6	100%	100%	Cumple
APF 1.7	100%	100%	Cumple
APE 1.1	100%	100%	Cumple
APE 1.4	≥ 75%	89%	Cumple
APE 1.5	≥ 66%	100%	Cumple
APT 1.1	100%	N/A	N/A
APT 1.2	100%	N/A	N/A
APD 1.1	100%	N/A	N/A
APD 1.3	≥ 66%	100%	Cumple
APD 1.4	≥ 66%	100%	Cumple
APR 1.1	100%	N/A	N/A
APR 1.2	100%	N/A	N/A
APR 1.3	≥ 66%	N/A	N/A
APR 1.4	≥ 75%	N/A	N/A
APA 1.1	100%	100%	Cumple
APA 1.3	100%	100%	Cumple
APA 1.4	100%	100%	Cumple
APQ 1.1	100%	N/A	N/A
APQ 1.2	100%	66%	No cumple
API 1.1	100%	100%	Cumple
API 1.3	≥ 66%	100%	Cumple
APK 1.1	100%	N/A	N/A
APK 1.2	≥ 75%	77%	Cumple
APK 1.3	≥ 66%	66%	Cumple
APTr 1.1	100%	N/A	N/A
APTr 1.2	100%	100%	Cumple
APTr 1.3	100%	100%	Cumple
APDs 1.1	≥ 66%	33%	No Cumple
APCs 1.1	100%	100%	Cumple
APCs 1.2	100%	66%	No cumple
APCs 1.3	100%	100%	Cumple
APCs 1.4	100%	100%	Cumple

Resumen de cumplimiento de las características

N° total de características obligatorias del estándar	30
N° de características obligatorias aplicables al prestador	30
N° de características obligatorias cumplidas	30
% de cumplimiento de características obligatorias	100%

N° total de características del estándar	106
N° total de características aplicables al prestador	95
N° total de características cumplidas	83
% de cumplimiento de las características totales	87,3%

Presentados los antecedentes de la evaluación del Prestador Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta, de acuerdo a los hallazgos, consideraciones y fundamentos expuestos y los resultados obtenidos, detallados en el presente informe, en concordancia con las reglas de decisión que se encuentran en las normas reglamentarias vigentes, dicho Prestador cumple con el 100% de las características obligatorias que le aplican y con el 87,3% de la características globales que le aplican.

Por lo anterior, y considerando que para acreditar, la exigencia mínima del "Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada" (Aprobado mediante Decreto Exento N°18 del Ministerio de Salud), determinada para el primer proceso de acreditación, es el cumplimiento del 100% de las características obligatorias aplicables y el cumplimiento del 50% de las características totales que le fueron aplicables al Prestador, la Entidad Acreditadora Ausus Sum Management Consultores Ltda., en virtud de las facultades que la ley le otorga, determina que el Prestador Institucional Hospital Regional Antofagasta, se da por **ACREDITADO** por un plazo de 3 años, a contar de la fecha de emisión de la Resolución Exenta de la Intendencia de Prestadores.

COMENTARIOS:

OBSERVACIONES:

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL ENTIDAD ACREDITADORA:

Intendencia de Prestadores
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud
Unidad de Fiscalización en Acreditación

INFORME DE ACREDITACION

PRESTADOR EVALUADO
Nombre Prestador: Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta
RUT Prestador: 61.606.201-8
Nombre Representante Legal: Zamir Nayar Funes
Nombre Director Técnico: Dr. Francisco Bueno Natusch

ENTIDAD ACREDITADORA
Nombre Entidad: Ausus Sum Management Consultores Ltda.
RUT Entidad: 76.137.399-4
Nombre Representante Legal: Nancy Nadeau Abarca

DATOS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN
Número de solicitud: 428
Fecha de inicio de la evaluación: 26 de Noviembre de 2015
Fecha de término de la evaluación: 17 de Febrero de 2016
Fecha de emisión del informe: 17 de Febrero de 2016
Fecha de emisión de informe corregido: 14 de marzo de 2016
Estándar Evaluado: Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucional de Atención Cerrada

PERSONAL DE LA ENTIDAD ACREDITADORA QUE PARTICIPÓ EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN

NOMBRE COMPLETO	RUT	PROFESIÓN	CARGO EN LA ENTIDAD
Karina Basoalto Suazo	14.477,409-4	Enfermera	Evaluadora
María Virginia Infante Arnolds	5.710.601-8	Tecnólogo Médico	Evaluadora
María Teresa Jorquera Hormazábal	9.179.769-0	Enfermera	Evaluadora
Nancy Nadeau Abarca	8.039.267-2	Enfermera-Matrona e Ingeniero Comercial	Representante Legal – Directora Técnica suplente – Evaluadora
María Teresa Ogrodnik Soltesz	6.446.557-0	Enfermera	Evaluadora
Susana Vera Sommer	6.270.263-K	Matrona	Evaluadora

PERSONAL DELPRESTADOR QUE PARTICIPÓ EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN

NOMBRE COMPLETO	RUT	PROFESIÓN	CARGO EN EL PRESTADOR
Adelaida Yáñez Sarria	8.691.930-3	Administrativo	Laboratorio Clínico
Alcides Zambrano Fernández	10.663.344-4	Médico Cirujano	Unidad Procedimientos Endoscópicos
Alejandra Avello Hidalgo	12.566.926-3	Técnico Paramédico	Servicio Obstetricia y Ginecología
Alejandra Cuevas Maita	13.357.355-0	Enfermera	Encargada de Calidad Unidad Atención Progresiva de Paciente (UAPP)
Alejandra Flores Palta	12.5819.965-6	Enfermera	Consultas de Especialidades
Alejandra Kacic Ponce	14.112.094-8	Técnico Paramédico	Laboratorio Clínico
Alejandra Millies García	17.515.186-9	Enfermera	Supervisora / Encargada de Calidad Servicio Medicina
Alejandra Neira Vallejos	13.328.432.K	Enfermera	Pabellón Cardiovascular
Alejandro Acuña Quintero	6.988.712-0	Médico Cirujano	Jefe Unidad Emergencia
Alejandro Bravo Villouta	14.205.946-0	Médico Patólogo	Jefe (S) Unidad Anatomía Patológica (UAP)
Alejandro Cuevas Maita	13.357.355-0	Enfermero	UAPP
Alejandro Gaete Urbina	16.000.102-k	Ingeniero en Prevención de Riesgos	Encargado Prevención de Riesgo y Salud Ambiental
Alison Isamendi Zuleta	13.872.460-3	Técnico Paramédico	Pensionado Médico Quirúrgico
Allan Pérez Castillo	15.025.014-5	Arsenalero	Pabellón Central

Álvaro Poblete Gómez	15.680.822-9	Matrón	Pabellón Maternidad
Álvaro Toroco Pérez	15.017.916-5	Enfermera	Unidad Emergencia
Ana Bacarrezza Rodríguez	7.494.863-4	Enfermera	Supervisora Unidad Diálisis
Ana Hoyos Salazar	6.609.561-4	Técnico Paramédico	Servicio Obstetricia y Ginecología
Ana María Cortez	6.586.245-K	Enfermera	Salud del Personal
Ana María Cuellar Acevedo	9.890.371-2	Tecnólogo Médico	Supervisora Banco de Sangre
Ana Salazar Álvarez	6.150.092-8	Enfermera	Supervisora Servicio Psiquiatría
Andrea Beltrán Contreras	13.213.009-4	Administrativa	Secretaria UAP
Andrea Rivera Inoztroza	13.644.555-3	Matrona	Encargada de Calidad Pabellón Maternidad
Andrés Caballero Urzúa	13.046.495-5	Cirujano Dentista	Encargado de Calidad Servicio Dental
Angélica Villablanca Olivares	16.133.601-7	Técnico Paramédico	Pabellón Maternidad
Aurelio Jiménez Ponce	5.976.881-6	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Bárbara Loaysa Araya	15.026.766-8	Kinesiólogo	Servicio Medicina Física y Rehabilitación
Bárbara Zuñiga Benavente	19.345.146-2	Técnico Paramédico	Servicio Obstetricia y Ginecología
Berta Pizarro Parra	10.546.978-0	Técnico Paramédico	Unidad Toma de Muestras Laboratorio Clínico
Brissa Morata Gallardo	14.105.024-9	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Byron Jardín Villarroel	18.234.643-8	Técnico en Farmacia	Farmacia
Camila Alarcón Pasten	17.019.465-9	Técnico Paramédico	Unidad Emergencia
Camila Castro Aran	18.503.126-8	Técnico Paramédico	Laboratorio Clínico
Camilo Morgado Merlez	16.133.538-K	Médico Cirujano	UTI MQ
Carlos Araya León	9.319.884-0	Auxiliar de Servicio	Pabellón Maternidad
Carlos Vega Michea	6.563.357-4	Técnico Electrónico	Eléctrico Mantención
Carmen Schweitzer Marín	13.603.517-7	Médico Cirujano	Jefe Consultas de Especialidades
Carol Araya Julio	15.680.737-0	Matrona	Encargada de Calidad Emergencia Gíneco-Obstétrica
Carol Terraza Terraza	14.103.640-8	Técnico Paramédico	Pabellón Maternidad
Carolina Espinoza Vázquez	15.979.121-1	Enfermera	Profesional Unidad de Calidad
Carolina González Barrionuevo	15.029.368-5	Técnico Paramédico	Toma de Muestras Laboratorio Clínico
Carolina Mayta Morales	12.054.154-4	Técnico Paramédico	Laboratorio Clínico
Carolina Urrutia Oswen	14.111.013-6	Enfermera	Encargada de Calidad Servicio Pediatría
Carolina Zuleta Arenas	15.610.701-8	Enfermera	Pensionado Médico Quirúrgico
Catalina Criado Avello	17.765.443-4	Técnico Paramédico	Servicio Dental
Celia Olmedo Navarro	17.018.911-6	Técnico Paramédico	Unidad Emergencia
Christie Soriano Fuentes	13.105.527-7	Técnico Paramédico	Pensionado Médico Quirúrgico
Clara Henríquez Ross	6.091.765-5	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Claudia Alancay Benavides	12.581.596-0	Técnico Paramédico	Pabellón Maternidad
Claudia Castañeda Alcayaga	16.926.739-1	Enfermera	Encargada (S) de Calidad Pabellón Central
Claudia Cubillos García	12.347.212-8	Enfermera	Supervisora (S) Unidad Emergencia
Claudia Molina Castillo	15.017.120-2	Técnico Paramédico	Pabellón Maternidad
Claudio Rojas Quinteros	5.287.797-0	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Constanza Araya Martínez	18.013.853-6	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Daniela Breton Carmona	16.245.186-3	Kinesióloga	UCI Adultos
Daniela Ledesma Mancilla	17.558.794-2	Asistente Dental	Servicio Dental
Dayanna Hernández González	15.457.800-5	Matrona	Supervisora / Encargada de Calidad Servicio Obstetricia y Ginecología
Debora Valenzuela Muñoz	18.233.502-9	Técnico Paramédico	Unidad Toma de Muestras Laboratorio Clínico
Delia González Cáceres	9.105.351-9	Auxiliar de Servicio	Servicio Medicina
Diana Olivares Saavedra	12.839.069-3	Técnico Paramédico	Unidad de Imagenología
Dina Carrizo Carvajal	13.418.650-K	Técnico Paramédico	UAPP
Edith Sierra Fernández	15.769.678-5	Técnico Paramédico	Servicio Obstetricia y Ginecología
Edwing Cortés Andrade	13.018.406-5	Matrón	Pabellón Maternidad
Elena Boricich Rodríguez	6.020.959-9	Terapeuta ocupacional	Servicio Medicina física y Rehabilitación
Elisa Escobar Rojas	13.643.416-8	Administrativa	Encargada de Calidad Archivo
Elizabeth Galarce Figueroa	17.436.336-6	Tecnólogo Médico	Unidad Toma de Muestras Laboratorio Clínico
Erica Gutiérrez Flores	14.096.863-3	Cirujano Dentista	Servicio Dental
Erich Paulov Peric	8.024.569-6	Químico Farmacéutico	Farmacia
Ericka Escalante Ramón	23.961.499-K	Auxiliar de Aseo	Pabellón Cardiovascular
Erika Segura Gómez	16.245.226-6	Enfermera	Encargada de Calidad Unidad de Diálisis
Ernesto Masana Soto	16.203.605-K	Enfermero	UCI Coronaria
Esbelcia Cortés Miranda	10.136.501-8	Administrativa	Administrativa UAP
Estefanía Villablanca Olivares	18.232.347-0	Técnico Paramédico	UCI Coronaria
Estefany Vargas Hidalgo	17.734.835-K	Técnico Paramédico	UTI MQ
Eugenio Miranda Mujica	4.383.870-9	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Evelyn Astudillo Alfaro	13.330.204-2	Cirujano Dentista	Servicio Dental
Evelyn Pinto Torrejón	16.240.437-7	Enfermera	UTI MQ
Flor María Franco Arreglo	14.727.187-5	Químico Farmacéutico	Farmacia

Francisca Álvarez Rojas	17.246.290-1	Enfermera	Unidad Emergencia
Francisca Muñoz Jara	16.911.228-2	Kinesióloga	UCI Coronaria
Francisco Bilbao Puebla	6.602.780-5	Médico Cirujano	Médico Jefe Urología (Especialidades quirúrgicas)
Francisco Castro Bugueño	15.691.428-2	Enfermero	UCI Adultos
Francisco Villalobos Palma	13.647.129-5	Médico Cirujano	UTI MQ
Franco Contreras Méndez	18.507.084-0	Técnico Paramédico	Unidad Emergencia
Frida Moller Guzmán	12.462.623-4	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Gabriela Ovando Osorio	15.982.245-1	Cirujano Dentista	Servicio Dental
Gabriela Smith Pedemonte	16.926.625-5	Médico Cirujano	Unidad Emergencia
Gino Sturione Kaid	16.245.489-7	Médico Cirujano	Unidad Emergencia
Gladys Villarroel Espinoza	7.094.766-8	Médico Cirujano	Jefe Anestesia Pabellón Central
Glauco Morales Sierra	15.679.183-3	Médico Cirujano	UCI Adultos
Guisela Villar Villar	17.454.059-4	Terapeuta Ocupacional	Servicio Medicina Física y Rehabilitación
Guissela Aguirre Constanzo	15.812.525-0	Técnico Paramédico	UCI Coronaria
Hans Castillo Cortes	17.363.083-2	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Helimenia Medina Suniaga	24.959.317-6	Médico Radiólogo	Unidad de Imagenología
Hilda Abarca Vargas	16.524.305-6	Arsenalera	Pabellón Central
Ingrid Cuevas Hamen	10.405.535-4	Matrona	Pabellón Maternidad
Isabel Alfaro Bacovich	10.675.305-9	Matrona	Encargada de Calidad (S) Servicio Obstetricia y Ginecología
Isabel Mamani Blanco	17.552.356-1	Tecnólogo Médico	Unidad de Imagenología
Iván Suarez Torres	9.171.951-7	Auxiliar de Servicio	Pabellón Maternidad
Janet Araya Araya	7.712.407-1	Técnico Paramédico	Pensionado Médico Quirúrgico
Janinna Leptón Díaz	15.018.087-2	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Janis Orellana Olivares	13.870.232-4	Enfermera	Supervisora / Encargada de Calidad Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE)
Janissel Caiconte Pizarro	18.312.559-1	Arsenalera	Pabellón Central
Jasmina Monardez Grolin	18508.765-4	Técnico Paramédico	Servicio Obstetricia y Ginecología
Jasna Covarrubias Sepúlveda	15.257.395-2	Cirujano Dentista	Servicio Dental
Javier Vera Rojas	13.744.117-9	Ingeniero Civil Industrial	Jefe de Mantención
Jazmín Aburto Díaz	18.473.728-0	Técnico Paramédico	UCI Adultos
Jeannette Flores Arancibia	10.683378-8	Enfermera	Supervisora Pabellón Central
Jenifer Guerrero López	17.568.758-0	Técnico Paramédico	UTI MQ
Jeniffer Olivares Ramírez	17.557.323-2	Técnico Paramédico	UCI Adultos
Jennifer Díaz Figueroa	15.679.966-1	Enfermera	Servicio Medicina
Jenny Vergara Sánchez	14.108-791-6	Enfermera	UCI Adultos
Jessica Álvarez Cisternas	8.999.922-7	Enfermera	Supervisora Servicio Pediatría
Jessica Bravo Rodríguez	12.216.171-4	Matrona	Profesional Unidad de Calidad
Jessica Romero Fuentes	13.633.542-1	Enfermera	Encargada de Calidad (S) Servicio Pediatría
Jimena Carrasco Ogaz	12.725.785-k	Cirujano Dentista	Encargada de Calidad Servicio Dental
Jimena Díaz Martínez	11.704.075-5	Administrativa	Unidad de Imagenología
Jocelyn Robles Rojas	16.135.176-8	Médico Cirujano	Servicio Medicina
Johana Navarro Navarro	13.871.684-8	Enfermera	Encargada de Calidad Unidad de Hemodinamia
Jordana Chávez Bello	15.690.242-K	Técnico Paramédico	Unidad Toma de Muestras Laboratorio Clínico
Jorge Barra Flores	16.133.469-3	Tecnólogo Médico	Encargado de Calidad Banco de Sangre
Jorge Cifuentes Carrasco	7.114.055-5	Médico Cirujano	Jefe Servicio Cirugía
José Cortés Chacana	13.743.629-9	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
José Luis Valenzuela Cruz	13.595.470-5	Médico Cirujano	UCI Adultos
Juan Araya Orellana	17.645.043-6	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Juan Pozo Codoceo	7.665.661-4	Administrativo	Administrativo Archivo
Juan Rodolfo Bugueño Gutiérrez	8.809.171-K	Cirujano Dentista	Servicio Dental
Juan Urrutia Reyes	9.339.708-8	Ingeniero Comercial	Director Hospital Regional de Antofagasta
Juana Salazar Castro	15.616.739-8	Técnico Paramédico	Pabellón Maternidad
Judith Ríos Olivares	17.724.357-4	Técnico Paramédico	Servicio Obstetricia y Ginecología
Karen Araya Collao	15.026.459-6	Tecnólogo Médico	Encargada de Calidad Unidad de Toma de Muestra
Karen Bustos Pasten	13.644.817-K	Enfermera	UTI MQ
Karen Chepillo González	15.972.294-5	Enfermera	Encargada de Calidad (S) Bloque Quirúrgico Especialidades (BQE)
Karin Estivales López	12.950.599-0	Enfermera	Supervisora Servicio Cirugía
Karina Carmona Figueroa	15.011.102-1	Arsenalera	Pabellón Central
Katherina Araya Fernández	15.018.395-2	Enfermera	UCI Adultos
Katherine Castillo Gutiérrez	10.574.523-0	Enfermera	Supervisora (S) UPC Pediátrica
Katherine Pérez Maldonado	17.528.435-4	Arsenalera	Pabellón Central
Keila Díaz Escobar	18.234.093-6	Técnico Paramédico	UTI MQ
Kevin Rodríguez Olivares	17.649.002-0	Tecnólogo Médico	Banco de Sangre
Kristel Bastias Cerda	16.497.259-3	Enfermera	UCI Coronaria

Laura Erazo San Francisco	13.868.116-5	Enfermera	Unidad Emergencia
Laura Muñoz Munizaga	16.704.196-5	Técnico en Farmacia	Farmacia
Leslie Contreras Romero	15.018.657-9	Auxiliar de Servicio	UTI MQ
Leslie Silva Ibacache	16.704.271-6	Kinesióloga	UTI MQ
Lindsay Mancilla Leiva	15.020.719-3	Asistente Dental	Servicio Dental
Lizett Rodríguez Araya	13.871.409-8	Química Farmacéutica	Farmacia
Lucero Moreno Rojas	18.014.794-2	Técnico Paramédico	Pabellón Maternidad
Luigi Barberis Julio	15.014.372-1	Médico Cirujano	UTI MQ
Luis Arellano Rocco	5.454.573-8	Auxiliar de Servicio	Pabellón Maternidad
Luis Quiñones Cáceres	7.994.250.2	Químico Farmacéutico	Farmacia
Luis Rivera Lara	10.295.856-K	Administrativo	Jefe Unidad de Archivo
Luminanda Fuentes Medina	6.953.463-5	Auxiliar de servicio	Servicio Medicina física y Rehabilitación
Luz Angélica Astrelli Apiolaga	11.641.945-9	Técnico Paramédico	Unidad Toma de Muestras Laboratorio Clínico
Macarena Estay Gardeazabal	17.021.229-1	Matrona	Pabellón Maternidad
Magdalena Cerda Saavedra	15.639.429-7	Enfermera	Supervisora / Encargada de Calidad UCI Coronaria
Marcela Astudillo González	13.093.160-K	Enfermera	Unidad Emergencia
Marcela Berrios Ardiles	12.616.693-1	Enfermera	Profesional Unidad de Calidad
Marcela Bordones Palta	10.482.240-1	Técnico Paramédico	Servicio Medicina
Marcela Bugueño Candia	17.829.096-7	Enfermera	Pensionado Médico Quirúrgico
Marcela Gómez Ortiz	6.546.259-1	Médico Intensivo	UCI Adultos
Marcela Rojo Vera	13.012.407-0	Matrona	Supervisora Unidad Paciente Crítico Neonatal
Marcelo Gómez Ortíz	6.546.259-1	Médico Cirujano	Jefe UCI Adultos / Jefe (S) UPC Adultos
Marcelo Sepúlveda Álvarez	7.976.018-8	Médico Cirujano	Jefe Unidad Paciente Crítico Neonatal
Marcelo Troncoso Pacheco	13.416.874-9	Enfermero	Pabellón Cardiovascular
Marco Barraza Gómez	13.917.508-K	Auxiliar de Servicio	Unidad Emergencia
Margarita Moreno Vargas	6.482.732-4	Matrona	Pabellón Maternidad
Margarita Robles Ríos	11.376.548-8	Auxiliar de Servicio	Pabellón Maternidad
Marggin Chávez Pinto	17.433.920-1	Enfermera	Servicio Medicina
María Arredondo Neira	15.975.046-9	Arsenalera	Pabellón Central
María Cerda Brockway	17.885.661-8	Arsenalera	Pabellón Central
María del Pilar Molina Fuentes	7.276.724-1	Matrona	Pabellón Maternidad
María Elena Yampara Flores	9.719.035-6	Tecnóloga Médica	Supervisora Imagenología
María Eugenia Flores Parraguez	6.862.315-4	Auxiliar de Aseo	UAPP
María José Arellano Bustamante	16.704.077-2	Técnico Paramédico	Pabellón Maternidad
María José Sepúlveda Carmona	16.795.121-9	Técnico Paramédico	Pabellón Maternidad
María José Vergara Miranda	18.013.146-9	Enfermera	Unidad Emergencia
María Pilar Azocar Rivera	11.721.983-6	Técnico en Farmacia	Farmacia
María Yampara Flores	9.719.035-6	Tecnólogo Médico	Encargada de Calidad Unidad de Imagenología
Mariana Torrico Gamboa	17.530.105-4	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Maribel Donoso Olivares	15.678.850-3	Enfermera	Supervisora (S) UCI Coronaria
Maritza Bastias Gómez	10.486.175-K	Técnico Paramédico	Unidad Emergencia
Maritza Martínez	10.757.085-3	Auxiliar de Aseo	Laboratorio Clínico
Maritza Seriche Valencia	9.762.627-8	Auxiliar de Servicio	UCI Coronaria
Maritza Zúñiga Estay	10.543.637-8	Enfermera	UTI MQ
Maritza Zurricueta Alfaro	10.412.706-1	Auxiliar de servicio	Unidad Procedimientos Endoscópicos Digestivo/ Broncopulmonar
Marlene Alfaro Soto	9.555.268-4	Técnico Paramédico	Unidad Quimioterapia Adulto
Marlene Donoso Sarria	16.436.425-9	Secretaria	Unidad Procedimientos Endoscópicos Digestivo/ Broncopulmonar
Maykol Araya Castillo	16.438.623-6	Tecnólogo Médico	Laboratorio clínico
Miguel Cerón Teran	13.672.380-4	Médico Cirujano	Unidad Anatomía Patológica
Milton Valdés Rivera	12-443.574-9	Auxiliar de Servicio	Servicio Medicina
Mitzuko Hayashida Muñoz	10.117.125-6	Técnico Paramédico	Servicio Medicina
Moisés Gallo Jiménez	8.738.457-8	Médico Cirujano	Jefe UTI MQ
Mónica González Barra	6.667.057-0	Enfermera	Supervisora Pensionado Médico Quirúrgico
Mónica Troncoso Pasache	10.543.034-5	Técnico Paramédico	Unidad Procedimientos Endoscópicos Digestivo/ Broncopulmonar
Nancy Valderrama Melgarejo	13.312.749-6	Técnico Paramédico	Pabellón Maternidad
Natalia Valenzuela Sandoval	9.999.061-9	Médico Cirujano	Jefa Laboratorio Clínico y Banco de Sangre
Nataly Cortés Carvajal	16.244.444-1	Técnico Paramédico	UCI Adultos
Nataly Olmos Abraham	17.019.883-2	Enfermera	UTI MQ
Nathalie Allendes Árias	16.672.594-1	Enfermera	Supervisora / Encargada de Calidad Procedimientos Endoscópicos
Nicol Tapia Arcos	17.0110958-4	Enfermera	UTI MQ
Nicole Delgado Alquinta	17.723.868-6	Enfermera	UAPP
Nitza Álvarez Arancibia	13.211.480-3	Técnico en Farmacia	Farmacia
Olga Núñez Saavedra	10.740.323-K	Administrativo	Laboratorio Clínico

Omar Velásquez Morales	15.019.501-2	Técnico Paramédico	UTI MQ
Oriela Castillo Vigorena	18.232.894-4	Técnico en Farmacia	Farmacia
Pamela Aros González	16.489.037-6	Arsenalera	Pabellón Cardiovascular
Pamela Schellman Jaramillo	10.923.027-8	Médico Cirujano	Jefa Unidad Paciente Crítico Pediátrico (UPCP)
Paola Carrasco Araya	13.010.152-6	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Patricia Cáceres Jara	11.818.111-5	Enfermera	Encargada Control de Infecciones
Patricia Gutiérrez Castillo	15.017.918-1	Químico Farmacéutico	Farmacia
Paulina Fuentes Fuentes	17.060.246-3	Auxiliar de Servicio	Unidad Emergencia
Paulina Leila Canihuante	16.438458-6	Enfermera	Encargada de Calidad Unidad de Emergencia
Paulina Ochoa Cañulef	16.488.685-9	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Pedro Devia Alvarado	10.932.310-1	Kinesiólogo	Unidad Emergencia
Pilar Moreno Herrera	18.014.374-2	Arsenalera	Pabellón Central
Priscila Hachin Delgado	14.222.147-0	Ingeniera Biomédica	Jefa Unidad Equipos Médicos
Raúl Contreras Vega	12.842.470-9	Enfermero	Supervisor Pabellón Cardiovascular
Raúl Marín Campos	11.734.782-6	Enfermero	Pabellón Central
Raúl Vera Estay	17.082.587-k	Ingeniero Biomédico	Ingeniero Apoyo Equipos Médicos
Roberto Alejandro Rojas Morales	15.982.440-3	Enfermero	Unidad de Transporte
Romina Aguilar Veliz	17.527.902-4	Enfermera	Encargada de Calidad Quimioterapia Infantil
Romina Espejo Castillo	13.179.691-9	Técnico Paramédico	Unidad de Imagenología
Romina Napoletani Ramírez	17.724.926-2	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Rosa Cereceda Lemus	10.132.534-2	Técnico Paramédico	Servicio Medicina
Rosa Santander Osorio	8.819.016-5	Enfermera	Supervisora Unidad Atención Progresiva de Paciente (UAPP)
Rossana Huerta Marchant	9.822.062-3	Tecnólogo Médico	Supervisora Unidad de Imagenología
Rossana Pacheco Escalera	8.916.185-1	Enfermera	Supervisora (S) Unidad de Intermedio (UTI MQ)
Roxana Parra Lara	13.115.050-4	Tecnólogo Médico	Supervisora / Encargada de Calidad Unidad Anatomía Patológica (UAP)
Rudis Jaime Soto	11.382.998-2	Técnico Paramédico	Servicio Medicina
Ruth Fuentes Parra	10.079.220-6	Asistente Dental	Servicio Dental
Ruth López Ortiz	6.620.055-8	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Ruth Mamani Gómez	17.362.211-2	Arsenalera	Pabellón Cardiovascular
Ruth Ramos Bradanovic	8.959.390-5	Matrona	Supervisora Unidad Emergencia Gíneco-Obstétrica
Ruth Solís Voisin	5.921.309-1	Médico Cirujano	Jefa Servicio de Medicina
Sandra Bustamante Ramírez	9.040.038-K	Auxiliar de Servicio	UCI Adultos
Sandra González Erazo	10.715.448-5	Enfermera	Encargada de Calidad Pensionado Médico Quirúrgico
Sandra Trujillo Hernández	15.019.748-1	Químico-Farmacéutico	Encargada de Calidad Farmacia
Sergio Peters Agoni	17.201.307-4	Terapeuta ocupacional	Unidad Medicina física y Rehabilitación
Sharon Latorre Hernández	16.184.280-K	Enfermera	UCI Coronaria
Slainerd Videla Robles	18.790.048-4	Técnico Paramédico	Unidad Toma de Muestras Laboratorio Clínico
Sonia Cuello Manterola	9.106.515-0	Auxiliar de Servicio	Pensionado Médico Quirúrgico
Stefanie Urrelo Saire	18.792.094-9	Técnico Paramédico	UTI MQ
Stefany Acuña Monsalve	15.982.057-2	Enfermera	UTI MQ
Stephany Escudero Jiménez	15.680.780-k	Enfermera	Encargada de Calidad Servicio Cirugía
Thamara González Díaz	13.501.529-6	Auxiliar de Servicio	Unidad de Imagenología
Tirsa González Antiquera	8.462.682-1	Enfermera	Supervisora UCI Adultos / Encargada de Calidad UPC Adultos
Tomás Aguilar Gainza	13.209.351-2	Tecnólogo Médico	Unidad de Hemodinamia
Valeria Gallardo Silva	15.513.732-0	Enfermera	Supervisora / Encargada de Calidad Quimioterapia Adulto
Verónica Contreras Toro	7.525.652-3	Enfermera	Supervisora / Encargada de Calidad UPC Pediátrica
Verónica Montes Espinoza	15.980.976-5	Cirujano Dentista	Servicio Dental
Verónica Rivero Velásquez	12.442.955-2	Técnico en Farmacia	Farmacia
Victoria Olivares Esquivel	10.037.180-4	Técnico Paramédico	UCI Coronaria
Viviana Molina Palma	18.790.844-2	Administrativa	Secretaria UAP
Wanda Bugueño Troncoso	6.764.723-8	Kinesióloga	Jefa Servicio Medicina Física y Rehabilitación
Wladimir Castillo	16.706.014-5	Administrador Público	Encargado de Capacitación
Ximena Haro Salinas	13.869.023-7	Matrona	Supervisora Unidad de Neonatología
Ximena Rojo Monroy	12.615.611-1	Tecnólogo Médico	Laboratorio Clínico
Ximena Wong Wong	13.016.770- 5	Administrativa	Unidad de Imagenología
Yanis Campillay Cortes	17.514.391-2	Enfermera	Unidad Emergencia
Yerko Villagra Jofré	16.135.226-8	Kinesiólogo	UTI MQ

PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA EVALUACIÓN

Describir los procedimientos establecidos por la Entidad:

1. **Sorteo aleatorio y designación de la entidad acreditadora para realizar el proceso de Acreditación del Hospital Regional de Antofagasta.**
   - Ausus Sum Management Consultores Ltda., recibe notificación - de parte de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, el día 5 octubre de 2015, - a través del Acta Nº28- 2015, del sorteo y Proceso de Designación aleatoria de Entidad(es) Acreditadora(s).

2. **Aceptación del proceso por parte de Ausus Sum Management Consultores Ltda.**
   - Ausus Sum Management Consultores Ltda., realiza procedimiento de aceptación del proceso de acreditación en el sistema informático de la Superintendencia de Salud el 13 de octubre 2015

3. **Recepción pago primera cuota del proceso de acreditación.**
   - El prestador cancela la primera cuota el día 15 de octubre de 2015. El contacto se establece con Dra. Alejandra Muñoz M., Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente del Hospital Regional de Antofagasta, al correo electrónico: alejandra.munozm@redsalud.gov.cl

4. **Se solicita antecedentes del Prestador a la Superintendencia de Salud.**
   - El 15 de octubre de 2015 Benedicto Romero Hermosilla, encargado de la Unidad de Admisibilidad y Autorización de la Intendencia de Prestadores, remite los documentos de Autoevaluación y la Ficha Técnica.

5. **Notificación al Prestador de la fecha de realización del proceso de acreditación por parte de Ausus Sum Management Consultores Ltda.**
   - Se notifica por correo electrónico, el día 19 de Octubre de 2015 a la Dra. Alejandra Muñoz, Jefe de la Unidad Calidad y Seguridad del Paciente, que la visita de acreditación se realizará entre el 26 de noviembre y el 4 de diciembre de 2015. Se envía copia del correo electrónico a acreditacion@superdesalud.gob.cl

6. **Conformación del equipo de evaluadores y comunicación oficial de la distribución de características del proceso de acreditación.**
   - Se define, con fecha 11 de Octubre 2015, el equipo de evaluadores y el responsable de la Dirección Técnica del proceso. Se confirman las características a cada miembro del equipo evaluador.

7. **Envío del cronograma, listado de evaluadores participantes y Dirección Técnica del proceso al correo de la Superintendencia de Salud, por parte de Ausus Sum Management Consultores Ltda.**
   - A través de correo electrónico, en los plazos estipulados; se envía la siguiente información:
     - Nómina completa de los evaluadores asignados por la Entidad a las distintas actividades de evaluación en el procedimiento de acreditación del prestador.
     - Cronograma de trabajo con la identificación de las características y puntos de verificación asignados a cada profesional.

8. **Envío de cronograma del proceso de acreditación al Prestador por parte de Ausus Sum Management Consultores Ltda.**
   - Se envía, con fecha 16 de Noviembre de 2015, el cronograma del proceso a la Dra. Alejandra Muñoz, Jefe Unidad Calidad y Seguridad del Paciente. Dado que el Prestador solicitó cambios en la programación, se envió la versión definitiva el día 19 de Noviembre de 2015.

9. **Actividades de Planificación del Proceso en Ausus Sum Management Consultores Ltda.**
   - A partir de la fecha de aceptación del proceso de acreditación se realizan distintas actividades de planificación y coordinación, de acuerdo a los procedimientos establecidos en la Entidad.
   - Se realiza reunión final de coordinación del proceso con todos los evaluadores participantes en el proceso el día 25 noviembre de 2015. Se hace entrega del material de apoyo para la realización de la visita en terreno.

10. **Desarrollo del Proceso de Acreditación durante la visita en terreno:**
    - Se desarrolla en terreno el proceso en las dependencias del Hospital Regional de Antofagasta entre el 26 de noviembre y el 4 de diciembre de 2015.
    - El día lunes 26 de octubre de 2015 a las 10 horas: reunión de inicio con los directivos del Prestador, participan los evaluadores, la Directora Técnica y Representante Legal de Ausus Sum Management Consultores Ltda., y los directivos superiores de la institución prestadora. La reunión finaliza a las 10.55 horas.
    - La Directora Técnica realiza una breve presentación de las generalidades del proceso y de los evaluadores. Se levanta acta de la reunión.
    - Se realizan una serie de preguntas, a las cuales los directivos dan respuestas; las que quedan consignadas en el acta de la reunión de inicio.
    - Se realizan 2 reuniones extraordinarias con los Directivos del Prestador.
      - En la primera, se pide aclarar dudas en relación a la realización de endoscopías de otorrino.
      - En la segunda, se solicita al Prestador presentar los antecedentes relativos a la monitorización de la característica GCL 1.7, dado que la Entidad Acreditadora realizará una consulta a la Superintendencia de Salud.

    - En el proceso de acreditación participa María Angélica Arancibia Medina, profesional de la Unidad de Fiscalización

en Acreditación de la Superintendencia de Salud.

11. Se realizan 10 consultas a la Superintendencia de Salud durante el proceso, al link http://acreditacion.superdesalud.gob.cl/gestionconsulta/GestionConsulta/ConsultaPublico.aspx (algunas se realizan por correo, por dificultades de conectividad). Éstas se detallan a continuación:

    Consulta: Nº2019-2015 (26 de noviembre):
    Se solicita pronunciamiento a la Superintendencia de Salud (SIS) respecto a la inclusión de dos unidades de Quimioterapia existentes en dependencias del Prestador: una Unidad Infantil (no incluida en los antecedentes previos entregados a la Entidad Acreditadora) y una Unidad de Adultos, en la cual se atienden pacientes del Centro Oncológico Antofagasta (COA). La consulta se realiza dado que existe un pronunciamiento previo de la SIS, contenido en el ORD/IP N°2964 del 20 de noviembre de 2013, en orden a excluir del sorteo a los pacientes del COA.

    Consulta: Nº2027-2015 (30 de noviembre):
    Se solicita un pronunciamiento a la SIS respecto al punto de verificación "PRO Endoscópicos, respecto a las nasofibroscopías, dado que el Prestador no había declarado la realización de estos procedimientos y la existencia de Autorización Sanitaria para una sala de procedimientos de la especialidad. Adicionalmente, se consulta respecto al tratamiento que se debe dar, en el proceso de acreditación, a una sala de procedimientos de cistoscopias ubicada en dependencias de Urología y dependiente del Servicio de Pabellones Quirúrgicos.

    Consulta: S/Nº (30 de noviembre 2015):
    Se solicita un pronunciamiento a la SIS respecto a la inclusión del equipo de Gammacámara en el proceso de acreditación.

    Consulta: Nº2047-2015 (2 de diciembre):
    Se consulta respecto a la inclusión, en el listado de evaluación del elemento medible 21 de la característica RH 1.2, de una persona que figura en la nómina oficial de personal del Hospital como "técnico titular", pero que se desempeña en funciones administrativas. El Prestador declara que, por razones reglamentarias, no ha sido posible cambiar la denominación de su cargo.

    Consulta: Nº2045-2015 (2 de diciembre):

    Se solicita un pronunciamiento a la SIS, respecto a la aplicación de una metodología de constatación, señalada en el Compendio de Circulares Interpretativas versión número 3, del 14 de enero de 2015, en la verificación del tercer elemento medible de la característica obligatoria GCL 1.7.

    Consulta: Nº2054-2015 (3 de diciembre):
    Criterio a aplicar en la evaluación de característica RH 1.3 respecto a la fecha de corte la revisión de la vigencia de las especialidades médicas y odontológicas, dado el período de retrospectividad definido para el proceso. Existen casos de vigencia, de algunos profesionales de la nómina del Prestador, hasta el 6 de noviembre de 2015

    Consulta: Nº2061-2015 (4 de diciembre):
    Se solicita la verificación de la certificación como Prestadores Individuales de 12 médicos extranjeros quienes presentan documentos de habilitación de la SEREMI de Salud de Antofagasta identificándolos con el número de pasaporte. Dado que existe un pronunciamiento de la SIS, en orden a que se les debe identificar con el RUT, se consulta respecto a la validez de los referidos documentos para los efectos de la evaluación de las características RH 1.1 y RH 1.3

    Consulta: Nº2062-2015 (4 de diciembre):
    Se solicita la verificación de la certificación como Prestadores Individuales de 2 médicos venezolanas quienes presentan documentos de habilitación de la SEREMI de Salud de Antofagasta identificándolas con el número de pasaporte y, revisar, coincidencia del número de pasaporte de las profesionales referidas con el RUT de 2 profesionales chilenas incluidas en la nómina de personal del Hospital. La consulta se refiere a las características RH 1.1 – RH 1.2 y RH 1.3

    Consulta: Nº2066-2015 (6 de diciembre):
    Se solicita un pronunciamiento respecto a la certificación de Prestadores Individuales de médicos extranjeros autorizados por Resoluciones Exentas de la SEREMI de Salud de Antofagasta, en cuyas Resoluciones se explicita una vigencia menor a tres años (contados de la fecha de la visita en adelante). La consulta se refiere a las características RH 1.1 y RH 1.3

    Consulta S/Nº (16 de febrero 2016):
    Se solicita un pronunciamiento respecto a la inclusión del SAMU en el proceso de acreditación, dado que el Prestador lo ha presentado como servicio de transporte de pacientes.

12. El viernes 4 de diciembre de 2015: se realiza la reunión de cierre del proceso, entre las 16.45 hrs.., y las 17.10 horas. Participan los directivos de la institución, la Directora Técnica y las evaluadoras del equipo de Ausus Sum Management Consultores Ltda. Se firman las actas correspondientes.

13. Las actas de las reuniones de inicio y de cierre, quedan en poder de la Dirección del Prestador y de la Dirección Técnica de la Entidad. Se envían las copias al correo electrónico acreditacion@superdesalud.gob.cl

UNIDADES Y SERVICIOS CLÍNICOS DEL PRESTADOR

UNIDAD O SERVICIO	UBICACIÓN – DIRECCIÓN	Diferencia con Autorización Sanitaria
Anatomía Patológica	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Atención de Donantes	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Banco de Sangre	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Cardiovascular Pediatría	No aplica	No aplica
Cirugía Hombres	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Cirugía Infantil	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Cirugía Mujeres	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Consultas Ambulatorias Adultos	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Consultas Ambulatorias Pediatría	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Dental	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Diálisis	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Endoscopía	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Esterilización	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Farmacia	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Hemodinamia	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Imagenología	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Intermedio Adultos	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Intermedio Pediatría	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Kinesioterapia y Rehabilitación	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Laboratorio	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Medicina Hombres	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Medicina Mujeres	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Medicina Transfusional	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Neonatología	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Obstetricia-Ginecología	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Oncología Adulto (QMT)	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Oncología Infantil (QMT)	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Pabellón Cirugía Ambulatoria	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Pabellón General	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Pabellón Obstetricia-ginecología	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Pensionado	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Psiquiatría	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Radioterapia	No aplica	No aplica
Traumatología	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Unidad Coronaria	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
UPC Adulto	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
UPC Cardiovascular	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
UPC Neonatología	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
UPC Pediatría	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Urgencia Adultos	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Urgencia Escolar	No aplica	No aplica
Urgencia Infantil	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Urgencia Obstetricia-Ginecología	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita
Vacunatorio	Dependencias del Prestador	No detectadas durante la visita

EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN

CARACTERÍSTICAS QUE NO LE APLICAN AL PRESTADOR

Característica	FUNDAMENTO DE LA NO APLICABILIDAD
APF 1.1	El Prestador declara que no compra servicios a terceros.
APD 1.1	El Prestador declara que no compra servicios a terceros.
APQ 1.1	El Prestador declara que no compra servicios a terceros.
APK 1.1	El Prestador declara que no compra servicios a terceros.
APTr 1.1	El Prestador declara que no compra servicios a terceros.
APR 1.1	El Prestador no realiza prestaciones de Radioterapia.
APR 1.2	El Prestador no realiza prestaciones de Radioterapia.
APR 1.3	El Prestador no realiza prestaciones de Radioterapia.
APR 1.4	El Prestador no realiza prestaciones de Radioterapia.
APT 1.1	Superintendencia de Salud instruye excluir al SAMU del proceso de acreditación.
APT 1.2	Superintendencia de Salud instruye excluir al SAMU del proceso de acreditación.

DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS EVALUADAS QUE LE APLICAN AL PRESTADOR

ÁMBITO DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

CARACTERÍSTICA DP 1.1 / HALLAZGOS

DP 1.1 – Primer y segundo elemento medible: Verifica existencia de carta de derechos y deberes de los pacientes instruida por la Resolución Exenta N° 605 de septiembre de 2012, del MINSAL.

Sector de Acceso, Sectores Espera de Público, Urgencia
Se verifica existencia de la carta de derechos: Si
Lugar en donde se verifica: Sector de acceso principal, Sectores de espera de público planta principal primer piso, sector de espera de público en Consultas de Especialidad, sectores de espera en Hospitalización, Urgencia Adulto – Pediátrica y Gíneco –Obstétrica
Observaciones: Se verifica en lugares de alta concurrencia la "carta de derechos y deberes de los Pacientes", se constata que cumple con los estándares establecidos en el "Manual de Norma Gráfica" según resolución N° 605 del Minsal, en cuanto a: ubicación, dimensión, visibilidad, luz, colores, contenidos específicos, características del texto.

CARACTERÍSTICA DP 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: 1	
Umbral de la característica: 80%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA DP 1.2 / HALLAZGOS

DP 1.2 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de gestión de reclamos.

Dirección o Gerencia		
Nombre del documento: "Procedimiento Gestión de Reclamos"		
N° Resolución: N°15316 - 17/12/2013	Versión: 2	Fecha: Noviembre 2013
Elaborado por: Fanny Cabrera R., Asistente Social, Gestora Usuarios "Hospital Regional de Antofagasta "	Aprobado por: Juan Pablo Matattall, Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 14
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Gestión de Reclamos, código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento son: Director, Jefa Unidad Gestión de Usuarios, Asistente Social, Funcionaria OIRS. En ítem 7 "Descripción del Proceso" detalla el procedimiento de recepción, análisis, plazos y respuesta de los reclamos presenciales ambulatorios y hospitalarios; reclamos virtuales; reclamos por posible negligencia y reclamos derivados del Servicio de Salud. Establece que Gestión del Usuario debe elaborar un informe trimestral cualitativo y cuantitativo para conocimiento y análisis de la Dirección. En anexos, los formularios de solicitud digital del comprobante de reclamo, formato de solicitudes ciudadanas, derivación de la Oficina de Información Reclamos y Sugerencias (OIRS) a Unidad Clínica o Administrativa y el flujograma del procedimiento de gestión de reclamos.		

DP 1.2 – Segundo elemento medible: Existe un análisis global de los reclamos que considera al menos: evaluación por áreas, causas principales y oportunidad de respuesta.

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento: Informe Análisis Global de Reclamos Hospital Regional Antofagasta, Abril –Junio y Julio- Septiembre de 2015					
Elaborado Por : Fanny Cabrera Ramírez, Asistente Social Gestora Usuarios, "Hospital Regional de Antofagasta"		Aprobado por: Juan Urrutia Reyes, Director Hospital Regional Antofagasta			
Considera (Si/No)	1. Evaluación por áreas	Si	2. Causas principales	Si	3. Oportunidad de respuesta	Si
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tienen a la vista los informes de análisis de los reclamos del segundo y tercer trimestre de 2015, denominados "Informe Análisis Global de Reclamos" en los cuales se realiza un análisis cuantitativo y cualitativo de los reclamos recepcionados en cada periodo. En el análisis cuantitativo se clasifican los reclamos en 11 causas, entre ellas tiempos de espera, trato, competencia técnica, infraestructura y se grafica comparativamente con igual trimestre del año anterior. El análisis cualitativo está referido al detalle de reclamos por Centro de Responsabilidad indicando junto a cada uno la solución implementada; reclamos por estamento y felicitaciones.					

DP 1.2 – Tercer elemento medible: Se constata que existe fácil acceso al sistema de formulación de reclamos.

Sectores de Hospitalización
Lugar donde se verifica: Se constatan buzones de reclamo en sector hospitalización en todos los pisos del edificio principal:

- Segundo piso: Acceso a Pensionado Médico Quirúrgico, Unidad Coronaria - Tercer piso: Acceso a Servicio Cirugía y UAPP - Cuarto piso: Acceso a Servicio Medicina y Quimioterapia adulto - Quinto piso: Acceso a Servicio Obstetricia y Ginecología y Neonatología - Sexto piso: Acceso a Servicio Pediatría, Quimioterapia y Cirugía Infantil - Séptimo piso: Acceso a Bloque Quirúrgico de Especialidades, UTI MQ
Descripción sistema de reclamos (De acuerdo a documento del Prestador): En el acceso a las Unidades Clínicas de hospitalización el prestador ha dispuesto buzones para la recepción de reclamos y sugerencias, para ello se dispone del formulario "Formato de Solicitud Ciudadana", el cual debe ser llenado a mano por el usuario. Las secretarias de cada Unidad Clínica son las responsables de mantener la provisión de formularios y lápices a un costado del buzón. El retiro de las solicitudes desde el buzón es realizado por funcionaria de la OIRS, quien lo ingresa al sistema de Trámite en Línea, con lo cual se inicia el proceso de gestión. El reclamo es enviado al Jefe de la Unidad Clínica correspondiente, quien recopila antecedentes y propone respuesta. La OIRS evalúa los antecedentes y respuesta de la jefatura con lo cual prepara respuesta al usuario que es visada y firmada por el Director. La respuesta escrita es enviada por correo certificado en un plazo de 15 días hábiles, con el ordinario de respuesta al usuario se cierra la solicitud en el sistema Trámite en línea.
Sectores de Espera de Público
Lugar donde se verifica: Se constata funcionamiento de la OIRS, ubicada en el primer piso del edificio principal y acceso a buzones de reclamos en sectores de espera a consultas de especialidades y sectores de espera en pasillos
Descripción sistema de reclamos (De acuerdo a documento del Prestador): El usuario puede realizar su reclamo en forma presencial en la OIRS, en la cual ingresan la solicitud al Sistema Trámite en línea, en caso de no disponer de sistema se realiza manualmente en formulario foliado. Se entrega al usuario copia del reclamo con número de trámite, timbre, fecha de recepción y clave para seguimiento de la gestión en línea El reclamo se deriva al Jefe de la Unidad clínica o administrativa correspondiente, para recopilación de antecedentes y propuesta de respuesta, una vez aprobada ésta por la dirección se envía al usuario por carta certificada en un plazo de 15 días hábiles. Con el ordinario de respuesta al usuario se cierra la solicitud en el sistema Trámite en línea.
Urgencia
Lugar donde se verifica: Se constatan buzones de reclamo en sector de Emergencia Adulto – Pediátrica y Emergencia Gíneco – Obstétrica, primer piso de edificio principal.
Descripción sistema de reclamos: (De acuerdo a documento del Prestador): El usuario puede realizar su reclamo en forma presencial en la OIRS, en horario hábil, mediante formulario "Formato de Solicitud Ciudadana" y depositarlo en los buzones habilitados en la Unidad de Emergencia o en la Oficina virtual de la OIRS a través de Internet. En cualquiera de las modalidades antes mencionadas en que se reciba el reclamo, se deriva al Jefe de la Unidad para que realice la recopilación de antecedentes y los derive a la OIRS con la propuesta de respuesta, en OIRS se evalúa y prepara respuesta al usuario, la cual una vez visada por la Dirección se le envía al usuario por carta certificada en un plazo de 15 días hábiles. Con el ordinario de respuesta al usuario se cierra la solicitud en el sistema Trámite en línea.

CARACTERÍSTICA DP 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Primer elemento medible	Segundo elemento medible	Tercer elemento medible
Dirección o Gerencia	1	1	
Sectores de Hospitalización			1
Sectores de Espera de Público			1
Urgencia			1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 5/5	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA DP 1.3 / HALLAZGOS

DP 1.3- Primer elemento medible: Se ha designado responsable de la evaluación del respeto de los derechos de los pacientes

Dirección o Gerencia		
Documento que designa nombramiento: Resolución Exenta		
N° Resolución: 9724	Versión: NA	Fecha: 29 Agosto 2013
Elaborado por: NA	Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia:-	N° páginas: 01
Nombre del responsable: Fanny Cabrera Ramírez	Profesión: Asistente Social	Cargo: Gestora de usuarios
Observaciones: Se tiene a la vista en Dirección que el responsable de la Evaluación del respeto de los Derechos de los Pacientes estará a cargo de un Profesional Grado 10, de 44 horas, semanales.		

DP 1.3 - Segundo elemento medible: Se ha definido un sistema que evalúa el respeto a los derechos de los pacientes y que incorpora la percepción de éstos.

Dirección o Gerencia	
Nombre del documento:" Procedimiento Evaluación del Respeto y de los Derechos y Deberes del paciente"	
Elaborado por: A S. Fanny Cabrera, Gestora Usuarios Hospital	Aprobado por: Juan Pablo Mattatall L, Director Hospital

Regional Antofagasta	Antofagasta
Tipo de instrumento de evaluación: " Encuesta de evaluación de la percepción del respeto de los derechos y deberes de los pacientes "	
Breve descripción del contenido del documento: Documento " Procedimiento Evaluación del Respeto y de los Derechos y Deberes del paciente", Código: PO-UGU-08, versión 01, con fecha de emisión Noviembre 2013, con una vigencia de 3 años, describe en el punto 1 denominado "Objetivos", que incluye: - Evaluar la percepción sobre respeto de los derechos de los usuarios, aplicando una encuesta. - Informar los resultados y establecer planes de mejora según estos. En el punto 2 denominado "Alcance", establece que el procedimiento aplica a los usuarios que asisten al Hospital Regional de Antofagasta. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe según cargo las responsabilidades de cada uno. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", especifica que el instrumento de evaluación a utilizar consiste en una "Encuesta de evaluación de la percepción del respeto de los derechos y deberes de los pacientes ", que evalúa el cumplimiento de los principales aspectos: - Conocimiento de la Carta de Derechos y Deberes de los pacientes y a través de qué forma la conoció. - Características de la información. - Trato recibido. - Información previa a las atenciones recibidas. - Solicitud de autorización para ser grabado o fotografiado. - Conocimiento del acceso de la información a la Ficha clínica. - Conocimiento sobre condición de aceptar, rechazar atención y solicitud de alta voluntaria. - Acceso a asistencia espiritual. - Conocimiento de sistema de Reclamo, Sugerencias, Consultas y Felicitaciones. - Solicitud del Consentimiento en caso de Procedimiento quirúrgico. - Solicitud de participar en actividades de docencia. - Conocimiento de sus Deberes. La aplicación de la encuesta se realiza en la Unidad de Recaudación, de forma diaria, de lunes a viernes a una muestra de paciente. Contiene anexo 1: Flujograma que describe desde la aplicación de la encuesta hasta entrega de resultado al Director. Anexo 2: "Encuesta de evaluación de la percepción del respeto de los derechos y deberes de los pacientes ".	

DP 1.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Dirección o Gerencia
Verifica la evaluación periódica: "Informe de percepción del respeto de los derechos de los pacientes en el Hospital Regional de Antofagasta – Primer Semestre 2015"
Periodo evaluado (Semestre): Primer semestre 2015
Documentos revisados (Encuestas-Informes): "Informe de percepción del respeto de los derechos de los pacientes en el Hospital Regional de Antofagasta – Primer Semestre 2015"

CARACTERÍSTICA DP 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM:1	2° EM:1	3° EM:1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA DP 2.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

DP 2.1 – Primer elemento medible: Se describe en documento de carácter institucional los requerimientos y características para el consentimiento informado.

Nombre del documento: Procedimiento Obtención del Consentimiento Informado							
N° Resolución:0247 Código: PPO-SDM-01		Versión:04			Fecha Resolución Exenta: 16/04/2015 Fecha Documento : 12/2014		
Elaborado por: Dra. Natalia Valenzuela S. Dra. Alejandra Muñoz M. Encargadas Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente			Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N. Director (S) Hospital Regional Antofagasta				
Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 12/2019			N° páginas: 11		
Considera casos en que deber requerirse al menos en : (Si/No)							
1. Cirugías mayores	Si	2. Procedimientos de hemodinamia	Si	3. Procedimientos endoscópicos	Si	4. Procedimientos de imagenología intervencional	Si
Define características del consentimiento escrito (Si /No)							
1. Especifica procedimiento a realizar					Si		
2.Define que con la firma del paciente o familiar recibieron de parte de quien realizará el procedimiento la información de:							
a). Objetivo de la intervención		Si	b). Características		Si	c). Potenciales riesgos	Si
3. El consentimiento informado debe registrar al menos:							
d). Nombre y firma del paciente	Si	e) Nombre y firma del profesional responsable del procedimiento		Si	f). Fecha de obtención del consentimiento		Si
4. El documento describe al menos los siguientes procedimientos:							
g). Procedimiento de obtención del CI, con la definición del responsable.		Si	h). Procedimiento para menores de edad, personas con dificultad de entendimiento, o alteración de conciencia				Si

Puntos de verificación en los que se constata el documento:						
Dirección o Gerencia	Cirugía Adulto	Cirugía Infantil	Subespecialidades Quirúrgicas	API	PRO Endoscópico	Hemodinamia
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:						

Se constata la existencia del documento, en que describe los requisitos mínimos que debe cumplir el "Consentimiento Informado", en los siguientes Servicio o Unidades:

- Dirección,
- Cirugía Adulto,
- Cirugía Infantil,
- Bloque Quirúrgico de especialidades para punto de verificación Subespecialidades Quirúrgicas
- Servicio de Imagenología,
- Unidad de Procedimientos Endoscópicos
- Unidad de Hemodinámia.

Este elemento medible se cumple en todos los puntos de verificación que le aplican al Prestador.

Breve descripción del documento:

En documento institucional presentado por el Prestador, en página 2 consta el alcance del documento el que señala que la obtención del Consentimiento Informado (CI) aplica a todos los procedimientos invasivos diagnósticos y /o terapéuticos que se realicen en el establecimiento, éstos incluyen: Cirugía Mayor Ambulatoria y no Ambulatoria, Procedimientos Endoscópicos de todo tipo, procedimientos de Hemodinamia, Procedimientos de Imagenología Intervencional y todo otro procedimiento que se realice en pabellón quirúrgico. En página 3 señala las responsabilidades de:

- Médico que ejecuta el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico y/o invasivo, intervención quirúrgica, o bien cualquier otro profesional médico del mismo equipo de salud; éste es responsable de la obtención del Consentimiento Informado, es quién debe, además, verificar que los datos registrados concuerden con los pacientes y con el procedimiento a realizar
- Matronas. Enfermeras y Tecnólogos Médicos: son responsables de verificar que se encuentre el documento Consentimiento Informado en la ficha clínica y que éste cuente con todos los contenidos obligatorios solicitados en el procedimiento institucional, previo a la realización del procedimiento. En caso de no ser así, debe informar al médico responsable la falta de este documento.

En la página 6 figura la descripción del proceso el que abarca los siguientes pasos:

1. Obtención del Consentimiento Informado (CI): El médico responsable de la ejecución del procedimiento y/o intervención quirúrgica o el médico miembro del equipo, debe explicar al paciente y /o responsable de éste, según aplique, el procedimiento o intervención a realizar, indicando los objetivos de ésta, los potenciales riesgos como también las posibles opciones al procedimiento indicado, que tiene derecho a negarse a la intervención o procedimiento e incluso a revocar su autorización. El médico debe realizar este procedimiento dando los tiempos necesarios al paciente o responsable legal a tomar una decisión informada y sin presiones. En el caso de pacientes analfabetos, el representante legal o en su defecto el médico que solicita el CI, es el encargado de leerle al paciente el documento. El paciente debe consignar su huella digital o firma en caso de consentir, denegar o revocar el CI.
   En los casos de pacientes menores de edad o con discapacidad mental es el representante legal quién firma el CI
2. Constancia de la Aplicación del Consentimiento Informado (CI): Se debe dejar constancia de la obtención del CI en el Formulario RG-SDM-01-03
3. Se debe registrar, obligatoriamente, en el formulario de Consentimiento Informado los siguientes datos:
   - Nombre, dos apellidos y firma del paciente
   - Un nombre dos apellidos y firma del representante legal, si el paciente no puede firmar el CI
   - Un nombre y, al menos, un apellido, Rut y firma del médico que ejecuta el procedimiento. Este ítem puede ser reemplazado por el timbre del médico que contenga los datos requeridos
   - Diagnóstico médico
   - Procedimiento a realizar y localización anatómica cuando aplique
   - Marcación escrita en recuadro de acepto o rechazo
   - Marcación escrita de revocación si corresponde
   - Fecha de aplicación del CI
4. El formulario de Consentimiento Informado debe quedar archivado en la ficha clínica del paciente
5. El registro del Consentimiento Informado puede ser Digital o Manual Si el Registro es Digital: el llenado de los campos puede realizarse en forma digital, sin embargo este debe ser impreso, y firmado por el médico que obtiene el CI y por el paciente o representante legal
6. Excepciones para la aplicación del Consentimiento Informado (CI) de acuerdo al Artículo 15 de la Ley 20.584
   - En el caso de que la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones, supongan un riesgo para la Salud Pública, según el código sanitario, debiendo dejar constancia en la ficha clínica
   - En aquellos casos que exista riesgo vital (incluye riesgo vital inmediato (materno o fetal) o riesgo de secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata y el paciente no se encuentra en condiciones de expresar su voluntad o no se dispones de representante legal
   - Cuando la persona se encuentra en incapacidad de expresar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal por no existir o no ser habido, en orden de garantizar la protección de la vida.
   - En estos casos, solo queda registrado por el médico Caso de Urgencia Vital
   - No obstante lo anterior, el médico tiene la obligación de explicar posteriormente lo realizado al paciente o representante legal.

El Prestador, adjunta al documento el Formulario RG-SDM-01-03. Formulario del Consentimiento Informado

DP 2.1 – Segundo elemento medible: Se constata uso de consentimiento informado con los elementos definidos en este instrumento, para cirugías mayores, procedimientos endoscópicos, procedimientos de hemodinámia y de imagenología intervencional realizadas en la institución.

	Metodología de Constatación
Cirugía Adulto	a) La constatación del uso del Consentimiento Informado se realiza, mediante la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación Post Operatoria y en el Servicio de Cirugía Adulto. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores correspondientes al periodo evaluado

	con el propósito de verificar en la ficha Clínica: - Presencia del documento - Si el documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional Se revisan 8 fichas clínicas en Recuperación y en 10 fichas clínicas en el Servicio de Cirugía, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en las fichas de los 18 pacientes. b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos, de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015). Mediante randomización, se seleccionan 30 fichas del total de 2.700 Cirugías Mayores informadas por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las fichas clínicas la existencia del Formulario de Consentimiento Informado y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los siguientes aspectos: • Fecha de la obtención del consentimiento; • Nombre y firma del paciente o representante legal; • Procedimiento a realizar; • Nombre y firma del paciente o su representante legal; en los casos de pacientes con problemas de psiquiátricos, con incapacidad de tomar sus propias decisiones o con alteración de conciencia. Esta firma establece que se recibió la información de parte del profesional que efectuará el procedimiento respecto de los objetivos de éste, sus características, beneficios y potenciales riesgos; • Firma y/o timbre del profesional que realizará el procedimiento quirúrgico; • Negación o rechazo; (dan por cumplido si solo tiene el timbre del profesional) • Revocación (en este punto del formulario nuevamente se deben señalar los datos y firma del paciente). Revisados los Formularios de Consentimiento Informado y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados en las 30 fichas clínicas seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.
Cirugía infantil	a) La constatación del uso del consentimiento informado se realiza, mediante la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación Post Operatoria y al Servicio de Cirugía Infantil. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva, de una muestra seleccionada aleatoriamente, de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores correspondientes al periodo evaluado con el propósito de verificar en la ficha clínica: • Presencia del documento en la ficha clínica • Si el documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional Se revisan 6 fichas clínicas en área Recuperación y en 5 fichas clínicas en Servicio de Cirugía Infantil, constando el cumplimiento del procedimiento institucional en los 11 pacientes. b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015). Mediante randomización, se seleccionan 30 fichas del total de 510 Cirugías Infantiles informadas por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las fichas clínicas la existencia del Formulario de Consentimiento Informado y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los siguientes aspectos: • Fecha de la obtención del consentimiento; • Nombre y firma del paciente o representante legal; • Procedimiento a realizar; • Firma del paciente o su representante legal que establece haber recibido información de quien efectuará el procedimiento respecto de los objetivos de éste, sus características, beneficios y potenciales riesgos; • Firma y/o timbre, del profesional que realizará el procedimiento quirúrgico; • Negación o rechazo • Revocación (en este punto del formulario nuevamente se deben señalar los datos y firma del paciente • Firma del representante legal en caso de pacientes: menores de edad, que no estén en condiciones de tomar sus propias decisiones, pacientes psiquiátricos, o con alteración de conciencia Revisados los Formularios de Consentimiento Informado y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados en las 30 fichas clínicas seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas.
Sub Especialidad Qx.	a) La constatación del uso del consentimiento informado se realiza, mediante la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías de las especialidades de Coloproctología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Maxilo Facial Cirugía Vascular Periférica y Tórax, hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación post operatoria y en el Servicio de Cirugía de Especialidades. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada al azar de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías de las especialidades antes mencionadas, correspondientes al periodo evaluado con el propósito de verificar en la ficha clínica: - Presencia del documento en la ficha clínica

	- Si el documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional Se realiza la revisión en 4 fichas clínicas en área Recuperación y en 7 fichas clínicas en el Bloque Quirúrgico de Especialidades constando el cumplimiento del procedimiento institucional en los 11 pacientes. b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías de cada una de las Sub Especialidades Quirúrgicas (Coloproctología, Cirugía Vascular Periférica, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Maxilo Facial, Cirugía Vascular Periférica y Tórax) en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015). Mediante randomización se seleccionan 30 fichas de las subespecialidades. Se procede a revisar en las fichas clínicas la existencia del Formulario de Consentimiento Informado y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los siguientes aspectos: • Fecha de la obtención del consentimiento; • Nombre y firma del paciente o representante legal; • Procedimiento a realizar; • Firma del paciente o su representante legal que establece haber recibido información de quien efectuará el procedimiento respecto de los objetivos de éste, sus características, beneficios y potenciales riesgos; • Firma y /o timbre del profesional que realizará el procedimiento quirúrgico; • Negación o rechazo; y • Revocación (en este punto del formulario nuevamente se deben señalar los datos y firma del paciente). En la revisión de las 30 fichas clínicas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.
API	a) Se constata el uso del procedimiento de Consentimiento Informado con los elementos definidos en el documento institucional, en los pacientes sometidos a Procedimientos de Imagenología Intervencional. Se realiza visita, a la Unidad de Imagenología, con el propósito de verificar en la ficha clínica de los pacientes sometidos a Procedimientos Invasivos lo siguiente: - Presencia del documento en la ficha clínica - Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional Se realiza la revisión en 2 fichas clínicas de pacientes sometidos a procedimiento al momento de la visita b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a Procedimientos de Imagenología Intervencional, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015). Mediante randomización se seleccionan 30 fichas clínicas. Se procede a revisar en las fichas clínicas la existencia del Formulario de Consentimiento Informado y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los siguientes aspectos: • Fecha de la obtención del consentimiento; • Nombre y firma del paciente o representante legal; • Procedimiento a realizar; • Firma del paciente o su representante legal que establece haber recibido información de quien efectuará el procedimiento respecto de los objetivos de éste, sus características, beneficios y potenciales riesgos; • Firma y/o timbre del profesional que realizará el procedimiento quirúrgico; • Negación o rechazo; y • Revocación (en este punto del formulario nuevamente se deben señalar los datos y firma del paciente). En la revisión del total de fichas seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas. Versión N°3 de 14 de enero 2015.
PRO Endoscópicos	a) Se constata el uso del procedimiento de Consentimiento Informado con los elementos definidos en el documento institucional, en los pacientes sometidos a Procedimientos Endoscópicos. Se realiza visita a la Unidad de Procedimientos Endoscópicos, con el propósito de verificar en la ficha clínica de pacientes sometidos a estos procedimientos, lo siguiente: - Presencia del documento en la ficha clínica - Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional Se realiza la revisión en 3 fichas clínicas, constando el cumplimiento del procedimiento institucional en los 3 pacientes. b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a Procedimientos Endoscópicos Digestivos Altos y Bajos, como también, a Procedimientos Endoscópicos Urológicos en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015). Mediante randomización se seleccionan 30 fichas clínicas. Se procede a revisar en las fichas clínicas la existencia del Formulario de Consentimiento Informado y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los siguientes aspectos: • Fecha de la obtención del consentimiento; • Nombre y firma del paciente o representante legal; • Procedimiento a realizar;

	• Firma del paciente o su representante legal que establece haber recibido información de quien efectuará el procedimiento respecto de los objetivos de éste, sus características, beneficios y potenciales riesgos; • Firma y timbre del profesional que realizará el procedimiento quirúrgico; • Negación o rechazo; y • Revocación (en este punto del formulario nuevamente se deben señalar los datos y firma del paciente). En la revisión del total de fichas seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.
Hemodinamia	a) Se constata el uso del procedimiento de Consentimiento Informado con los elementos definidos en el documento institucional, realizando la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a Procedimientos de Hemodinamia, Se realiza visita a la Unidad de Hemodinamia, con el propósito de verificar en la ficha clínica de pacientes sometidos a estos procedimientos, lo siguiente: - Presencia del documento en la ficha clínica - Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a Procedimientos de Hemodinamia (Coronariografías y Angioplastias**),** en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015), en el cual, el Prestadorinforma la realización de un total de 649 Procedimientos de Hemodinamia. Mediante randomización se seleccionan 30 fichas clínicas. Se procede a revisar en las fichas clínicas la existencia del Formulario de Consentimiento Informado y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los siguientes aspectos: • Fecha de la obtención del consentimiento; • Nombre y firma del paciente o representante legal; • Procedimiento a realizar; • Firma del paciente o su representante legal que establece haber recibido información de quien efectuará el procedimiento respecto de los objetivos de éste, sus características, beneficios y potenciales riesgos; • Firma y timbre del profesional que realizará el procedimiento quirúrgico; • Negación o rechazo; y • Revocación (en este punto del formulario nuevamente se deben señalar los datos y firma del paciente). En la revisión del total de fichas seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Punto verificación	**N° Consentimientos Revisados**	**N° Consentimientos Cumplen**	**% Cumplimiento**
Cirugía Adulto	30	30	100%
Cirugía infantil	30	30	100%
Sub Especialidad Qx.	30	30	100%
API	30	30	100%
PRO Endoscópicos	30	30	100%
Hemodinamia	30	30	100%
Observaciones:			

CARACTERÍSTICA DP 2.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Dirección	Cir. Ad.	Cir. Infant.	Sub. Esp. Qx.	API	PRO Endos.	Hemodina.
1° elemento medible	1	1	1	1	1	1	1
2° elemento medible		1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 80%		Puntaje total: 13/13		Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si	

CARÁCTERÍSTICA DP 3.1 / HALLAZGOS

DP 3.1 – Primer elemento medible: Se describe en documento de carácter institucional la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos en las que participa la institución*.

Dirección o Gerencia		
(1) El Prestador realiza investigaciones en seres humanos:		
Nombre del documento: Procedimiento Acceso para Realizar Investigación en Seres Humanos		
N° Resolución: 5909 Código: PO-OCSP-04	Versión: 00	Fecha de la Resolución: 30/10/2013 Fecha del documento: Agosto 2012
Elaborado por: Ismia Barrientos A Encargada Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente	Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director(S) del Hospital Regional de Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: Agosto 2015	N° páginas: 4

Breve descripción del contenido del documento: El documento presentado por el Prestador consigna fecha de vigencia vencida; refiere no tener documento vigente. Se da por no cumplido el primer elemento medible de la Característica. DP 3.1

DP 3.1 – Segundo elemento medible: Se constatan registros de investigaciones realizadas en la institución, aprobadas por un comité de ética y autorizadas por el prestador.

Dirección o Gerencia					
Existe registro de los casos sometidos a investigación: No se constatan registros.					
N° Casos revisados	N/A	N° Casos aprobados por Comité de Ética	N/A	N° Casos aprobados por el Prestador	N/A
Observaciones: En la Dirección del Prestador la Dra. Muñoz, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, presenta documento firmado por el Director del Establecimiento Sr. Juan Urrutia, de fecha 27 de Noviembre del 2015 en el cual certifica que durante el año 2015, no se han presentado proyectos de investigación en seres humanos en el Hospital Regional de Antofagasta. Lo anterior, es consistente con las respuestas emitidas por los profesionales médicos entrevistados en los diferentes servicios clínicos del establecimiento. Se da por cumplido el segundo Elemento Medible de la Característica DP 3.1					

DP 3.1 – Tercer elemento medible: Se constata: conocimiento de dicha obligación, en al menos 90% de los profesionales médicos entrevistados.

General		
N° Médicos Entrevistados	N° Respuestas Correctas	% Cumplimiento
40	117	97,5%
Registrar Unidad a la que pertenecen los médicos que responden de manera incorrecta: Un profesional médico del Servicio de Cirugía de Especialidades contesta en forma incorrecta las tres preguntas realizadas.		
Observaciones: Se constata conocimiento de la política institucional efectuando tres preguntas a cada uno de los profesionales médicos entrevistados. Se da por Cumplido el Tercer Elemento Medibles de la Característica DP 3.1		

CARACTERÍSTICA DP 3.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	1° elemento medible	2° elemento medible	3° elemento medible
Dirección o Gerencia	0	1	
General			1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 2/3	Porcentaje obtenido: 66%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA DP 4.1 / HALLAZGOS

DP 4.1 – Primer elemento medible: Existe convenio docente asistencial que cumple con al menos los siguientes requisitos:

Convenio 1 - Dirección o Gerencia					
Nombre del documento: "Convenio Asistencial Docente Servicio Salud Antofagasta – Liceo Técnico A-14 Antofagasta"					
Institución con la que se celebra convenio: Liceo Técnico A-14 Antofagasta.					
Versión: NA N° RESOLUCIÓN: 73	Fecha Resolución: 8 Enero 2015 Fecha Documento : 09 Diciembre 2014	Fecha vigencia: Hasta el 31 de Diciembre 2015		N° páginas:12	
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: Si					
Firmado por: Dr. Zamir Nayar Funes. Director Servicio de Salud Antofagasta		Firmado por: Arturo Basadre Reyes. Secretario General Ejecutivo. Corporación Municipal de Desarrollo Social de Antofagasta			
El documento define explícitamente: (Si/No):					
1. Proteger la seguridad de los pacientes	Si	2. Proteger los derechos de los pacientes	Si	3. Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente	Si
Breve descripción del contenido del documento: Documento "Convenio Asistencial Docente. Servicio Salud Antofagasta – Liceo Técnico A-14 Antofagasta", aprobado por RESOLUCIÓN EXENTA N° 73, contiene la descripción de las Unidades asistenciales que el Servicio pone a disposición, las que incluyen a; Bloque Quirúrgico de Especialidades 7° piso, U. Asistencial Medicina 4° piso y U. asistencial de Cirugía (mujeres – hombres) 3° piso. Contiene el objetivo principal de establecer las bases de cooperación, coordinación e interacción entre el centro formador y el establecimiento asistencial para el desarrollo de actividades de pregrado para la carrera de Técnico de Nivel Medio Especialidad en Atención de Enfermería. Establece los siguientes principios: Derechos de los pacientes, Seguridad en las atenciones, Prioridad de lo asistencial, Tutoría técnico – administrativa e Intercambio de experiencias. Establece los Derechos de los usuarios en el marco de la relación asistencial docente, los que incluyen: ser informado de las actividades asistenciales – docentes, solicitar su consentimiento, negarse a la atención por docentes y/o alumnos, resguardar su dignidad y respetar creencias políticas y religiosas, también indica que los usuarios deberán respetar a los estudiantes de las instituciones en convenio. Establece las obligaciones tanto del Centro formador con los académicos y estudiantes, como las obligaciones de los académicos del Centro Formador, las obligaciones de los estudiantes y la duración del convenio.					
Convenio 2 - Dirección o Gerencia					
Nombre del Documento 1: "Convenio Docente Asistencial Servicio de Salud de Antofagasta – Universidad del Mar Sede					

Antofagasta"						
Institución con la que se celebra convenio: Universidad del Mar Sede Antofagasta						
Versión: NA N° RESOLUCIÓN:2634	Fecha Resolución:22 Octubre 2010 Fecha documento: 30 Marzo 2010		Fecha vigencia:3 años		N° páginas: 11	
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: Sr. Max Pizarro Pavéz, Director (S) Servicio de Salud Antofagasta.						
Firmado por: Sra. Carla Napoletani R, Rectora Universidad del Mar Sede Antofagasta.			Firmado por: Sr. Rodrigo Alarcón Quesem, Director Servicio Salud de Antofagasta.			
Nombre del documento 2: "Addendum de Convenio Docente Asistencial Servicio de Salud de Antofagasta y Universidad del Mar Sede Antofagasta"						
Institución con la que se celebra convenio: Universidad del Mar Campus Antofagasta						
Versión: NA N° RESOLUCIÓN: 1412	Fecha Resolución: 8 Abril 2014 Fecha documento24 Marzo 2014		Fecha vigencia: 28 Febrero 2015		N° páginas:2	
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: Dr. Juan Pablo Mattatall Lankin Director (S) Servicio de Salud Antofagasta						
Firmado por: Sra. Carla Napoletani Ramírez. Rectora Universidad del Mar Campus Antofagasta			Firmado por: Dr. Waldo Bustos Streeter. Director Suplente Servicio de Salud Antofagasta			
Nombre del documento 3:" Addendum de Convenio Docente Asistencial Servicio de Salud de Antofagasta y Universidad del Mar Sede Antofagasta"						
Institución con la que se celebra convenio: Universidad del Mar Sede Antofagasta.						
Versión: NA N° RESOLUCIÓN: 74	Fecha Resolución: 08 Enero 2015 Fecha documento: 15 Diciembre 2014		Fecha vigencia: Hasta el 28 de Febrero de 2018		N° páginas:2	
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: Dr. Zamir Nayar Funes Director Servicio de Salud Antofagasta.						
Firmado por: Sra. Carla Napoletani Ramírez. Rectora Universidad del Mar Sede Antofagasta			Firmado por: Dr. Zamir Nayar Funes. Director Servicio de Salud Antofagasta			
El documento define explícitamente (Si/No):						
1. Proteger la seguridad de los pacientes	Si	2. Proteger los derechos de los pacientes	Si	3. Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente	Si	
Breve descripción del contenido del documento: Documento 1: "Convenio Docente Asistencial Servicio de Salud de Antofagasta – Universidad del Mar Sede Antofagasta", establece el uso de los campos clínicos y las carreras por las que será utilizada. Describe listado de obligaciones de los estudiantes, incluye las siguientes: Trato digno y respetuoso a los usuarios, respeto a la confidencialidad, derecho a la privacidad, portar identificación y respetar protocolos y guías clínicas. Documento 2:"Addendum de Convenio Docente Asistencial Servicio de Salud de Antofagasta y Universidad del Mar Sede Antofagasta", aprobado por Resolución Exenta N° 1412, incorpora los Principios formadores que regirán el cumplimiento del Convenio Asistencial Docente, que incluye: Derechos de los pacientes, Seguridad en las atenciones, Prioridad de lo asistencial y Tutorías técnico - administrativas. Convenio se encuentra vigente según RESOLUCIÓN EXENTA N° 4302. Documento 3:"Addendum de Convenio Docente Asistencial Servicio de Salud de Antofagasta y Universidad del Mar Sede Antofagasta", aprobado por Resolución Exenta N° 74, del 8 de Enero del 2015, extiende vigencia del convenio Docente Asistencial actual hasta el 28 de Febrero de 2018.						
Convenio 3 - Dirección o Gerencia						
Nombre del documento 1: "Convenio Asistencial Docente Servicio de Salud de Antofagasta – Centro de Formación Técnica Santo Tomás, Instituto Profesional Santo Tomás y Universidad Santo Tomás"						
Institución con la que se celebra convenio: Centro de Formación Técnica Santo Tomás – Universidad Santo Tomás Sede Antofagasta						
Versión: NA N° RESOLUCIÓN: 2624	Fecha Resolución: 21 Octubre 2010 Fecha documento :10 Marzo 2010		Fecha vigencia: 10 años (2020)		N° páginas: 14	
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: Dr. Edgardo Vergara Montt, Director (S)Servicio de Salud Antofagasta						
Firmado por: Sr. Rodrigo Alarcón Quesem, Director Servicio de Salud Antofagasta			Firmado por: Sr. Exequiel Ramírez Tapia, Rector Centro Formador			
Nombre del documento 2: "Addendum de Convenio Asistencial Docente Servicio de Salud de Antofagasta – Centro de Formación Técnica Santo Tomás, Universidad Santo Tomás Sede Antofagasta"						
Institución con la que se celebra convenio: Centro de Formación Técnica Santo Tomás – Universidad Santo Tomás Sede Antofagasta						
Versión: NA N° RESOLUCIÓN:2311	Fecha Resolución: 06 Junio 2014 Fecha documento :24 de Marzo 2014		Fecha vigencia: 2020		N° páginas:10	
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: Dr. Waldo Bustos Streeter, Director (T y P)Servicio de Salud Antofagasta						
Firmado por: Dr. Waldo Bustos Streeter, Director Suplente Servicio de Salud Antofagasta			Firmado por: Sr. Exequiel Ramírez Tapia, Rector C.F.T y Universidad Santo Tomás Sede Antofagasta			
El documento define explícitamente (Si/No):						
1. Proteger la seguridad de los pacientes	Si	2. Proteger los derechos de los pacientes	Si	3. Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente	Si	
Breve descripción del contenido del documento: Documento 1: "Convenio Asistencial Docente Servicio de Salud de Antofagasta – Centro de Formación Técnica Santo Tomás, Instituto Profesional Santo Tomás y Universidad Santo Tomás", establece una vigencia de 10 años. Incorpora el trato digno por parte de los estudiantes y respeto a la privacidad de las personas.						

Documento 2: "Addendum de Convenio Asistencial Docente Servicio de Salud de Antofagasta – Centro de Formación Técnica Santo Tomás – Universidad Santo Tomás Sede Antofagasta", aprobado por N° RESOLUCIÓN: 2311, incorpora los siguientes Principios formadores que regirán el cumplimiento del Convenio Asistencial Docente: Derechos a los pacientes, Seguridad en las atenciones, Prioridad de lo asistencial, Investigación científica e Intercambio de experiencias. Como a su vez incorpora los Derechos de los usuarios en el Marco de la relación Asistencial Docente que incluye los siguientes derechos: Ser informado que es un establecimiento donde se desarrollan actividades asistenciales - docentes, que se le solicite consentimiento frente a las actividades, derecho a negarse a ser atendido por docente y/o alumno sin desmedro en la atención, resguardo a su dignidad y respeto a sus creencias y a su vez respetar a los estudiantes de las instituciones en convenio.						
Convenio 4 - Dirección o Gerencia						
Nombre del documento: "Convenio Asistencial Docente Servicio de Salud de Antofagasta – Universidad Católica del Norte Sede Antofagasta"						
Institución con la que se celebra convenio: Universidad Católica del Norte Sede Antofagasta						
Versión: NA N° RESOLUCIÓN:426	Fecha Resolución: 29 Enero 2014 Fecha documento :08 Enero 2014		Fecha vigencia:2 años			N° páginas:14
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: Sr. Claudio Espinoza Aedo, Director (S) Servicio de Antofagasta						
Firmado por: Sr. Jorge Tabilo Álvarez, Rector Universidad Católica del Norte			Firmado por: Sr. Claudio Espinoza Aedo, Director (S) Servicio de Antofagasta			
El documento define explícitamente (Si/No):						
1. Proteger la seguridad de los pacientes	Si	2. Proteger los derechos de los pacientes	Si	3. Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente	Si	
Breve descripción del contenido del documento: Documento "Convenio Asistencial Docente. Servicio Salud Antofagasta – Universidad Católica del Norte Sede Antofagasta", aprobado por Resolución Exenta N° 426, contiene la descripción de los siguientes Principios: Derechos de los pacientes donde explicita que las partes se comprometen a velar por el respeto de los derechos de los usuarios y la seguridad de los pacientes en todas las áreas de su accionar. Prioridad de lo asistencial. Tutoría técnico –administrativa. Investigación científica e Intercambio de experiencias.						
Convenio 5 - Dirección o Gerencia						
Nombre del documento 1 : "Convenio Asistencial Docente Servicio de Salud Antofagasta y Universidad de Antofagasta"						
Institución con la que se celebra convenio: Universidad de Antofagasta						
Versión: NA N° RESOLUCIÓN: 2398	Fecha Resolución: 28 Septiembre 2010 Fecha documento : 14 Septiembre 2010		Fecha vigencia: 10 años (2020)			N° páginas: 13
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: Sr. Rodrigo Alarcón Quesem, Director Servicio de Salud Antofagasta						
Firmado por: Sr. Rodrigo Alarcón Quesem, Director Servicio de Salud Antofagasta			Firmado por: Sr. Luis Alberto Loyola Morales, Rector Universidad de Antofagasta			
Nombre del documento 2 : "Addendum de Convenio Asistencial Docente Servicio de Salud de Antofagasta – Universidad de Antofagasta"						
Institución con la que se celebra convenio: Universidad de Antofagasta						
Versión: NA N° RESOLUCIÓN:2220	Fecha Resolución: 03 Junio 2014 Fecha documento :24 Marzo 2014		Fecha vigencia: 2020			N° páginas:10
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento: Dr. Waldo Bustos Streeter, Director (T y P)Servicio de Salud Antofagasta						
Firmado por: Sr. Luis Loyola Morales. Rector Universidad de Antofagasta			Firmado por: Dr. Waldo Bustos Streeter. Director Suplente Servicio de Salud Antofagasta			
El documento define explícitamente (Si/No):						
1. Proteger la seguridad de los pacientes	Si	2. Proteger los derechos de los pacientes	Si	3. Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente	Si	
Breve descripción del contenido del documento: Documento 1: "Convenio Asistencial Docente Servicio de Salud Antofagasta y Universidad de Antofagasta", establece una vigencia del convenio por 10 años, donde los estudiantes deben cumplir con un trato digno y respetuoso con los usuarios y respeto a la confidencialidad y derecho a la privacidad. Documento 2: "Addendum de Convenio Asistencial Docente Servicio de Salud de Antofagasta – Universidad de Antofagasta", aprobado por RESOLUCIÓN: N° 2220, donde se explicita que; "las partes vienen a incorporar los siguientes principios formadores que regirán el cumplimiento del Convenio Asistencial Docente", los que incluye: Derechos a los pacientes, Seguridad en las atenciones, Prioridad de lo asistencial, Investigación Científica e Intercambio de experiencias".						

CARACTERÍSTICA DP 4.1 / CARACTERÍSTICAS Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA DP 4.2 / HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué? Pabellón Cardiocirugía, UAPP y Pensionado, dado que no reciben alumnos de pre-grado de carreras de la salud en sus dependencias.

DP 4.2 – Primer elemento medible: Se han establecido los procedimientos y/o actividades que pueden ejecutar los alumnos según carrera y nivel de formación.

<table>
<tr><th colspan="4">Dirección o Gerencia</th></tr>
<tr><td colspan="4">Nombre del documento: Regulación de las actividades de los alumnos de carreras de la salud en el Hospital Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta”</td></tr>
<tr><td colspan="4">Instituciones en convenio: El Prestador declara que tiene convenio docente con las siguientes instituciones:
-Universidad de Antofagasta: En las carreras de Medicina, Enfermería, Obstetricia, Nutrición y Dietética, Tecnología Médica Laboratorio Clínico y Banco de Sangre, Kinesiología y Fonoaudiología.
-Universidad Santo Tomás: En las carreras de: Enfermería, Nutrición y Dietética, Kinesiología, TENS y Técnico en Laboratorio, Banco de Sangre e Imagenología.
-Universidad Católica del Norte: Psicología y Química y Farmacia.
-Universidad del Mar: Enfermería.
-Liceo Técnico A-14: Educación Parvularia, Asistente Social y Atención de Enfermería.</td></tr>
<tr><td>Versión: 01</td><td>Fecha: Marzo 2015</td><td>Fecha vigencia: 5 años</td><td>N° páginas: 24</td></tr>
<tr><td colspan="4">Elaborado por: Karime Viralta V., Coordinador Técnico RAD</td></tr>
<tr><td colspan="2">Firmado por: Jessica Bravo R., Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente HRA</td><td colspan="2">Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N. Director (s) Hospital Regional Antofagasta</td></tr>
<tr><td colspan="2">Carrera: Medicina</td><td colspan="2">Nivel: 1° a 5° Año</td></tr>
<tr><td colspan="4">Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras:
• Realizar anamnesis del paciente
• Realizar examen físico
• Realizar examen obstétrico y ginecológico
• Realizar ingreso médico de los pacientes a la unidad
• Sugerir hipótesis diagnóstica
• Realizar procedimientos no invasivos
• Evaluación de los pacientes según estado y diagnóstico</td></tr>
<tr><td colspan="2">Carrera: Enfermería</td><td colspan="2">Nivel: 1° a 4° Año e Internado</td></tr>
<tr><td colspan="4">Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras:
• Realizar procedimientos de enfermería de acuerdo a normas IAAS y protocolos institucionales
• Utilizar elementos de protección
• Planificar los cuidados de enfermería en horarios según rutina del servicio y acciones planificadas
• Evaluación de los pacientes según estado y diagnóstico
• Categorizar a los pacientes según nivel de riesgo y dependencia de acuerdo a la normativa vigente</td></tr>
<tr><td colspan="2">Carrera: Obstetricia y Puericultura</td><td colspan="2">Nivel: 1° a 5°Año</td></tr>
<tr><td colspan="4">Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras:
• Realizar examen obstétrico y/o ginecológico
• Realizar hipótesis diagnóstica
• Planificar la atención de matronería de las pacientes, de acuerdo a las indicaciones médicas y criterio profesional
• Realizar procedimientos no invasivos
• Realizar monitorización fetal</td></tr>
<tr><td colspan="2">Carrera: Kinesiología “Adulto”</td><td colspan="2">Nivel: 1°, 4° y 5° Año</td></tr>
<tr><td colspan="4">Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras:
• Realizar examen físico
• Evaluación de los pacientes según estado y diagnóstico
• Realizar técnicas kinésicas en relación a los objetivos planteados.
• Realizar procedimientos de Kinesiología de acuerdo a normas IAAS, protocolos institucionales y Procedimientos de Atención Kinésica del servicio de Medicina Física y Rehabilitación</td></tr>
<tr><td colspan="2">Carrera: Kinesiología “Pediatría”</td><td colspan="2">Nivel: 5 ° Año</td></tr>
<tr><td colspan="4">Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras:
• Realizar examen físico
• Evaluación de los pacientes según estado y diagnóstico
• Realizar técnicas kinésicas en relación a los objetivos planteados.
• Realizar procedimientos de Kinesiología de acuerdo a normas IAAS, protocolos institucionales y Procedimientos de Atención Kinésica del servicio de Pediatría</td></tr>
<tr><td colspan="2">Carrera: Nutrición y Dietética</td><td colspan="2">Nivel: 1°, 3°, 4° y 5° Año</td></tr>
<tr><td colspan="4">Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras:
• Aplica las técnicas antropométricas requeridas, según el caso
• Determina y fundamenta un diagnóstico nutricional integrado
• Desarrolla la prescripción dietética de acuerdo al estado de salud del usuario
• Formula un plan de requerimiento nutricional que responde a las necesidades
• Elabora la pauta alimentaria, de acuerdo al diagnóstico y condiciones del paciente</td></tr>
<tr><td colspan="2">Carrera: Tecnología Médica Banco de Sangre</td><td colspan="2">Nivel: 1°, 5° Año (Diagnóstico) y 5° Año (Internado)</td></tr>
<tr><td colspan="4">Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras:
• Realizar exámenes pre-encuesta del donante
• Realizar encuesta del donante
• Realización de flebotomía y extracción de sangre
• Realización de técnicas de serología infecciosa, derivación de muestras positivas, etiquetado de bolsas
• Almacenamiento, transporte y fraccionamiento de unidades de sangre, control de calidad de hemocomponentes, uso de registros y sistema de banco de sangre.</td></tr>
</table>

Carrera: Tecnología Médica Tecnología Médica Laboratorio	Nivel: 1°, 4°, 5° Año (Diagnóstico) y 5° Año (Internado)
Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras: • Evaluación de control de calidad aplicado en las diferentes secciones • Ejecución de técnicas de parasitología (PSD, LF, Rota-adenovirus) • Realización y aplicación de pruebas diagnósticas en las diferentes secciones (Inmunología, bioquímica, laboratorio de urgencia, microbiología, hematología) bajo supervisión directa del TM de Laboratorio • Siembra y aislamiento de microorganismos en diferentes muestras clínicas • Manipulación, análisis e interpretación de resultados de líquidos corporales bajo supervisión directa del TM a cargo del área.	
Carrera: Química y Farmacia	Nivel: 4° y 5° Año
Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras: • Seguimiento fármaco-terapéutico de pacientes internado en los servicios clínicos de cirugía, medicina, ginecología, traumatología, otorrinolaringología y urología. • Seguimiento fármaco-terapéutico de los pacientes dados de alta y que retiran sus medicamentos en farmacia abierta del servicio de Farmacia, específicamente de los servicios de cirugía, medicina, ginecología, traumatología, otorrinolaringología y urología. • Noción de las funciones de QF en la preparación de quimioterapéuticos, tanto pediátricos como adultos. • Noción de las funciones de QF en la preparación de nutriciones parenterales, tanto pediátricas como adultos. • Conocimiento de funciones del QF en la dispensación de medicamentos a los distintos servicios clínicos.	
Carrera: Fonoaudiología	Nivel: 5° Año
Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras: • Realización de exámenes de Audiometría e Impedanciometría • Realización de exámenes Vestibulares • Evaluación del paciente afásico • Terapia del paciente afásico • Registro detallado de sus actividades en pacientes hospitalizados y ambulatorios.	
Carrera: Psicología	Nivel: 4° y 5° Año e Internado
Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras: • Realizar Psicoterapia Individual (niños, adolescentes, adultos) • Realizar Intervención Psicosocial de grupo (niños, adolescentes, adultos) • Realizar Psicoterapia Familiar • Realización de talleres Psicoterapéuticos	
Carrera: Odontología	Nivel: 5° Año
Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras: • Realizar examen oral al paciente • Evaluación de pacientes según estado y diagnóstico • Realizar procedimientos (invasivos y no invasivos) de odontología general en la urgencia ambulatoria diagnóstica • Realizar procedimientos odontológicos de acuerdo a normas IAAS y protocolos institucionales • Colaborar en procedimientos odontológicos invasivos (intervenciones quirúrgicas ambulatorias)	
Carrera: Técnico Nivel Medio/TENS	Nivel: 1°y 2°Año y Práctica Profesional
Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras: • Colaboración en procedimientos efectuados por médicos y enfermeras • Administración de medicamentos VO • Administración de medicamentos por vía inhalatoria • Administración de medicamentos EV • Administración de medicamentos por vía IM-SC • Preparación, control y cambio de soluciones de Fleboclisis	
Carrera: Técnico Nivel Medio en Alimentación	Nivel: Práctica Profesional
Procedimientos y/o actividades establecidas: Entre otras: • Seleccionar, limpiar, cortar las materias primas según sus características para la utilización en crudo, cocción o conservación. • Almacenar los insumos de acuerdo a sus características principales • Elaborar las presentaciones basales • Cocinar los alimentos, aplicando el método adecuado. • Limpiar y sanitizar áreas de trabajo, en la cual el alumno se esté desempeñando	
Observaciones: El documento contiene en el Anexo 1 la "Planilla de Supervisión Regulación de las actividades de los alumnos de carreras de la salud RG-COLDAS-01-00	

Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento: En todos los servicios clínicos, en los que aplica, se constata el documento señalado, de carácter transversal.

- PQ se compone de los siguientes servicios clínicos: PQ Central y PQ Gine-Obst.; en ambos se constata el documento. Cumplen. En el Pabellón Cardiocirugía, el responsable declara que no reciben alumnos de pre-grado de carreras de la salud; por lo tanto no aplica.
- Medicina se compone de los siguientes servicios clínicos: Medicina, UAPP y Pensionado Medicina. En el servicio de Medicina, se constata el documento. Por lo tanto, cumple lo requerido. En UAPP y Pensionado Medicina, las responsables declaran que no reciben alumnos de pre-grado de carreras de la salud; por lo tanto no aplica.
- Obstetricia, se constata documento. Cumple.
- Urgencia se compone del servicio de Urgencia Ad y Ped; y de la Unidad de Urgencia Gine-Obst. En ambos servicios clínicos, se constata el documento. Cumplen.

Se da por cumplido el elemento medible.

DP 4.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido nivel de Supervisión Institucional requerido en cada caso.

Nivel de Supervisión PQ: 1. Pabellón Central: En el documento "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a Pabellón Quirúrgico Central" Código: PG-PAB-02, versión 00, de 5 páginas de fecha noviembre 2013 de vigencia 3 años, se consigna el nivel de supervisión institucional que se debe aplicar a los alumnos de pre-grado de carreras de la salud. Se explicitan las actividades de supervisión, las cuales se consignan en la pauta de supervisión, que se incluye en el Anexo 1. 2. PQ Gine-Obst: En el documento "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad Pabellón Maternidad" Código: PQ-OBST-GINE-00, versión 00, de 5 páginas de fecha noviembre 2013 de vigencia 3 años, se consigna el nivel de supervisión institucional que se debe aplicar a los alumnos de pre-grado de carreras de la salud. Se explicitan las actividades de supervisión, las cuales se consignan en la pauta de supervisión, que se incluye en el Anexo 1. 3. PQ Cardiocirugía: El Prestador declara que en el servicio clínico no se realiza docencia de pre-grado. No se reciben alumnos en práctica clínica; por lo tanto, no aplica.
Nivel de Supervisión Medicina: 4. Servicio de Medicina: En el documento "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad Medicina" Código: PG-MED-04, versión 01, de 5 páginas de fecha noviembre 2013 de vigencia 3 años, se consigna el nivel de supervisión institucional que se debe aplicar a los alumnos de pre-grado de carreras de la salud. Se explicitan las actividades de supervisión, las cuales se consignan en la pauta de supervisión, que se incluye en el Anexo 1. 5. UAPP y Pensionado de Medicina: Los responsables de los servicios clínicos declaran que en los servicios clínicos no se realiza docencia de pre-grado. No se reciben alumnos en práctica clínica; por lo tanto, no aplica.
Nivel de Supervisión Pediatría: En el documento "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad Pediatría", Código: PG-PED-04, versión 00, de 5 páginas de fecha noviembre 2013 de vigencia 3 años, se consigna el nivel de supervisión institucional que se debe aplicar a los alumnos de pre-grado de carreras de la salud. Se explicitan las actividades de supervisión, las cuales se consignan en la pauta de supervisión, que se incluye en el Anexo 1.
Nivel de Supervisión Obstetricia: Se presenta documento "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad de Obstetricia y Ginecología" Código: PG-SDMT-10, versión 01, de 5 páginas de fecha noviembre 2013 de vigencia 3 años, se consigna el nivel de supervisión institucional que se debe aplicar a los alumnos de pre-grado de carreras de la salud. Se explicitan las actividades de supervisión, las cuales se consignan en la pauta de supervisión, que se incluye en el Anexo 1.
Nivel de Supervisión Urgencia: • Servicio de Urgencia Ad y Ped: En el documento "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad de Emergencia", Código: PG-URG-02, versión 00, de 5 páginas de fecha noviembre 2013 de vigencia 3 años, se consigna el nivel de supervisión institucional que se debe aplicar a los alumnos de pre-grado de carreras de la salud. Se explicitan las actividades de supervisión, las cuales se consignan en la pauta de supervisión, que se incluye en el Anexo 1. • Unidad de Urgencia Gine-Obst: En el documento "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad de Urgencia Gineco-Obstetricia" Código: PG-URG.GINE-OBST-00, versión 00, de 5 páginas de fecha noviembre 2013 de vigencia 3 años, se consigna el nivel de supervisión institucional que se debe aplicar a los alumnos de pre-grado de carreras de la salud. Se explicitan las actividades de supervisión, las cuales se consignan en la pauta de supervisión, que se incluye en el Anexo 1.
Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento: • PQ se compone de los siguientes servicios clínicos: PQ Central y PQ Gine-Obst.; ambos cumplen. En el Pabellón Cardiocirugía, no aplica. • Medicina se compone de los siguientes servicios clínicos: Medicina, UAPP y Pensionado Medicina. El servicio de Medicina, cumple. En UAPP y Pensionado Medicina, no aplica. • Obstetricia, cumple. • Urgencia se compone del servicio de Urgencia Ad y Ped; y de la Unidad de Urgencia Gine-Obst. Ambos servicios clínicos, cumplen. Se da por cumplido el elemento medible.

DP 4.2 – Tercer elemento medible: Se documenta programa de supervisión de las prácticas clínicas relevantes ejecutadas por los alumnos.

PQ –Pabellón Central			
Nombre del documento: "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a Pabellón Quirúrgico Central"			
Código: PG-PAB-02			
Versión:00	Fecha: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas:5
Elaborado por: Karen Fernández, Enfermera Supervisora Pabellón Central			
Aprobado por: Dr. Luis Molina A., Médico Jefe Unidad Pabellón Central			
Breve descripción del programa de supervisión: Los objetivos consignados en el documento son los siguientes: 1. Resguardar la seguridad, derechos y deberes de los pacientes 2. Asegurar el cumplimiento de las actividades y procedimientos establecidos que realizan los alumnos de pregrado según nivel de formación. En el alcance se consigna que el programa será aplicado a los alumnos de pregrado que ingresen a realizar práctica a la Unidad de Pabellón. El enfermero supervisor es el responsable de ejecutar el programa. Se explicitan las actividades de supervisión y se especifica que éstas, se evaluarán a través de observación directa mediante pauta de supervisión (la que se incluye en el Anexo 1). Indica que se confeccionará informe semestral de supervisión, de acuerdo a los resultados de las pautas aplicadas.			

PQ – Pabellón Gine-Obst.			
Nombre del documento: "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad Pabellón Maternidad"			
Código: PQ-OBST-GINE-00			
Versión: 00	Fecha: Noviembre 2013	Fecha vigencia:3 años	N° páginas: 5

Elaborado por: Andrea Rivera I., Matrona Supervisora Unidad Pabellón Maternidad
Aprobado por: Sandra Soto V., Matrona Subdirectora de Matronería.
Breve descripción del programa de supervisión: Los objetivos consignados en el documento son los siguientes: 1. Resguardar la seguridad, derechos y deberes de los pacientes 2. Asegurar el cumplimiento de las actividades y procedimientos establecidos que realizan los alumnos de pregrado según nivel de formación. En el alcance se consigna que el programa será aplicado a los alumnos de pregrado que ingresen a realizar práctica a la Unidad de Pabellón de Maternidad. La Matrona supervisora es la responsable de ejecutar el programa. Se explicitan las actividades de supervisión y se especifica que éstas, se evaluarán a través de observación directa mediante pauta de supervisión (la que se incluye en el Anexo 1). Indica que se confeccionará informe semestral de supervisión, de acuerdo a los resultados de las pautas aplicadas.

PQ – Cardiocirugía
Observaciones: El Prestador declara que no se reciben alumnos de pre-grado en dependencias de la Unidad. No aplica.

Medicina			
Nombre del documento: "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad Medicina"			
Código: PG-MED-04			
Versión: 01	Fecha: Noviembre 2013	Fecha vigencia:3 años	N° páginas: 5
Elaborado por: Alejandra Milies G., Enfermera Supervisora Medicina			
Aprobado por: Dra. Ruth Solís V., Médico Jefe Servicio Medicina			
Breve descripción del programa de supervisión: Los objetivos consignados en el documento son los siguientes: 1. Resguardar la seguridad, derechos y deberes de los pacientes 2. Asegurar el cumplimiento de las actividades y procedimientos establecidos que realizan los alumnos de pregrado según nivel de formación. En el alcance se consigna que el programa será aplicado a los alumnos de pregrado que ingresen a realizar práctica al Servicio de Medicina. La enfermera supervisora es la responsable de ejecutar el programa. Se explicitan las actividades de supervisión y se especifica que éstas, se evaluarán a través de observación directa mediante pauta de supervisión (la que se incluye en el Anexo 1). Indica que se confeccionará informe semestral de supervisión, de acuerdo a los resultados de las pautas aplicadas.			

UAPP – Pensionado Medicina
Observaciones: Los responsables de ambos servicios clínicos declaran que no reciben alumnos de pre-grado de carreras de la salud, en dependencias de los servicios. No aplica.

Pediatría			
Nombre del documento: "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad Pediatría"			
Código: PG-PED-04			
Versión: 00	Fecha: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 5
Elaborado por: Jessica Álvarez C., Enfermera Encargada Calidad Pediatría			
Aprobado por: Elda Lagunas M., Enfermera Supervisora Pediatría			
Breve descripción del programa de supervisión: Los objetivos consignados en el documento son los siguientes: 1. Resguardar la seguridad, derechos y deberes de los pacientes. 2. Asegurar el cumplimiento de las actividades y procedimientos establecidos que realizan los alumnos de pregrado según nivel de formación. En el alcance se consigna que el programa será aplicado a los alumnos de pregrado que ingresen a realizar práctica al Servicio de Pediatría. La enfermera supervisora es la responsable de ejecutar el programa. Se explicitan las actividades de supervisión y se especifica que éstas, se evaluarán a través de observación directa mediante pauta de supervisión (la que se incluye en el Anexo 1). Indica que se confeccionará informe semestral de supervisión, de acuerdo a los resultados de las pautas aplicadas.			
Obstetricia			
Nombre del documento: "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad de Obstetricia y Ginecología"			
Código: PG-SDMT-10			
Versión: 01	Fecha: Noviembre 2013	Fecha vigencia:3 años	N° páginas:5
Elaborado por: Isabel Alfaro B., Matrona Obstetricia y Ginecología			
Aprobado por: Dayanna Hernández G., Matrona Jefe (s) Servicio Obstetricia y Ginecología.			
Breve descripción del programa de supervisión: Los objetivos consignados en el documento son los siguientes: 1. Resguardar la seguridad, derechos y deberes de los pacientes 2. Asegurar el cumplimiento de las actividades y procedimientos establecidos que realizan los alumnos de pregrado según nivel de formación. En el alcance se consigna que el programa será aplicado a los alumnos de pregrado que ingresen a realizar práctica a la Unidad de Obstetricia y Ginecología. La matrona supervisora es la responsable de ejecutar el programa. Se explicitan las actividades de supervisión y se especifica que éstas, se evaluarán a través de observación directa mediante pauta de supervisión (la que se incluye en el Anexo 1). Indica que se confeccionará informe semestral de supervisión, de acuerdo a los resultados de las pautas aplicadas.			
Urgencia Ad-Ped			
Nombre del documento: "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad de Emergencia.			
Código: PG-URG-02			
Versión: 00	Fecha: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 5
Elaborado por: Mafalda Tomicic, Supervisora (s) Unidad Emergencia			

Aprobado por: Bayardo Cádena, Médico Jefe de Unidad Emergencia
Breve descripción del programa de supervisión: Los objetivos consignados en el documento son los siguientes: 1. Resguardar la seguridad, derechos y deberes de los pacientes. 2. Asegurar el cumplimiento de las actividades y procedimientos establecidos que realizan los alumnos de pregrado según nivel de formación. En el alcance se consigna que el programa será aplicado a los alumnos de pregrado que ingresen a realizar práctica en la Unidad de Urgencia. La enfermera supervisora es la responsable de ejecutar el programa. Se explicitan las actividades de supervisión y se especifica que éstas, se evaluarán a través de observación directa mediante pauta de supervisión (la que se incluye en el Anexo 1). Indica que se confeccionará informe semestral de supervisión, de acuerdo a los resultados de las pautas aplicadas.

Urgencia Gine-Obst			
Nombre del documento: "Programa de Supervisión de alumnos de pre-grado que ingresan a la Unidad de Urgencia Gineco-Obstetricia"			
Código: PG-URG.GINE-OBST-00			
Versión: 00	Fecha: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 5
Elaborado por: Andrea Rivera I., Matrona Supervisora Unidad			
Aprobado por: Sandra Soto V., Matrona Subdirectora de Matronería			
Breve descripción del programa de supervisión: Los objetivos consignados en el documento son los siguientes: 1. Resguardar la seguridad, derechos y deberes de los pacientes 2. Asegurar el cumplimiento de las actividades y procedimientos establecidos que realizan los alumnos de pregrado según nivel de formación. En el alcance se consigna que el programa será aplicado a los alumnos de pregrado que ingresen a realizar práctica a la Unidad de Urgencia Gine-Obstétrica. La matrona supervisora es la responsable de ejecutar el programa. Se explicitan las actividades de supervisión y se especifica que éstas, se evaluarán a través de observación directa mediante pauta de supervisión (la que se incluye en el Anexo 1). Indica que se confeccionará informe semestral de supervisión, de acuerdo a los resultados de las pautas aplicadas.			
Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento: • PQ se compone de los siguientes servicios clínicos: PQ Central y PQ Gine-Obst.; ambos cumplen. En el Pabellón Cardiocirugía, no aplica. • Medicina se compone de los siguientes servicios clínicos: Medicina, UAPP y Pensionado Medicina. El servicio de Medicina, cumple. En UAPP y Pensionado Medicina, no aplica. • Obstetricia, cumple. • Urgencia se compone del servicio de Urgencia Ad y Ped; y de la Unidad de Urgencia Gine-Obst. Ambos servicios clínicos, cumplen. Se da por cumplido el elemento medible.			

DP 4.2 – Cuarto elemento medible: Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación periódica.

Describir constancia evaluación periódica en PQ: Pabellón Central: La responsable del servicio, presenta un certificado extendido y firmado por la Sra. Karime Viralta Valdebenito, Coordinadora Técnica RAD (Relación Asistencial Docente del Servicio de Salud Antofagasta), en el cual se explicita que en el período Enero-Octubre del Año 2015, la Unidad de Pabellón Central no recibió alumnos en prácticas curriculares, ni alumnos internos, de carreras de la salud. No aplica. Pabellón Gine-Obst: La matrona responsable del servicio declara que durante el I y II Semestre han tenido alumnos de Obstetricia y Medicina de la Universidad de Antofagasta en prácticas clínicas. No se presenta a la evaluadora la nómina de los alumnos de la carrera de Medicina que le permita constatar la evaluación periódica, de acuerdo al nivel de la carrera. Por otra parte, tampoco se presenta el Informe del Programa de Supervisión de frecuencia semestral definido en el Programa del servicio. Se da por no cumplido el elemento medible. PQ Cardiocirugía: No aplica.
Describir constancia evaluación periódica en Medicina: La responsable del servicio, declara que han realizado prácticas clínicas alumnos de pre-grado de la Universidad de Antofagasta de las carreras de: Medicina, Enfermería, Nutrición y Dietética; y de Kinesiología. Por otra parte, de la Universidad Santo Tomás, alumnos de las carreras de Enfermería y TENS; de la Universidad Católica del Norte, alumnos de las carreras de Química y Farmacia y Psicología; y adicionalmente, alumnos de Técnico Paramédico del Liceo A-14. Se presenta a la evaluadora el documento "Informe Supervisión de alumnos de pre-grado", de fecha de medición I Semestre de 2015, elaborado por la enfermera supervisora del servicio, en el cual se consigna, la evaluación de: -10 Alumnos de Enfermería, 5 alumnos de Kinesiología, 10 alumnos internos de Medicina, 10 alumnos de 3° Año de Medicina de la Universidad de Antofagasta. (Total: 35) -10 Alumnos de Enfermería, 4 alumnos internas de Enfermería y 10 alumnos TENS de la Universidad Santo Tomás. (Total: 24) -10 Alumnos de Química y Farmacia y 2 de Psicología de la Universidad Católica del Norte.(Total: 12) -10 Alumnos de Técnico Paramédico del Liceo A-14 Se selecciona al azar la carrera de Enfermería de la Universidad Santo Tomás para revisar los registros primarios. Se constata la la existencia de los documentos de supervisión; como también la consistencia, con las nóminas de rotación de los alumnos. Se revisan 7 casos al azar. Se da por cumplido el elemento medible.
Describir constancia evaluación periódica en Pediatría: La responsable del servicio, declara que han realizado prácticas clínicas alumnos de pre-grado de las carreras de Enfermería y Medicina de la Universidad de Antofagasta; como también, alumnos de Enfermería, Kinesiología y TENS de la Universidad Santo Tomás. Se presenta a la evaluadora el "Informe de Supervisión" del I Semestre de 2015, documento firmado y timbrado por Carolina Urrutia O. y la firma de un Supervisor (no identificado). En el citado informe, se consigna que se realizaron:

-10 evaluaciones a alumnos de Medicina, de la Universidad de Antofagasta. -10 evaluaciones a alumnos de Enfermería de la Universidad de Antofagasta. -10 evaluaciones a alumnos de Enfermería de la Universidad Santo Tomás -10 evaluaciones a alumnos de Kinesiología de la Universidad Santo Tomás - 9 evaluaciones a alumnos Técnico en Enfermería de la Universidad Santo Tomás (corresponde al número de alumnos que rotaron). Se solicita la documentación de la supervisión y otros registros de los alumnos de Medicina y Enfermería de la Universidad de Antofagasta y de los alumnos de Enfermería de la Universidad Santo Tomás. Se constata que hay consistencia en los registros primarios y otros documentos. Se da por cumplido el elemento medible.
Describir constancia evaluación periódica en Obstetricia: La responsable del servicio, declara que han realizado prácticas clínicas alumnos de pre-grado de las carreras de Obstetricia y Puericultura, Enfermería y Medicina de la Universidad de Antofagasta, entre otros centros de educación superior en convenio. También, declara que han rotado alumnos de TENS de la Universidad Santo Tomás y Liceo Técnico A-14. En la visita, no es posible constatar la evaluación periódica, dado que no hay documentación de la actividad docente (nómina de alumnos) ni de la supervisión realizada, de acuerdo al nivel de la carrera, de los alumnos de Medicina, como tampoco, de los alumnos de TENS del Liceo Técnico A-14 en las dependencias del servicio de Obstetricia. No se presenta el Informe del Programa de Supervisión de frecuencia semestral definido en el Programa del servicio. Se da por no cumplido el elemento medible.
Describir constancia evaluación periódica en Urgencia: URG Ad-Ped: La responsable del servicio, declara que han realizado prácticas clínicas alumnos de pre-grado de las carreras de Medicina de la Universidad de Antofagasta; de Enfermería de las Universidades de Antofagasta, Santo Tomás y del Mar; como también, alumnos de TENS de la Universidad Santo Tomás y Liceo Técnico A-14. En la visita, no es posible constatar la evaluación periódica, de acuerdo a lo definido en el Programa de la Unidad, dado que no hay documentación de la actividad docente (nómina de alumnos) ni de la supervisión realizada, de acuerdo al nivel de la carrera, de los alumnos de Medicina, como tampoco, de los alumnos de Enfermería de la Universidad del Mar, TENS de la Universidad Santo Tomás y del Liceo Técnico A-14. No se presenta el Informe del Programa de Supervisión de frecuencia semestral definido en el Programa del servicio. Se da por no cumplido el elemento medible. URG Gine-Obst: La responsable del servicio, declara que han realizado prácticas clínicas alumnos de pre-grado de las carreras de Medicina y Obstetricia - Puericultura de la Universidad de Antofagasta. En la visita, no es posible constatar la evaluación periódica, de acuerdo a lo definido en el Programa de la Unidad, dado que no hay documentación de la actividad docente (nómina de alumnos) ni de la supervisión realizada, de acuerdo al nivel de la carrera, de los alumnos de Medicina. No se presenta el Informe del Programa de Supervisión de frecuencia semestral definido en el Programa del servicio. Se da por no cumplido el elemento medible.
Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento: • PQ Central y PQ Gine-Obst.; no cumplen. Pabellón Cardiocirugía, no aplica. • Medicina se compone de los siguientes servicios clínicos: Medicina, UAPP y Pensionado Medicina. El servicio de Medicina, cumple. En UAPP y Pensionado Medicina, no aplica. • Pediatría, cumple. • Obstetricia, no cumple. • Urgencia se compone del servicio de Urgencia Ad y Ped; y de la Unidad de Urgencia Gine-Obst. No cumplen.

CARACTERÍSTICA DP 4.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Dirección	PQ	Medicina	Pediatría	Obstetricia	Urgencia
Primer elemento medible	1	1	1	1	1	1
Segundo elemento medible		1	1	1	1	1
Tercer elemento medible		1	1	1	1	1
Cuarto elemento medible		0	1	1	0	0
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 18/21		Porcentaje obtenido: 86%		Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA DP 5.1 / HALLAZGOS

DP 5.1 – Primer elemento medible: Se constata identificación formal del Comité de Ética del que dispone o al que puede acceder el prestador.

Dirección o Gerencia			
Comité de ética del Prestador	Si	Comité de ética externo al que accede el Prestador	NA
Documento que identifica comité de ética: Resolución Exenta			
N° Resolución: N° 0098	Versión: 02	Fecha Resolución : 12/01/2015	
Elaborado por: Matrona Mónica Rojas Urzúa, Presidenta del Comité de Ética Asistencial		Aprobado por: Dr. Francisco Bueno Natusch, Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: Indefinida	N° páginas:2	
Breve descripción del contenido del documento: Resolución 0098 de fecha 12/01/2015, Resolución en la que se nombra a los profesionales que conforman el Comité de Ética Asistencial y los roles que se les asignan dentro de este Comité.			

DP 5.1 – Segundo elemento medible: Se describen en documento de carácter institucional las situaciones que deben someterse a evaluación ética y el procedimiento para la presentación de casos a dicho Comité.

Dirección o Gerencia		
Nombre del documento: Procedimiento Sistema de Consulta al Comité de Ética Asistencial		
N° Resolución: 13894 Código: PO-CEA-02	Versión:02	Fecha de la Resolución: 20/11/2013 Fecha del Documento: 10/2013
Elaborado por: Matrona Mónica Rojas Urzúa	Aprobado por: Dr. Juan Mattatall	

Presidenta del Comité de Ética Asistencial del Hospital Regional de Antofagasta		Director del Hospital Regional de Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 10/2016		N° páginas: 11		
Describe (Si/No)	1. Situaciones que deben someterse al comité de ética	Si	2. Procedimiento para la presentación	Si	

Breve descripción del contenido del documento:
En páginas 2, 3 y 4 del documento de carácter institucional presentado por el Prestador, consta el objetivo del procedimiento y su alcance, en el que señala que el presente documento aplica en toda situación en que se presente un dilema o conflicto ético clínico durante la atención de los pacientes. Puede ser aplicado por el profesional tratante, miembros de equipo de salud, algún familiar del paciente o responsable de éste. Además, se señalan las responsabilidades de: a) Miembros del equipo de salud que asisten al paciente; b) Médico tratante; c) Paciente o tutor responsable de éste; d) Secretaria del Comité de Ética Asistencial; y e) Presidente del Comité de Ética Asistencial.
Se consignan, además, las definiciones de los términos utilizadas en el documento.
En página 5 figura tabla N°1 que consigna los "Motivos de Consulta Obligatoria al Comité de Ética Asistencial", entre las cuales se señalan:

- Cuando el médico tiene dudas sobre la competencia del paciente para adoptar una decisión autónoma;
- En el caso que se estime que la decisión autónoma manifestada por la persona o su representante legal la expone a grandes daños a su salud o riesgo a morir, que serían evitables, prudencialmente siguiendo los tratamientos indicados y siempre que el médico tratante haya agotado todas las instancias de información que hubiesen permitido al paciente o representante legal alcanzar una decisión autónoma;
- En el caso de una posible aplicación de alta forzosa por parte de la Dirección del establecimiento, a propuesta del profesional tratante, cuando la persona expresa su voluntad de no ser tratada, de interrumpir el tratamiento, o se niega a cumplir las prescripciones del profesional tratante;
- Cuando el paciente presenta una discapacidad psíquica o intelectual que no le permite manifestar su voluntad en relación a la posible indicación y aplicación de tratamientos invasivos de carácter irreversible.

En página 6 se presenta tabla N°2 "Motivos de Consulta Opcionales al Comité de Ética Asistencial", entre las que se señalan:

- Si la insistencia en la indicación de los tratamientos o la limitación del esfuerzo terapéutico son rechazadas por los pacientes o por sus representantes;
- Cuando se desconoce la voluntad del paciente, cuando éste no está en condiciones de decidir y no se sabe quién debe decidir en su nombre;
- Ante discrepancias entre profesionales sobre la decisión terapéutica;

En página 7 consta la descripción del proceso "Solicitud de asesoría al Comité de Ética Asistencial", el cual considera:

- Solicitud de asesoría al Comité de Ética Asistencial. La Asesoría del Comité de Ética Asistencial es solicitada por el médico tratante toda vez que se presenten casos, condicionados por lo descrito en "Motivos de Consulta Obligatoria". En los otros casos anteriormente descritos "Motivos de Consulta Opcionales", la consulta puede ser efectuada por cualquier miembro del equipo de salud, paciente, o representante legal, previa toma de conocimiento del médico tratante
- El interesado debe presentar el caso en formulario RG-CEA-03-00. Este formulario se entrega a la secretaría del Comité de Ética Asistencial por escrito y vía Email, al correo electrónico señalado en el documento. Cuando la solicitud de asesoría está relacionada la solicitud con la limitación del esfuerzo terapéutico, se debe adicionar en forma obligatoria una evaluación y diagnóstico neurológico actualizado.
- La solicitud de asesoría debe ser consignada en la ficha clínica por el médico tratante.
- El análisis del caso en el Comité de Ética Asistencial se realiza una vez recepcionada la consulta, coordinando una reunión extraordinaria en que se expone verbalmente por el solicitante la situación que genera la consulta. En caso de ser necesario, el Comité puede solicitar asesoría de consultores o expertos con derecho a voz. El análisis del caso se efectúa en sesión privada.
- El resultado consta en un informe enviado por escrito al médico tratante y a quien genere la consulta; pudiendo emitirse pre informes en caso de requerirse pronta respuesta. Recibido el informe, el médico tratante registra en la ficha clínica del paciente la recepción de la respuesta del Comité (se sugiere dejar copia del informe). Se deja expresa constancia en el documento, que la opinión del Comité de Ética Asistencial tiene la misma reserva y grado de confidencialidad que la ficha clínica, no siendo vinculante para el médico tratante ni para la Dirección del Hospital. Se señala que el plazo de respuesta no debe ser mayor a las 48 hrs. realizada la reunión del Comité.
- Solicitudes en casos de real urgencia. Se refiere a aquellas consultas relacionadas con una condición crítica extrema del paciente en la que se debe decidir respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico. En estas situaciones, la presentación del caso se realiza en la Unidad Clínica, ante el presidente del Comité o quién el designe y un miembro del Comité
- Se da por concluido el proceso cuando la persona que formula la consulta completa y entrega el formulario de Seguimiento de casos para retroalimentación del Comité de Ética asistencial.
- Es obligación mantener copia del documento para consulta, en todas las Unidades Clínicas y en la Dirección del establecimiento.

Se da por cumplido el Segundo Elemento Medible de la Característica DP 5.1

DP 5.1 – Tercer elemento medible: Se constatan registros de casos sometidos al comité de ética.

Dirección o Gerencia
Describir constatación de los registros: Se constata mediante la revisión de las Actas de las reuniones del Comité de Ética Asistencial, presentadas por el Prestador de los 6 meses precedentes a la visita de acreditación, verificando que el comité sesiona en forma regular (los segundos jueves de cada mes). Se presentan 5 casos clínicos, cumpliendo con los requisitos descritos en el documento institucional, igualmente, se constata que se realizan reuniones extraordinarias según necesidad y urgencia y que se da respuesta oportuna a las consultas realizadas por los profesionales del establecimiento. De acuerdo a lo constatado se da por Cumplido el Tercer Elemento Medibles de la Característica. DP 5.1

DP 5.1 – Cuarto elemento medible: Se constata: conocimiento del procedimiento para acceder a Comité de Ética en al menos 90% de profesionales médicos entrevistados.

Unidad o Servicio	N° entrevistas	N° respuestas correctas	% cumplimiento

Unidad Paciente Crítico Adulto	3	9	100%
Unidad Coronaria	2	6	100%
Pabellón Gíneco-Obs	4	12	100%
Pabellón Quirúrgico	7	21	100%
Pabellón Cardiovascular	1	3	100%
Consultas Especialidades	5	15	100%
Servicio Medicina	6	18	100%
Unidad tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico	6	18	100%
Unidad Paciente Crítico Pediatría	2	6	100%
Unidad Paciente Crítico Neonatología	2	6	100%
Servicio de Pediatría	3	9	100%
Servicio Cirugía Infantil	5	15	100%
Servicio Cirugía Adulto	5	12	80%
Unidad Atención Progresiva	1	3	100%
Servicio de Ginecología	4	12	100%
Total	**56**	**165**	**98%**

Observaciones:
Para realizar la constatación del conocimiento de los médicos del procedimiento para acceder al Comité de Ética Asistencial, se realiza entrevista a un total de 56 profesionales de las diferentes Unidades Asistenciales, realizándoles tres preguntas a cada uno de los entrevistados, obteniéndose un resultado de 98.% de respuestas correctas.
Se da por Cumplido el Cuarto Elemento Medible de la Característica DP 5.1

CARACTERÍSTICA DP 5.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	1° EM:	2° EM:	3° EM:	4° EM:
Dirección o Gerencia	1	1	1	
General				1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 4/4	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

ÁMBITO GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

CARACTERÍSTICA CAL 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

CAL 1.1 - Primer elemento medible: Existe un documento de carácter institucional que describe la política de calidad de la Institución.

Dirección o Gerencia		
Nombre del documento: Resolución Exenta Nº 13196		
N° Resolución: 13196	Versión: No consigna	Fecha: 5 agosto 2014
Elaborado por: Dra. Juana Pérez Moraga, Director (T.y P.) Hospital Regional de Antofagasta	Aprobado por: Dra. Juana Pérez Moraga, Director (T.y P.) Hospital Regional de Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: No consigna	N° páginas: 2
Breve descripción de los aspectos relevantes del documento: La Política de Calidad del Hospital Regional de Antofagasta se resume en seis puntos: 1. Enfoque de la atención centrada en las personas. 2. Liderazgo del equipo de salud. 3. Inclusión de todo el personal. 4. Formación continua. 5. Sistema para la gestión asistencial basado en procesos. 6. Lineamiento con las políticas vigentes de Calidad y Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud.		

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

Dirección o Gerencia				
Documento que designa nombramiento: Resolución Exenta Nº 10115				
N° Resolución: 10115	Versión: No consigna		Fecha: 5 de septiembre de 2013	
Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta	Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: No consigna		N° páginas: 1	
Nombre del responsable: Dra. Alejandra Muñoz Meynet	Profesión: Médico-Cirujano		Cargo: Jefe de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	
Cargo específica (Si/No)	Funciones	Si	N° de horas asignadas	11
Breve descripción del contenido del documento: Explicita las funciones del Jefe de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente: - Desarrollar un programa de seguridad de los pacientes, ejecutarlo, evaluarlo y difundir sus resultados a través de un informe, generando planes de mejora. - Velar por el cumplimiento de las funciones de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente del Hospital Regional de Antofagasta.				
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº9289 del 17 de noviembre de 2015 firmada por el Director del Hospital Regional de Antofagasta, Sr. Juan Urrutia R., donde se encomiendan las funciones como "Encargada del Programa de Calidad de la Institución y Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente", a la Dra. Alejandra Muñoz Meynet, en un				

contrato de 11 horas. Se explicitan las mismas funciones consignadas en la Resolución Exenta Nº10115.

CAL 1.1 - Tercer elemento medible: Cuenta con un programa de calidad que incorpora un sistema de evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.

Dirección o Gerencia				
Nombre del documento: Programa Anual Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta Año 2015				
Elaborado por: Enfermeras Mariela Bernes y Rosa Jirón; y Matronas Jessica Bravo y Marcela Rojo.			Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (s) Hospital Regional de Antofagasta.	
Años evaluados:	2015			
Incluye (Si/No)	1. Sistema de evaluación anual	Si	2. Aspectos relevantes para la seguridad de pacientes	Si
Breve descripción de los aspectos relevantes del documento: Se constata la versión 02, código PG-CAL-03 de 16 páginas de fecha enero 2015. El documento consigna los objetivos, las actividades, el sistema de evaluación y los responsables, entre otros aspectos. Respecto a las "Actividades del Programa de Calidad", contenidas en el punto 11, desde las páginas 6 a la 12, se incluyen 2 áreas de trabajo principales: "Acreditación-Autorización Sanitaria" y "Seguridad del Paciente". Para cada una de ellas, se explicita el objetivo general, los objetivos específicos y un Plan de Actividades de Seguridad del Paciente. En estos últimos, se incluye para cada una de las actividades, el responsable, un indicador, umbral, verificador y el plazo. Un ejemplo, en lo relativo al Plan de Actividades de Seguridad del Paciente, se indica a continuación: -Actividad: Aplicar procedimiento de vigilancia de eventos adversos -Responsable: Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente -Indicador: (Nº de planes de mejora con las medidas de prevención aplicadas en un período/Nº total de planes de mejora presentados en el mismo período) x 100 -Umbral: 50% -Verificador: Informes de monitoreo -Plazo 2015: Semestral En el punto 13, se establece que la evaluación se realizará a través de informes semestral y anual, como también, a través de estados de avance mensuales de las actividades programadas.				

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

Dirección o Gerencia	
Nombre del documento: Informe Programa anual de Calidad y Seguridad del paciente Hospital Regional de Antofagasta. I Semestre 2015	
Elaborado por: Jessica Bravo R., Mariela Berrios A., Equipo Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.	Aprobado por: Sr. Juan Urrutia R., Director Hospital Regional de Antofagasta
Años evaluados: I Semestre 2015	Incluye análisis de los resultados obtenidos: Si
Breve descripción de los aspectos relevantes del documento: Se consigna, en el punto "Conclusiones" que hay 14 actividades programadas para el primer semestre y que el cumplimiento es del 86%. En el documento de 16 páginas, se realiza un análisis respecto a las áreas de trabajo definidas. En lo relativo al área "Autorización Sanitaria-Acreditación", se consigna, entre otros aspectos, que en la evaluación realizada por el Servicio de Salud en el mes de junio de 2015, se logra el 77% de cumplimiento de las características obligatorias. De un total de 30, no se cumplen 7. En relación al cumplimiento de las características totales para presentación al proceso de acreditación de la institución, se consigna que se da por cumplida la actividad, puesto que se ha logrado cumplir el 61% al mes de junio. En lo relativo al área de trabajo "Seguridad del Paciente", se consigna el cumplimiento del 100% de los indicadores de seguridad evaluados por prevalencia: indicación de transfusión y prevención de UPP, entre otros. Asimismo, se indica, por ejemplo, que para el objetivo 2.2.4 (en la página 11), "Realizar sistemáticamente un análisis de todos los eventos adversos sucedidos en el Hospital Regional de Antofagasta" se ha cumplido con el 62% de notificaciones según el procedimiento institucional. Se da por cumplido el elemento medible.	

CARACTERÍSTICA CAL 1.1 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1	4° EM: 1
Umbral de la característica:100%	Puntaje total: 4/4		Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA CAL 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué? APR, dado que de acuerdo al ORD IP/Nº2964 de la Superintendencia de Salud, de fecha 20 de noviembre, no se debe incluir al Centro Oncológico Antofagasta (COA), en el proceso de acreditación del Hospital. Las prestaciones de radioterapia se realizan en dependencias del mencionado centro clínico.

CAL 1.2 - Primer elemento medible: Se ha designado responsable de dirigir y coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en cada uno de los servicios clínicos y de apoyo.

PQ (Central – Cardiocirugía – Gineco-Obstetricia)		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Pabellón Central: Victoria Tomicic Céspedes Pabellón Cardiocirugía: Raúl Contreras Vega	Profesión: Pabellón Central: Enfermera Pabellón Cardiocirugía: Enfermero	

Pabellón Gineco-Obstetricia: Andrea Rivera Inostroza	Pabellón Gineco-Obstetricia: Matrona	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9414 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargados de calidad y subrogantes a los siguientes profesionales: Pabellón Central: Jeannette Flores Arancibia, enfermera - Carol Araya Julio Pabellón Cardiovascular: Raúl Contreras Vega, enfermero – Marcelo Troncoso Pacheco Pabellón Gineco-Obstétrico: Andrea Rivera Inostroza, matrona – Carol Araya Julio		
UPC Ad.		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Tirsa González Antiquera	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9411 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargados de calidad y subrogantes a los siguientes profesionales: UPC Adultos: Tirsa González Antiquera, enfermera - Rossana Pacheco Escalera		
UCI Coronaria		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Jennifer Mariño Gallegos	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9411 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargados de calidad y subrogantes a los siguientes profesionales: UCI Coronaria: María Cerda Saavedra, enfermera – Maribel Donoso Olivares		
Intermedio Médico-Quirúrgico		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Margaret Cerda Cortés	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9411 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargados de calidad y subrogantes a los siguientes profesionales: UPC Adultos: Tirsa González Antiquera, enfermera - Rossana Pacheco Escalera Los encargados del punto de verificación refieren que la unidad de Intermedio M-Q está incluida en la designación de "UPC Adultos" de la Resolución Exenta Nº 9411 del 20 de noviembre 2015, antes referida.		
UPC Ped.		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Verónica Contreras Toro	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9411 del 20 de Noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Verónica Contreras Toro – Katherine Castillo Gutiérrez		
UPC Neo		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Roxana Maldonado Claros	Profesión:Matrona	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9411 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Marcela Rojo Vera, matrona - Ximena Haro Salinas		
Med		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Mariela Berrios Ardiles	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9409 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Alejandra Milies García, enfermera - Jennifer Díaz Figueroa		
Unidad de Atención Progresiva (UAPP)		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Claudia Quintana Zamorano	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9409 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Alejandra Cuevas Maita, enfermera		

- Rosa Santander Osorio		
Pensionado de Medicina y Cirugía		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Girlaine Vergara Calderón	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9409 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Sandra González Erazo, enfermera - Mónica González Barra		
Cir. Adulto		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Rosa Santander Osorio	Profesión:Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9409 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Stephany Escudero Jiménez, enfermera - Karin Estivales López		

Bloque Quirúrgico de Especialidades		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Janis Orellana Olivares	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9409 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Janis Orellana Olivares, enfermera - Karen Chepillo González		
Cir. Infantil		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Jessica Álvarez Cisternas	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9409 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Carolina Urrutia Osven, enfermera - Jessica Romero Fuentes		
Ped.		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Jessica Álvarez Cisternas	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9409 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Carolina Urrutia Osven, enfermera - Jessica Romero Fuentes		
Neo		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Karime Viralta Valdebenito	Profesión: Matrona	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9409 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Ximena Haro Salinas, matrona – Marcela Rojo Vera		
Obst-gine		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Dayanna Hernández González	Profesión: Matrona	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9409 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Dayanna Hernández González, matrona – Isabel Alfaro Bacovic		
URG (Adultos-Pediatría)		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de

		Antofagasta.
Nombre del responsable: Ingrid Candia Hartmann	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9413 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Paulina Leila Canihuante, enfermera – Claudia Cubillos García		
URG (Gineco-Obstétrica)		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Andrea Rivera Inostroza	Profesión: Matrona	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9413 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Carol Araya Julio, matrona – Andrea Rivera Inostroza		
APL		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Eva Mejías Durán	Profesión: Tecnólogo Médico	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9410 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Karen Araya Collao, tecnólogo médico – Paula Martínez Bolbarán		
APF		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Sandra Trujillo Hernández	Profesión: Químico Farmacéutico	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9410 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Sandra Trujillo Hernández, químico farmacéutico – Rosana Ramos Bradanovic		
APE		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Irene Castillo Ravello	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9410 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Irene Castillo Ravello, enfermera – Viviana Valdivia Tello.		
APD		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Ana Bacarreza Rodríguez	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9410 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Ana Bacarreza Rodríguez, enfermera – Erika Segura Gómez		
APA		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Heriberto Opazo Maldonado	Profesión: Tecnólogo Médico	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9410 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Roxana Parra Lara, tecnólogo médico – Camila Valladares Quezada		
APQ Adultos		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Elisa Wong Collao	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9410 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Valeria Gallardo Silva, enfermera – Mónica González Pizarro		
APQ Infantil		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		

N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Paola Soto González	Profesión: Enfermera	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9409 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: Romina Aguilar Véliz, enfermera – Carla Vega Pizarro		
API		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Rossana Huerta Marchant	Profesión: Tecnólogo Médico	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9410 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargada de calidad y subrogante a las siguientes profesionales: María Yampara Flores, tecnólogo médico – Rossana Huerta Marchant		
APDs/ APCs/ APTr		
Documento que oficializa la designación: Resolución Exenta Nº 10118		
N° Resolución: 10118	Fecha: 5 de septiembre de 2013	Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta.
Nombre del responsable: Alejandra Vega Segovia	Profesión: Tecnólogo Médico	
Observaciones: El Prestador presenta la Resolución Exenta Nº 9410 del 20 de noviembre 2015, firmada por el Sr. Juan Urrutia R., en la cual se designa como encargado de calidad y subrogante a los siguientes profesionales: Jorge Barra Flores, tecnólogo médico – Ana María Cuéllar.		

CAL 1.2 - Segundo elemento medible: Metas de calidad anual por Unidad (relacionadas con la seguridad de los pacientes).

PQ (Pabellón Central)
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta
Metas aprobadas por: Dra. Gladys Villarroel Espinoza, Médico Jefe Pabellón Central, Jeannette Flores Arancibia, Enfermera Supervisora Pabellón y Claudia Castañeda Alcayaga, Encargada de Calidad Pabellón Central
Registrar metas de la Unidad por año: -Alcanzar un 90% de cumplimiento en la identificación del paciente según procedimiento. -Lograr que en el 90% de los pacientes se realice pausa de cirugía con la aplicación de la lista de verificación quirúrgica según procedimiento. -Lograr que el 90% de los pacientes sometidos a cirugías bajo anestesia general o regional se les aplique evaluación pre-anestésica según procedimiento.
PQ (Cardiocirugía)
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta
Metas aprobadas por: Raúl Contreras V., Enfermero Supervisor y Dr. Javier Labbé Jefe Médico de la Unidad
Registrar metas de la Unidad por año: -Alcanzar un 95% de cumplimiento en la identificación del paciente según procedimiento. -Lograr que en el 90% de los pacientes se realice pausa de cirugía con la aplicación de la lista de verificación quirúrgica según procedimiento. -Lograr que el 90% de los pacientes sometidos a cirugías bajo anestesia general o regional se les aplique evaluación pre-anestésica según procedimiento.
PQ (Gineco-Obstetricia)
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual 2015 Unidades de Pabellones Gineco-Obstétrico.
Metas aprobadas por: Dr. Aliro Bolados Castillo, Médico Jefe Servicio Obstetricia y Ginecología y Ruth Ramos Bradanovic, Matrona Supervisora Unidad de Partos y Pabellón Maternidad.
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Alcanzar un 95% de cumplimiento de pacientes identificados según procedimiento. -Lograr que en el 95% de las pacientes intervenidas en los pabellones se realice pausa de cirugía segura según procedimiento. -Lograr que el 80% de los pacientes sometidos a cirugías bajo anestesia general o regional se les aplique evaluación pre-anestésica según procedimiento.
UPC Ad.
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Unidades de Pacientes Críticos Adultos: UCI Adulto 2015.
Metas aprobadas por: Dr. Marcelo Gómez, Médico Jefe UCI Adulto y Tirsa González Antiquera, Enfermera Supervisora y Encargada de Calidad UCI Adulto.
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Lograr que el 90% de los tratamientos endovenosos administrados, cumplan las medidas de prevención, para evitar errores de medicación. - Lograr que el 90% de los pacientes con uso de CVC, mantengan las medidas de prevención de infecciones por torrente sanguíneo según procedimiento. -Lograr que el 90% de los pacientes con CUP, se mantengan con las medidas de prevención de ITU, según protocolo.

UCI Coronaria
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual UCI Coronaria 2015.
Metas aprobadas por: Dra. Lizzy Cedeño M., Jefe (s) UCI Coronaria, M. Magdalena Cerda S., Enfermera Supervisora UCI Coronaria y Maribel Donoso O., Encargada de Calidad
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Alcanzar un 90% de cumplimiento en la identificación del paciente según procedimiento. -Lograr que al 90% de los pacientes se les administre medicamentos endovenosos según procedimiento. -Lograr que el 85% de los enfermeros tenga manejo de pacientes en ventilación mecánica de acuerdo al procedimiento.
Intermedio Médico-Quirúrgico (UTIMQ)
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Unidades de Pacientes Críticos Adultos: UTIMQ 2015.
Metas aprobadas por: Dr. Moisés Gallo Jiménez, Médico Jefe UTIMQ y Rossana Pacheco Escalera, Enfermera Supervisora (s) y Encargada de Calidad UTIMQ.
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Alcanzar un 90% de cumplimiento en la identificación del paciente según procedimiento. -Lograr que al 90% de los pacientes con CUP, se mantengan con las medidas de prevención de ITU, según procedimiento. -Lograr que el 90% de los pacientes con uso de CVC, mantengan las medidas de prevención de infecciones por torrente sanguíneo según procedimiento.
UPC Ped.
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Unidad Paciente Crítico Pediátrico 2015.
Metas aprobadas por: Verónica Contreras T., Enfermera Supervisora y Katherine Castillo, Encargada de Calidad UPC Ped
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación del paciente según procedimiento. -Lograr que el 90% de los tratamientos endovenosos administrados, cumplan las medidas de prevención, para evitar errores de medicación.
UPC Neo
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Unidad UPC Neonatal 2015.
Metas aprobadas por: Dr. Sergio Farías Vega, Médico Jefe UPC Neonatal y Roxana Maldonado C., Matrona Supervisora UPC Neonatal.
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación de nuestros pacientes de acuerdo al procedimiento. -Lograr que el 90% de los pacientes de UPC neonatal, se le administre medicamentos EV según procedimiento. -Lograr que el 90% de los tratamientos endovenosos administrados a nuestros pacientes hospitalizados en UPC Neonatal, cumplan las medidas de prevención, para evitar errores de medicación.
Med.
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Unidad Medicina 2015.
Metas aprobadas por: Alejandra Milies G., Enfermera Supervisora Medicina y Jennifer Díaz F., Enfermera Calidad Medicina
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Lograr que el 90% de los pacientes clasificados en Alto Riesgo o Riesgo Medio, según escala de BRADEN, cumplan con las medidas de prevención de UPP de acuerdo al procedimiento. -Lograr que el 100% de los funcionarios cumplan con las normas de precauciones estándar en pacientes hospitalizados con aislamiento de contacto. -Lograr el 100% de almacenamiento y manejo de material estéril de acuerdo a la norma institucional.
Unidad de Atención Progresiva (UAPP)
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual UAPP 2015.
Metas aprobadas por: Dra. Ruth Solís V., Médico Jefe Unidad, Lucy Peralta Jara, Enfermera Supervisora UAPP y Alejandra Cuevas, Enfermera Encargada de Calidad.
Registrar metas de la Unidad por año: -Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación de nuestros pacientes de acuerdo al procedimiento. -Lograr que en el 100% de los pacientes hospitalizados se cumplan las medidas de prevención de UPP según procedimiento. -Lograr que el 90% de los pacientes hospitalizados con uso de catéter venoso central, se les aplique las medidas de prevención de infecciones, según procedimiento.
Pensionado de Med y Cirugía.
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Unidad de Pensionado 2015.
Metas aprobadas por: Mónica González Barra, Enfermera Supervisora Pensionado.
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Lograr que el 100% de los tratamientos administrados, cumplan las medidas de prevención, para evitar errores de medicación. -Lograr un 100% de cumplimiento de la norma de higienización de manos. -Lograr un 85% de cumplimiento en el registro de epicrisis con llenado de datos mínimos, según procedimiento.
Cir. Adulto
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Unidad de Cirugía 2015.
Metas aprobadas por: Dr. Alberto Castillo Médico Jefe Servicio Cirugía, Rosa Santander O., Enfermera Supervisora Cirugía y Stephany Escudero J., Enfermera de Calidad.
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras:

-Alcanzar un 90% de cumplimiento en la higienización de manos, según norma. -Lograr que el 90% de los tratamientos administrados, cumplan las medidas de prevención, para evitar errores de medicación, según procedimiento. -Lograr que al 90% de los pacientes se les administre medicamentos endovenosos según procedimiento.
Bloque Quirúrgico Especialidades
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE) 2015.
Metas aprobadas por: Janis Orellana Olivares, Enfermera Supervisora BQE y Evelyn Jopia Hernández, Enfermera Encargada de Calidad.
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Lograr que el 90% de los pacientes hospitalizados en BQE se le aplique las medidas de prevención de infecciones de herida operatoria. - Lograr que el 90% de los pacientes con agitación psicomotora en BQE se le aplique las medidas de prevención de eventos adversos asociados a contención física según procedimiento. - Lograr que el 100% de los pacientes se le aplique las medidas de prevención de caídas según procedimiento.
Cir. Infantil
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta.
Metas aprobadas por: Dra. Vanessa Muñoz, Jefe Servicio Cirugía Infantil, Jessica Alvarez C., Enfermera Supervisora Pediatría y Elda Lagunas M., Encargada de Calidad.
Registrar metas de la Unidad por año: -Alcanzar un 95% de cumplimiento en la higienización de manos. -Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación del paciente.
Ped.
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta.
Metas aprobadas por: Dr. Marcelo Pastenes M., Jefe Servicio Pediatría, Jessica Alvarez C., Enfermera Supervisora Pediatría y Elda Lagunas M., Encargada de Calidad
Registrar metas de la Unidad por año: -Alcanzar un 95% de cumplimiento en la higienización de manos. -Alcanzar un 90% de cumplimiento en la administración de medicamentos endovenosos. -Alcanzar un 100% de cumplimiento en la identificación del paciente.
Neo
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Año 2015 Unidad de Neonatología.
Metas aprobadas por: Dr. Marcelo Sepúlveda A., Médico Jefe Neonatología y Matrona Karime Viralta V., Encargada de Calidad Neonatología
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Lograr un 90% de cumplimiento en el lavado de manos según procedimiento. -Lograr que el 95% de los pacientes se les administre medicamentos endovenosos según procedimiento. -Lograr que el 100% de los pacientes se encuentren identificados según procedimiento.
Obst-Gine
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual 2015 Unidad Asistencial Obstetricia y Ginecología.
Metas aprobadas por: Dr. Aliro Bolados Castillo, Médico Jefe Servicio Obstetricia y Ginecología y Dayanna Hernández González Matrona Supervisora y Encargada de Calidad Unidad Asistencial Obstetricia y Ginecología.
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Lograr que el 90% del personal que trabaja en la unidad cumpla con la correcta higienización de manos según procedimiento. -Lograr que el 90% de los alumnos realicen las actividades y/o procedimientos establecidos por programa de supervisión -Lograr un 90% de cumplimiento en la administración de medicamentos endovenosos según procedimiento.
URG (Adultos-Pediatría)
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual 2015 Unidad de Emergencias 2015
Metas aprobadas por:Dra Gladys Nuñez, Médico Jefe Unidad de Urgencia y Mafalda Tomicic F., Enferemra Supervisora
Registrar metas de la Unidad por año: -Lograr un 90% del personal de la Unidad de Emergencia realice de forma correcta la higienización de manos según procedimiento. -Lograr que el 95% de los pacientes que se hospitalicen desde la Unidad de emergencia se identifiquen según procedimiento. - Lograr que el 95% de los tratamientos EV administrados, cumplan las medidas de prevención, para evitar errores de medicación.
URG (Gineco-Obstetricia)
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual 2015 Unidades de Urgencia Gineco-Obstetricia.
Metas aprobadas por: Dr. Aliro Bolados Castillo, Médico Jefe Servicio Obstetricia y Ginecología, Ruth Ramos Bradanovic, Supervisora de Partos y Pabellón de Maternidad y Carol Araya Julio, Encargada de Calidad (s) Unidad de Partos y Pabellón Maternidad.
Registrar metas de la Unidad por año: -Lograr que el 90% de los alumnos realicen las actividades y/o procedimientos establecidos por programa de supervisión -Lograr que el 90% de los medicamentos endovenosos se administren en forma correcta según procedimiento. -Lograr que el 100% de las pacientes C1, atendidas en urgencia gíneco-obstétrica, cumplan el rango de tiempo según procedimiento (en menos de 5 minutos).

APL
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual 2015 Unidad de Apoyo Laboratorio Clínico.
Metas aprobadas por: Dra. Natalia Valenzuela S, Médico Jefe Laboratorio y Eva Mejías Durán, Tecnólogo Médico Laboratorio
Registrar metas de la Unidad por año: -Alcanzar un 80% de cumplimiento en las ac tividades de calidad programadas para el año 2015. Se incluyen varias actividades como parte de la meta; entre otras: -Evaluar concordancia de tinciones realizadas a hemocultivos y cultivos de líquidos estériles inoculados en medio líquido positivos con resultado final del cultivo (Umbral:≥80%), Vigilar factor que interfiere en rendimiento de los hemocultivos (Umbral:≥80%) y Evaluación resultados PEEC (Umbral:≥98%)
APF
Nombre documento de metas: Metas Anuales de Calidad Unidad de Farmacia Año 2015.
Metas aprobadas por: QF Rosana Ramos Bradanovic, Jefe Unidad Farmacia, QF Sandra Trujillo Hernández y QF Viviana Herrera P.
Registrar metas de la Unidad por año: -Reponer el 100% de los medicamentos pertenecientes al stock mínimo, solicitados por las unidades críticas según procedimiento. -Reponer el 100% de los insumos médicos pertenecientes al stock mínimo, solicitados por las unidades críticas según procedimiento.
APE
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual Central de Esterilización Hospital Regional de Antofagasta
Metas aprobadas por: Irene Castillo R., Enfermera Jefe de Esterilización y Viviana Valdivia Tello, Enfermera de Esterilización
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Procesar el 100% de los endoscopios en Desinfección de Alto Nivel (DAN) con Orthoftalaldeheído (OPA), según procedimiento -Realizar un 100% de test de efectividad del Orthoftalaldeheído (OPA) en forma mensual -Que el 100% de la Unidades Clínicas obligatorias cumplan con el almacenamiento y manejo de material estéril, según procedimiento.
APD
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Unidad de Diálisis Año 2015.
Metas aprobadas por: Dra. Ruth Solís V., Médico Jefe de Diálisis, Ana Bacarreza, Enfermera Supervisora de Diálisis y Erika Segura Gómez, Enfermera Calidad de Diálisis
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Lograr que el 90% de filtros reutilizados se realicen de acuerdo al procedimiento. -Lograr un 95% de cumplimiento de registros completos, con información según procedimiento. -Lograr que el 100% de las muestras de agua tomadas para el control químico y microbiológico cumpla con Decreto Oficial MInsal del 31/12/94 N°2357 (Reglamento sobre centros de diálisis)
APA
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual Unidad de Anatomía Patológica
Metas aprobadas por: Dr. Hugo Benítez Cáceres, Jefe Unidad y TM Roxana Parra Lara, Supervisora Anatomía Patológica
Registrar metas de la Unidad por año: -Ejecutar planes de mejora en el 100% de los eventos adversos (EA) producidos en la unidad. -Lograr que el porcentaje de biopsias diferidas rechazadas sea inferior a 10% -Lograr que el 75% de las biopsias tipo 1, sean entregadas en un período de 7 días hábiles -Lograr que el 85% de entrega de notificaciones con valores críticos sean en un plazo menor a 3 días hábiles. -Lograr un 90% de umbral para congruencia entre el número de "casetes" enviados por el médico con lo recibido en el laboratorio.
APQ Adultos
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Unidad de Quimioterapia 2015.
Metas aprobadas por: Dra. Marjorie Gill A., Jefe Unidad de Quimioterapia Adulto y Valeria Gallardo S., Enfermera Encargada Unidad Quimioterapia
Registrar metas de la Unidad por año: Entre otras: -Lograr que el 100% de los pacientes se le administre los medicamente los medicamentos antineoplásicos según procedimiento. -Alcanzar el 100% en la disposición y eliminación de desechos de medicamentos antineoplásicos según procedimiento. -Lograr que el 90% de pacientes hospitalizados se les aplique medidas de prevención de infecciones asociadas a catéteres vascular central con reservorio.
APQ Infantil
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Unidad de Oncología Infantil.
Metas aprobadas por: Dra. Tamara Inostroza C., Pediatra Hemato-Oncóloga Infantil, Carolina Urrutia Osven y Romina Aguilar V., Encargada Calidad Oncología Infantil
Registrar metas de la Unidad por año: -Alcanzar un 90% de cumplimiento en el procedimiento de tratamiento de quimioterapia. -Alcanzar un 90% de cumplimiento en administración de quimioterapia.
API
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de la Unidad de Apoyo Imagenología Hospital Regional de Antofagasta Año 2015. Metas de Calidad Anual Unidad de Apoyo Imagenología.
Metas aprobadas por: Dr. Marcelo Avila Jaramillo, Médico Jefe Unidad de Apoyo Imagenología, TM María Yampara Flores y TM Rossana Huerta Marchant
Registrar metas de la Unidad por año: -Alcanzar un 90% de cumplimiento en la notificación de resultados críticos en Imagenología.

-Cumplir con el umbral en prevención de eventos adversos asociados a exámenes invasivos, sedación y anestesia. -Cumplir con el umbral de 90% de solicitud de exámenes de Imagenología con datos completos según procedimiento, por unidad.
APDs/APCs/APTr
Nombre documento de metas: Metas de Calidad Anual de las Unidades Asistenciales y de Apoyo en el Hospital Regional de Antofagasta. Metas de Calidad Anual Unidad Banco de Sangre.
Metas aprobadas por: Dra. Natalia Valenzuela Sandoval, jefe de Servicio Unidad de Banco de Sangre, TM Ana Cuellar Acevedo, Supervisora Unidad Banco de Sangre y TM Jorge Barra Flores, Encargado de Calidad
Registrar metas de la Unidad por año: -Lograr un registro de un 100% de reacciones adversas -Disminuir menos del 5% de la serología reactiva en donantes seleccionados - Lograr en un 50% el cumplimiento de registros completos de administración de hemocomponentes por los servicios; exceptuando pabellones -Lograr el 90% de cumplimiento del volumen extracción aceptado dentro del rango (400 a 500 ml) en las unidades de sangre total obtenidas en las UMT´s asociadas a la Red.

CARACTERÍSTICA CAL 1.2 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Pje. asig.	PQ	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	MED	Cir Adulto	CirInfantil	Ped	Neo	Obst.Gine	URG	APL	APF	APE	APD	APR	APA	APQ	API	APDs APCs APTr
1° EM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1
2° EM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1
Umbral de la característica:≥ 80%			Puntaje total: 38/38				Porcentaje obtenido: 100%						Cumple: Si							

ÁMBITO GESTIÓN CLÍNICA

CARACTERÍSTICA GCL 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

GCL 1.1 - Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de evaluación pre anestésica que considera anestesia general y regional y se han definido los responsables de su aplicación.

Nombre del documento:	Procedimiento Evaluación Preanestésica				
N° Resolución:N°718 Código: Código: PO-SDM-02		Versión:08		Fecha de la Resolución:25/08/2015 Fecha del documento: 08/2015	
Elaborado por: Dra. Gladys Villarroel Jefe Servicio Pabellón Quirúrgico			Aprobado por: Dr. Francisco Bueno Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta		
Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 08/2020		N° páginas: 10	
Considera (Si/No)	1. Anestesia general	Si	2. Anestesia regional	Si	3. Responsable de la aplicación	Si

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Cardiovascular, Pabellón Gíneco Obstétrico y Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria, se tiene a la vista documento de carácter institucional. En la página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance en el que refiere que el presente protocolo se aplica a todo paciente propuesto para intervenciones quirúrgicas que consideren la aplicación de anestesia general o regional y los responsables de la ejecución, los cuales son:

- Médico Anestesiólogo: Es el responsable de realizar la Evaluación Preanestésica (EPA) y registrar la información correspondiente en el formulario RG-PAB-02-00. Si el anestesiólogo que realiza el procedimiento anestésico es distinto al que efectúa la Evaluación Preanestésica, debe validar dicha evaluación dejando constancia de ello, con su nombre y firma en el formulario de evaluación Preanestésica.
- Auxiliar de Anestesia: Es responsable de colaborar con el registro de la información de la evaluación Preanestésica en el documento RG-PAB-02-00
- Coordinador de Anestesia: Es responsable de velar por el cumplimiento de la aplicación y registro de la Evaluación Preanestésica por los anestesistas a su cargo
- Enfermera o Matrona supervisora de pabellón: Es responsable de la aplicación de la Pauta de Supervisión que corrobora que el Protocolo Evaluación Preanestésica haya sido efectuado de acuerdo a lo indicado en el procedimiento.

En páginas 3 y 4 se señalan las definiciones de los términos utilizados en el documento.
En páginas 5 y 6 "Descripción del Proceso", se establece que existen dos tipos de evaluación Preanestésica: Evaluación Preanestésica en Sala y Evaluación Preanestésica Inmediata, en ambas se describen las actividades que debe realizar el anestesiólogo para su cumplimiento.
Página 9 Anexo n°1 Ficha del Indicador" utilizado para la evaluación. Página 10 Anexo n°2 "RG –PAB-02-00 Pauta de Supervisión de Aplicación de la EPA"
El Prestador presenta versión anterior del documento "Procedimiento Evaluación Preanestésica", Versión 07, con lo cual cumple la retrospectividad requerida.
Se da por Cumplido el Primer Elemento Medible de la Característica GCL 1.1

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación:		
Pabellón Quirúrgico General	Pabellón Quirúrgico Obstetricia-Gínecología	Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria
Si	Si	Si
Observaciones: El punto de verificación Pabellón Quirúrgico General, considera Pabellón Central y Pabellón Cardiovascular.		

GCL 1.1 - Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

PQ General: Pabellón Central

Nombre del indicador	Pacientes intervenidos en pabellones del hospital de Antofagasta en los cuales consta la aplicación del Protocolo de Evaluación Preanestésica
Fórmula matemática	(N° de pacientes intervenidos con evaluación Preanestésica aplicada correctamente/Total de pacientes intervenidos)*100.
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ Obst – Gine	
Nombre del indicador	Pacientes intervenidos en pabellones del hospital de Antofagasta en los cuales consta la aplicación del Protocolo de Evaluación Preanestésica.
Fórmula matemática	(N° de pacientes intervenidos con evaluación Preanestésica aplicada correctamente/Total de pacientes intervenidos)*100.
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Pabellón CMA	
Nombre del indicador	Pacientes intervenidos en pabellones del hospital de Antofagasta en los cuales consta la aplicación del Protocolo de Evaluación Preanestésica.
Fórmula matemática	(N° de pacientes intervenidos con evaluación Preanestésica aplicada correctamente/Total de pacientes intervenidos)*100.
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ General: Pabellón Cardiovascular	
Nombre del indicador	Pacientes intervenidos en pabellones del hospital de Antofagasta en los cuales se consta la aplicación del Protocolo de Evaluación Preanestésica.
Fórmula matemática	(N° de pacientes intervenidos con evaluación Preanestésica aplicada correctamente/Total de pacientes intervenidos)*100.
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 1.1 - Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

PQ General: Pabellón Central	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión de Aplicación de la Evaluación Preanestésica
Responsable medición	Jefe de Pabellón
Fuente primaria	Protocolo de Evaluación Preanestésica
Fuente secundaria	Pauta de supervisión de Aplicación de la Evaluación Preanestésica
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Domingo (30 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cirugía. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de Supervisión son: a) Nombre/ Apellido paciente b) Rut o ficha o pasaporte o DAU de paciente c) Fecha d) Diagnóstico quirúrgico e) Plan Anestésico f) Firma anestesiólogo Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
PQ Obst-gine	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión de Aplicación de la Evaluación Preanestésica
Responsable medición	Jefe de Pabellón
Fuente primaria	Protocolo de Evaluación Preanestésica
Fuente secundaria	Pauta de supervisión de Aplicación de la Evaluación Preanestésica
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Domingo (30 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cirugía. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de Supervisión son: a) Nombre/ Apellido paciente b) Rut o ficha o pasaporte o DAU de paciente c) Fecha d) Diagnóstico quirúrgico e) Plan Anestésico f) Firma anestesiólogo Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
PQ CMA	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión de Aplicación de la Evaluación Preanestésica
Responsable medición	Jefe de Pabellón
Fuente primaria	Protocolo de Evaluación Preanestésica
Fuente secundaria	Pauta de supervisión de Aplicación de la Evaluación Preanestésica
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Domingo (30 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cirugía. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de Supervisión son: a) Nombre/ Apellido paciente b) Rut o ficha o pasaporte o DAU de paciente c) Fecha d) Diagnóstico quirúrgico

	e) Plan Anestésico f) Firma anestesiólogo Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
PQ General: Pabellón Cardiovascular	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión de Aplicación de la Evaluación Preanestésica
Responsable medición	Jefe de Pabellón
Fuente primaria	Protocolo de Evaluación Preanestésica
Fuente secundaria	Pauta de supervisión de Aplicación de la Evaluación Preanestésica de Aplicación de la Evaluación Preanestésica.
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Domingo (30 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cirugía. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de Supervisión son: a) Nombre/ Apellido paciente b) Rut o ficha o pasaporte o DAU de paciente c) Fecha d) Diagnóstico quirúrgico e) Plan Anestésico f) Firma anestesiólogo Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ General: Pabellón Central

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Evaluaciones pre-anestésicas cumplidas/Total Evaluaciones pre-anestésicas	25	30	30	28	28	29
	30	30	30	30	30	30
% Cumplimiento	83.3%	100%	100%	93.3%	93.3%	96.6%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ General: Pabellón Central

Describir Constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las pautas de cotejo "Evaluación Pre Anestésica". El resultado del trimestre reportado es de 94%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 90 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio y Julio 2015					
N° Evaluaciones pre-anestésicas cumplidas/Total Evaluaciones pre-anestésicas	7					
	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ Obst-gine

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Evaluaciones pre-anestésicas cumplidas/Total Evaluaciones pre-anestésicas	27	30	30	28	30	30
	30	30	30	30	30	30
% Cumplimiento	90%	100%	100%	93,3%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ Obst-gine

Describir constatación:
Se selecciona aleatoriamente el Trimestre compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las pautas de cotejo "Evaluación Pre Anestésica". El resultado del trimestre reportado es de 98%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 90 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Agosto, Septiembre, Octubre 2015					
N° Evaluaciones pre-anestésicas cumplidas/Total Evaluaciones pre-anestésicas	7					
	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el

Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en PQ CMA

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Evaluaciones pre-anestésicas cumplidas/Total Evaluaciones pre-anestésicas	21	12	26	23	29	11
	22	13	26	23	30	11
% Cumplimiento	95,4	93,3	100%	100%	96,6	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ CMA

Describir constatación:
Se selecciona aleatoriamente el trimestre compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, con el fin de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las pautas de cotejo "Evaluación Pre Anestésica". El resultado del trimestre reportado es de 98%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 64 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Agosto, Septiembre, Octubre 2015					
N° Evaluaciones pre-anestésicas cumplidas/Total Evaluaciones pre-anestésicas	7					
	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ General: Pabellón Cardiovascular

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Evaluaciones pre-anestésicas cumplidas/Total Evaluaciones pre-anestésicas	20	20	20	20	20	20
	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ General: Pabellón Cardiovascular

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el trimestre compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015 a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las pautas de cotejo "Evaluación Pre Anestésica". El resultado del trimestre reportado es de 100%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo Junio Julio 2015					
N° Evaluaciones pre-anestésicas cumplidas/Total Evaluaciones pre-anestésicas	7					
	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Se da por Cumplido el Tercer Elemento Medible de la Característica GCL 1.1

GCL 1.1 - Cuarto elemento medible: Se constata: presencia de evaluación pre-anestésica en pacientes intervenidos.

PQ General: Pabellón Central

Metodología de constatación:

a) La constatación de la aplicación del procedimiento de Evaluación Preanestésica se realiza, mediante la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación Post Operatoria y al Servicio de Cirugía Adulto. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores correspondientes al periodo evaluado con el propósito de verificar en la Ficha Clínica:
   - Presencia del documento en la ficha clínica
   - Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

   Se revisan 8 fichas clínicas en Recuperación y en 10 fichas clínicas en el servicio de Médico Quirúrgico para punto de verificación cirugía adulto, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en las fichas de los 18 pacientes.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015).

Mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de 2.700 Cirugías Mayores informadas por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las fichas clínicas la existencia del Formulario de Evaluación Pre Anestésica y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los siguientes aspectos:

- Nombre y apellidos del paciente,
- Edad del paciente,
- Fecha de evaluación
- Diagnóstico
- Intervención quirúrgica a realizar
- Evaluación ASA,
- Plan anestésico,
- Nombre apellido y/o timbre del anestesiólogo y firma del anestesiólogo.

Revisada la existencia de los formularios de Evaluación Pre Anestésica en las fichas clínicas y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados, respecto de las siete primeras fichas clínicas seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento definido. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015

Atributo (s) de cumplimiento: Los atributos que deben cumplir los registros de la Evaluación Preanestésica, de acuerdo al procedimiento institucional, son los siguientes:

a) Nombre y Apellidos del paciente
b) Edad del paciente
c) Fecha de evaluación
d) Diagnóstico
e) Intervención quirúrgica a realizar
f) Evaluación
g) ASA
h) Plan Anestésico,
i) Nombre Apellido y/o timbre del Anestesiólogo
j) Firma del Anestesiólogo.

N° fichas revisadas: 7	N° fichas que cumplen: 7	% cumplimiento: 100%

Observaciones:

PQ Obst-gine

Metodología de constatación:

a) La constatación de la aplicación del procedimiento de Evaluación Preanestésica se realiza, mediante la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidas a cirugías mayores hospitalizadas al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación Post Operatoria y en el Servicio de Ginecología y Obstetricia. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de fichas clínicas de pacientes sometidas a cirugías de la especialidad, correspondientes al periodo evaluado con el propósito de verificar en la ficha Clínica:

- Presencia del documento
- Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

Se revisan 3 fichas clínicas en Recuperación y en 5 fichas clínicas en el servicio de Gíneco-Obstetricia, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en las fichas de los 8 pacientes.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015). Mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de 1.011 Cirugías Mayores de la Especialidad, informadas por el Prestador para el periodo evaluado Se procede a revisar en las fichas clínicas la existencia del Formulario de Evaluación Pre Anestésica y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los siguientes aspectos:

- Nombre y apellidos del paciente,
- Edad del paciente,
- Fecha de evaluación,
- Diagnóstico,
- Intervención quirúrgica a realizar,
- Evaluación ASA,
- Plan anestésico,
- Nombre apellido y/o timbre del anestesiólogo y firma del anestesiólogo.

Revisada la existencia de los formularios de Evaluación Pre Anestésica en las fichas clínicas seleccionadas y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados, respecto de las siete primeras fichas clínicas revisadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento definido. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015. .

Atributo (s) de cumplimiento: Los atributos que deben cumplir los registros de la Evaluación Preanestésica, de acuerdo al procedimiento institucional, son los siguientes:

a) Nombre y Apellidos del paciente
b) Edad del paciente
c) Fecha de evaluación
d) Diagnóstico
e) Intervención quirúrgica a realizar
f) Evaluación
g) ASA
h) Plan Anestésico,
i) Nombre Apellido y/o timbre del Anestesiólogo
j) Firma del Anestesiólogo.

N° fichas revisadas: 7	N° fichas que cumplen: 7	% cumplimiento: 100%

Observaciones:

PQ CMA

Metodología de constatación:

a) La constatación de la aplicación del procedimiento de Evaluación Preanestésica se realiza, mediante la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a Cirugías Mayores Ambulatorias hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación Post Operatoria del Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías ambulatorias correspondientes al periodo evaluado con el propósito de verificar en la ficha Clínica:
   - Presencia del documento
   - Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

   Se revisan 6 fichas clínicas en Recuperación de esta Unidad, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en las fichas de los 6 pacientes.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015). Mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de 2.015 Cirugías Mayores Ambulatorias, informadas por el Prestador para el periodo evaluado Se procede a revisar en las fichas clínicas la existencia del Formulario de Evaluación Pre Anestésica y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los siguientes aspectos:
   - Nombre y apellidos del paciente,
   - Edad del paciente,
   - Fecha de evaluación,
   - Diagnóstico,
   - Intervención quirúrgica a realizar,
   - Evaluación ASA,
   - Plan anestésico,
   - Nombre apellido y/o timbre del anestesiólogo y firma del anestesiólogo

   Revisada la existencia de los formularios de Evaluación Pre Anestésica en las fichas clínicas seleccionadas y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados, respecto de las siete primeras fichas clínicas revisadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento definido. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo (s) de cumplimiento: Los atributos que se deben cumplir en la Evaluación Preanestésica, de acuerdo al procedimiento institucional son los siguientes:

a) Nombre y Apellidos del paciente
b) Edad del paciente
c) Fecha de evaluación
d) Diagnóstico
e) Intervención quirúrgica a realizar
f) Evaluación
g) ASA
h) Plan Anestésico,
i) Nombre Apellido y/o timbre del Anestesiólogo
j) Firma del Anestesiólogo.

N° fichas revisadas: 7	N° fichas que cumplen: 7	% cumplimiento: 100%

Observaciones:

PQ General: Pabellón Cardiovascular

Metodología de constatación:

a) La constatación de la aplicación del procedimiento de Evaluación Preanestésica se realiza, mediante la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a Cirugías Cardiovasculares, hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación Post Operatoria del Pabellón Cardiovascular. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías de la especialidad, correspondientes al periodo evaluado
   con el propósito de verificar en la Ficha Clínica:
   - Presencia del documento
   - Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

   Se revisa 1 ficha clínica en Recuperación de esta Unidad, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en ésta.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de fichas clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015). Mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de un total de 176 Cirugías, informadas por el Prestadorpara el periodo evaluado. Se procede a revisar en las fichas clínicas la existencia del Formulario de Evaluación Pre Anestésica y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los siguientes aspectos:
   - Nombre y apellidos del paciente,
   - Edad del paciente,
   - Fecha de evaluación,
   - Diagnóstico,
   - Intervención quirúrgica a realizar,
   - Evaluación ASA,
   - Plan anestésico,
   - Nombre apellido y/o timbre del anestesiólogo y firma del anestesiólogo.

   Revisada la existencia de los formularios de Evaluación Pre Anestésica en las fichas clínicas seleccionadas y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados, respecto de las siete primeras fichas clínicas revisadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento definido. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de

constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.
Atributo (s) de cumplimiento: Los atributos que deben cumplir los registros de la Evaluación Preanestésica, de acuerdo al procedimiento institucional son los siguientes: a) Nombre y Apellidos del paciente b) Edad del paciente c) Fecha de evaluación d) Diagnóstico e) Intervención quirúrgica a realizar f) Evaluación g) ASA h) Plan Anestésico, i) Nombre Apellido y/o timbre del Anestesiólogo j) Firma del Anestesiólogo.

N° fichas revisadas: 7	N° fichas que cumplen: 7	% cumplimiento: 100%
Observaciones: Se da por Cumplido el Cuarto Elemento Medible de la Característica GCL 1.1		

CARACTERÍSTICA GCL 1.1 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1 - 0 - NA)	1° EM:	2° EM:	3° EM:	4° EM:
PQ General	1	1	1	1
PQ Obst-gine	1	1	1	1
Pabellón CMA	1	1	1	1
Umbral de la característica:≥ 75%	Puntaje total: 12/12	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA GCL 1.2 / HALLAZGOS

GCL 1.2 – Primer elemento medible: Se describen en documento (s) los procedimientos de:

PQ Recuperación: Pabellón central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad / Instalación catéter urinario (1)			
Nombre del documento: Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente			
Fecha elaboración:06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas: 11
Elaborado por: Janis Orellana Olivares Enfermera Servicio de Especialidades	Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería Hospital Regional de Antofagasta		
Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras, Matronas y Técnicos Paramédicos			
Breve descripción del contenido del documento: En los Servicios de Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance, los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento. En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación del catéter urinario permanente. En páginas 4, 5 y 6 consta la descripción del procedimiento, detallando las actividades a desarrollar para la instalación del catéter urinario permanente; diferenciando el procedimiento en hombres y mujeres. En página 8 consta Anexo N°1: Indicador "Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 11 consta Anexo N° 3: "Pauta de Supervisión Instalación del Catéter Urinario Permanente". El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.			
PQ Recuperación: Pabellón central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad / Instalación y manejo de vía venosa periférica (4)			
Nombre del documento: Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas			
Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión:02	N° páginas:14
Elaborado por: Jessica Álvarez C. Enfermera Servicio Pediatría	Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta		
Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos			
Breve descripción del contenido del documento: En los Servicios de Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance, los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento. En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación de la vía venosa periférica. En página 4 se describe el procedimiento, detallando actividades a realizar: a) Elección del sitio de punción, b) Preparación de la piel; c) Instalación y fijación del catéter venoso periférico; d) Mantención del sitio de punción; e) Frecuencia de cambio de catéter; f) Mantención del sistema de perfusión; g) Cambios del sistema por infección o flebitis; h) Cambio de las soluciones. En página 7 se señalan los documentos asociados: Hoja de evolución de enfermería, hoja de registros de atención de enfermería y terapia del paciente. En página 13 consta Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Mantención Vía Venosa Periférica". En página 14 figura Anexo N°3: "Indicador de Mantención de Vía Venosa Periférica". El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.			

PQ Recuperación: Pabellón central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad / Administración de medicamentos EV (6)			
Nombre del documento: Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos			
Fecha elab: 12/2012	Fecha vigencia: 12/2015	Versión: 02	N° páginas: 13
Elaborado por: Matrona Roxana Maldonado Unidad de Neonatología	Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta		
Responsable aplicación: Enfermera, Matrona, Tecnóloga Supervisora			
Breve descripción del contenido del documento: En los Servicios de Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad se tiene a la vista documento "Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance, los responsables y sus responsabilidades y las definiciones utilizadas en el documento. En páginas 3 y 4 se señalan las referencias, los equipos y materiales necesarios para la administración de medicamentos endovenosos, (administración por fleboclisis, bolo, y por bomba de infusión) En páginas 4 y 5 consta la descripción del proceso, considerando los siguientes puntos: a) Preparación de medicamentos de acuerdo a Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicamentos b) Administración de tratamiento endovenoso c) Administración de tratamiento endovenoso directo Se indican los registros asociados: terapia del paciente, hoja de enfermería, evolución de enfermería, Hoja de registro de urgencia. En página 12 consta Anexo N° 2: "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa". En página 13 figura Anexo N° 3: "Indicador Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".			
UPC Ad: UCI Adulto, UCI Coronaria y UTI MQ /Instalación catéter urinario (1)			
Nombre del documento: Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente			
Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión:02	N° páginas:11
Elaborado por: Janis Orellana Olivares Enfermera Servicio de Especialidades	Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta		
Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos			
Breve descripción del contenido del documento: En los Servicios de Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y funciones de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento. En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación del catéter urinario permanente. En páginas 4 a 6 consta la descripción del procedimiento detallando las actividades a desarrollar para la instalación del catéter urinario permanente, y su posterior retiro; diferenciando el procedimiento en hombres y mujeres. En página 8 consta Anexo N°1: Indicador "Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 11 consta Anexo N° 3: "Pauta de Supervisión Instalación del Catéter Urinario Permanente El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.			
UPC Ad: UCI Adulto, UCI Coronaria y UTI MQ / Manejo de enfermería de pacientes en ventilación mecánica (2)			
Nombre del documento: Procedimiento Manejo de Enfermería en Paciente en Ventilación Mecánica			
Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión:03	N° páginas: 12
Elaborado por: Verónica Contreras Enfermera Unidad Paciente Crítico Pediatría.	Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta		
Responsable aplicación: Médico, Enfermera, Tecnólogo Médico, Técnico Paramédico			
Breve descripción del contenido del documento: En los Servicios de Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, se tiene a la vista documento "Procedimiento Manejo de Enfermería en Paciente en Ventilación Mecánica". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance y las responsabilidades de cada integrante del equipo de salud involucrada en el procedimiento. En página 3 figuran las definiciones de los términos utilizados en el documento y las referencias. En páginas 4 a 6 se detallan los equipos y materiales necesarios para realizar el procedimiento y la descripción del proceso, que contempla los siguientes puntos: a) Armado e instalación del ventilador mecánico; b) Desarmado del circuito del ventilador mecánico; y c) Cuidados de Enfermería en pacientes conectados a ventilación mecánica para prevenir infecciones (Neumonía) Se precisan los documentos asociados y los anexos que forman parte del documento. En página 12 consta Anexo: "Indicador de Cumplimiento". El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Manejo de Enfermería en Paciente en Ventilación Mecánica, Versión 02 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años			
UPC Ad: UCI Adulto, UCI Coronaria y UTI MQ /Manejo de traqueotomía y tubo endotraqueal (3)			
Nombre del documento: Procedimiento Manejo de traqueostomía y Tubo Endotraqueal			
Fecha elab:05/2014	Fecha vigencia: 05/2019	Versión:01	N° páginas: 15
Elaborado por: Verónica Contreras Enfermera Supervisora Unidad paciente Crítico Adulto	Aprobado por: Dra. Juana Pérez Moraga Directora del Hospital Regional de Antofagasta		
Responsable aplicación: Médico, Enfermera, Tecnólogo Médico, matrona, Técnico Paramédico			
Breve descripción del contenido del documento: En los Servicios de Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, se tiene a la vista documento "Procedimiento Manejo de traqueostomía y Tubo Endotraqueal". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance; personal encargado y las responsabilidades de cada uno de los profesionales			

y técnicos involucrados en el procedimiento. En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento y las referencias.
En página 4 se detallan los equipos y materiales necesarios para realizar el procedimiento (la fijación, curación y aspiración de la traqueotomía).
De las páginas 5 a la 8 se describe el procedimiento, que contempla los siguientes puntos: a) Fijación del tubo endotraqueal; b) Fijación de la Traqueotomía; c) Curación zona de inserción de la traqueotomía (por Enfermera o Matrona); d) Aspiración de secreciones (se hace referencia a la aspiración de secreciones en pacientes pediátricos y neonatales).
Se señalan los documentos asociados y la nómina de los anexos que contiene el documento.
En página 14 figura Anexo N°3: "Pauta de Supervisión de aspiración de Secreciones en pacientes con Vía Aérea artificial".
En página 15 consta Anexo N° 4: "Indicador Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal".

UPC Ad: UCI Adulto, UCI Coronaria y UTI MQ / Instalación y manejo de vía venosa periférica (4)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión:02	N° páginas:14

Elaborado por: Jessica Álvarez Enfermera Unidad de Pediatría	Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación de la vía venosa periférica.
En página 4 se describe el procedimiento el cual describe las actividades a realizar, considerando: a) Elección del sitio de punción, b) Preparación de la piel; c) Instalación y fijación del catéter venoso periférico; d) Mantención del sitio de punción; e) Frecuencia de cambio de catéter; f) Mantención del sistema de perfusión; g) Cambios del sistema por infección o flebitis; h) Cambio de las soluciones.
En página 7 se señalan los documentos asociados: Hoja de evolución de enfermería, hoja de registros de atención de enfermería, terapia del paciente.
En página 13 consta Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Mantención Vía Venosa Periférica".
En página 14 figura Anexo N°3: "Indicador de Mantención de Vía Venosa Periférica".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

UPC Ad: UCI Adulto, UCI Coronaria y UTI MQ / Manejo de vías venosas centrales (5)

Nombre del documento: Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:19

Elaborado por: Tirsa González Enfermera Supervisora Unidad Paciente Crítico Adulto	Aprobado por: Viviana Porcile Subdirectora de Enfermería del Hospital Regional Antofagasta

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, se tiene a la vista documento "Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales". En la página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento.
En páginas 4 y 5 se señalan las referencias y equipos y materiales.
Desde las páginas 5 a la 10 se describe el desarrollo del procedimiento, el cual considera los siguientes puntos:

a) Instalación del catéter venoso central
b) Curación catéter central
c) Mantención del sistema de perfusión
d) Fijación catéter venoso central
e) Cambio catéter venoso central
f) Preparación de soluciones y medicamentos que se administran por catéter venoso central
g) Manejo catéteres umbilicales
h) Mantención catéter umbilical
i) Manejo vía venosa central con Nutrición parenteral
j) Acciones a realizar ante sospecha de sepsis por catéter y Nutrición parenteral

Se señalan los documentos asociados y los anexos contenidos en el documento.
En página 16 consta Anexo N°1: "Pauta de Supervisión Mantención de Catéter Venoso Central".
En páginas 17 y 18 Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Curación Catéter Venoso Central".
En página 19 Anexo N°3: "Indicador Mantención Vía Venosa Periférica".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

UPC Ad: UCI Adulto, UCI Coronaria y UTI MQ /Administración de medicamentos EV (6)

Nombre del documento: Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos

Fecha elab: 12/2012	Fecha vigencia: 12/2015	Versión: 02	N° páginas:13

Elaborado por: Roxana Maldonado Matrona Unidad de Neonatología	Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta

Responsable aplicación: Enfermera Matrona Tecnóloga Supervisora

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico,

se tiene a la vista documento "Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance, personas responsables y sus responsabilidades, así como las definiciones utilizadas en el documento.
En páginas 3 y 4 se señalan las referencias, los equipos y materiales necesarios para la administración de medicamentos endovenosos, (administración por fleboclisis, bolo, y por bomba de infusión)
En páginas 4 y 5 consta la descripción del proceso, considerando los siguientes puntos:

a) Preparación de medicamentos de acuerdo a Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicamentos
b) Administración de tratamiento endovenoso
c) Administración de tratamiento endovenoso directo

Se indican los registros asociados: terapia del paciente, hoja de enfermería, evolución de enfermería, Hoja de registro de urgencia.
En página 12 consta Anexo N° 2: "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".
En página 13 figura Anexo N° 3: "Indicador Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".

UPC Ped/ Instalación catéter urinario (1)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas: 11

Elaborado por: Janis Orellana Olivares Enfermera Servicio de Especialidades.	Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y funciones de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación del catéter urinario permanente.
En las páginas 4 a 6 consta la descripción del procedimiento detallando las actividades a desarrollar para la instalación del catéter urinario permanente, y su posterior retiro; diferenciando el procedimiento en hombres y mujeres.
En página 8 consta Anexo N°1: Indicador "Instalación Catéter Urinario Permanente".
En página 11 consta Anexo N° 3: "Pauta de Supervisión Instalación del Catéter Urinario Permanente".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

UPC Ped / Manejo de enfermería de pacientes en ventilación mecánica (2)

Nombre del documento: Procedimiento Manejo de Enfermería en Paciente en Ventilación Mecánica

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión:03	N° páginas: 12

Elaborado por: Verónica Contreras Enfermera Unidad Paciente Crítico Pediatría.	Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta

Responsable aplicación: Médico, Enfermera, Tecnólogo Médico, Técnico Paramédico

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, se tiene a la vista documento "Procedimiento Manejo de Enfermería en Paciente en Ventilación Mecánica". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance y las responsabilidades de cada integrante del equipo de salud involucrada en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones de los términos utilizados en el documento y las referencias.
En páginas 4 a 6 se detallan los equipos y materiales necesarios para realizar el procedimiento y la descripción del proceso, que contempla los siguientes puntos: a) Armado e instalación del ventilador mecánico; b) Desarmado del circuito del ventilador mecánico; y c) Cuidados de Enfermería en pacientes conectados a ventilación mecánica para prevenir infecciones (Neumonía)
Se precisan los documentos asociados y los anexos que forman parte del documento.
En página 12 consta Anexo: "Indicador de Cumplimiento".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Manejo de Enfermería en Paciente en Ventilación Mecánica, Versión 02 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años

UPC Ped/ Manejo de traqueotomía y tubo endotraqueal (3)

Nombre del documento: Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal

Fecha elab:05/2014	Fecha vigencia: 05/2019	Versión: 01	N° páginas: 15

Elaborado por: Verónica Contreras Enfermera Unidad Paciente Critico Pediátrico Tirsa González Enfermera Supervisora Unidad Paciente Crítico Adulto	Aprobado por: Dra. Juana Pérez M. Directora del Hospital Regional de Antofagasta

Responsable aplicación: Médico, Enfermera, Matrona, Kinesiólogo, Técnico Paramédico

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, se tiene a la vista documento "Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance; personal encargado y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento y las referencias.
En página 4 se detallan los equipos y materiales necesarios para realizar el procedimiento (la fijación, curación y aspiración de la traqueotomía).
De las páginas 5 a 8 se describe el procedimiento, que contempla los siguientes puntos: a) Fijación del tubo endotraqueal; b) Fijación de la Traqueotomía; c) Curación zona de inserción de la traqueotomía (por Enfermera o Matrona); d) Aspiración de secreciones (se hace referencia a la aspiración de secreciones en pacientes pediátricos y neonatales).

Se señalan los documentos asociados y la nómina de los anexos que contiene el documento.
En página 14 figura Anexo N°3: "Pauta de Supervisión de aspiración de Secreciones en pacientes con Vía Aérea artificial".
En página 15 consta Anexo N° 4: "Indicador Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal".

UPC Ped/ Instalación y manejo de vía venosa periférica (4)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:14
Elaborado por: Jessica Álvarez Enfermera Unidad de Pediatría		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, se tiene a la vista documento" Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance, los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación de la vía venosa periférica.
En página 4 se describe el procedimiento, detallando actividades a realizar: a) Elección del sitio de punción, b) Preparación de la piel; c) Instalación y fijación del catéter venoso periférico; d) Mantención del sitio de punción; e) Frecuencia de cambio de catéter; f) Mantención del sistema de perfusión; g) Cambios del sistema por infección o flebitis; h) Cambio de las soluciones.
En página 7 se señalan los documentos asociados: Hoja de evolución de enfermería, hoja de registros de atención de enfermería, terapia del paciente.
En página 13 consta Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Mantención Vía Venosa Periférica".
En página 14 figura Anexo N°3: "Indicador de Mantención de Vía Venosa Periférica".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

UPC Ped/ Manejo de vías venosas centrales (5)

Nombre del documento: : Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales

Fecha elab: 06/2015 no cumple retrospectividad	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas: 19
Elaborado por: Tirsa González Enfermera Supervisora Unidad Paciente Crítico Adulto		Aprobado por: Viviana Porcile Subdirectora de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, se tiene a la vista documento" Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales". En la página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento. En la página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento. En la página 4 se señalan las referencias. Desde la página 5 a la página 10 se describen los equipos y materiales necesarios para realizar el procedimiento y el desarrollo del procedimiento el cual considera los siguientes puntos:

a) Instalación del catéter venoso central
b) Curación catéter central
c) Mantención del sistema de perfusión
d) Fijación catéter venoso central
e) Cambio catéter venoso central
f) Preparación de soluciones y medicamentos que se administran por catéter venoso central
g) Manejo catéteres umbilicales
h) Mantención catéter umbilical
i) Manejo vía venosa central con Nutrición parenteral
j) Acciones a realizar ante sospecha de sepsis por catéter y Nutrición parenteral

Además se señalan los documentos asociados y los anexos contenidos en el documento.
En página 16 consta Anexo N°1: "Pauta de Supervisión Mantención de Catéter Venoso Central".
En páginas 17 y 18 Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Curación Catéter Venoso Central".
En página 19 Anexo N°3: "Indicador Mantención Vía Venosa Periférica".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

UPC Ped/ Administración de medicamentos EV (6)

Nombre del documento: Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos

Fecha elab: 12/2012	Fecha vigencia: 12/2015	Versión: 02	N° páginas:13
Elaborado por: Roxana Maldonado Matrona Unidad de Neonatología		Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Enfermera Matrona Tecnóloga Supervisora

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, se tiene a la vista documento" Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance, personas responsables y sus responsabilidades, así como las definiciones utilizadas en el documento.
En páginas 3 y 4 se señalan las referencias, los equipos y materiales necesarios para la administración de medicamentos endovenosos, (administración por fleboclísis, bolo, y por bomba de infusión)
En páginas 4 y 5 consta la descripción del proceso, considerando los siguientes puntos:

a) Preparación de medicamentos de acuerdo a Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicamentos
b) Administración de tratamiento endovenoso
c) Administración de tratamiento endovenoso directo

Se indican los registros asociados: terapia del paciente, hoja de enfermería, evolución de enfermería, Hoja de registro de urgencia.
En página 12 consta Anexo N° 2: "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".
En página 13 figura Anexo N° 3: "Indicador Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".

UPC Neo/ Instalación catéter urinario (1)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:11
Elaborado por: Janis Orellana Olivares Enfermera Servicio de Especialidades.		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y funciones de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación del catéter urinario permanente.
En páginas 4 a 6 consta la descripción del procedimiento detallando las actividades a desarrollar para la instalación del catéter urinario permanente, y su posterior retiro; diferenciando el procedimiento en hombres y mujeres.
En página 8 consta Anexo N°1: Indicador "Instalación Catéter Urinario Permanente".
En página 11 consta Anexo N° 3: "Pauta de Supervisión Instalación del Catéter Urinario Permanente".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

UPC Neo/ Manejo de enfermería de pacientes en ventilación mecánica (2)

Nombre del documento: Protocolo Manejo de Enfermería de Pacientes en Ventilación Mecánica

Fecha elab: 06/ 2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 03	N° páginas: 12
Elaborado por: Verónica Contreras Enfermera Unidad Paciente Crítico Pediatría.		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médico, Enfermera, Matrona, Kinesiólogo, Técnico Paramédico

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Neonatología, se tiene a la vista documento "Protocolo Manejo de Enfermería de Pacientes en Ventilación Mecánica". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance y las responsabilidades de cada integrante del equipo de salud involucrada en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones de los términos utilizados en el documento y las referencias.
En páginas 4 a 6 se detallan los equipos y materiales necesarios para realizar el procedimiento y la descripción del proceso, que contempla los siguientes puntos: a) Armado e instalación del ventilador mecánico; b) Desarmado del circuito del ventilador mecánico; y c) Cuidados de Enfermería en pacientes conectados a ventilación mecánica para prevenir infecciones (Neumonía), en relación a permeabilidad del tubo endotraqueal, presencia de secreciones en el tubo, aplicar medidas de prevención de ulceras por tubo endotraqueal, posición del pacientes, mantener el ambiente térmico neutral en pacientes neonatales, entre otros.
Se precisan los documentos asociados y los anexos que forman parte del documento.
En página 12 consta Anexo: "Indicador de Cumplimiento".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Manejo de Enfermería en Paciente en Ventilación Mecánica, Versión 02 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

UPC Neo/ Manejo de traqueotomía y tubo endotraqueal (3)

Nombre del documento: Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal

Fecha elab: 05/2014	Fecha vigencia: 05/2019	Versión:01	N° páginas: 15
Elaborado por: Verónica Contreras Enfermera Unidad Paciente Critico Pediátrico Tirsa González Enfermera Supervisora Unidad Paciente Crítico Adulto		Aprobado por: Dra. Juana Pérez M. Directora Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médico, Enfermera, Matrona, Kinesiólogo, Técnico Paramédico

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Neonatología, se tiene a la vista documento "Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance; personal encargado y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento y las referencias.
En página 4 se detallan los equipos y materiales necesarios para realizar el procedimiento (la fijación, curación y aspiración de la traqueotomía).
De las páginas 5 a 8 se describe el procedimiento, que contempla los siguientes puntos: a) Fijación del tubo endotraqueal; b) Fijación de la Traqueotomía; c) Curación zona de inserción de la traqueotomía (por Enfermera o Matrona); d) Aspiración de secreciones (se hace referencia a la aspiración de secreciones en pacientes pediátricos y neonatales).
Se señalan los documentos asociados y la nómina de los anexos que contiene el documento.
En página 14 figura Anexo N°3: "Pauta de Supervisión de aspiración de Secreciones en pacientes con Vía Aérea artificial".
En página 15 consta Anexo N° 4: "Indicador Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal".

UPC Neo/ Instalación y manejo de vía venosa periférica (4)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:14
Elaborado por: Jessica Álvarez Enfermera Unidad de Pediatría		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Neonatología, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance, los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación de la vía venosa periférica.
En página 4 se describe el procedimiento, detallando actividades a realizar: a) Elección del sitio de punción, b) Preparación de la piel; c) Instalación y fijación del catéter venoso periférico; d) Mantención del sitio de punción; e) Frecuencia de cambio de catéter; f) Mantención del sistema de perfusión; g) Cambios del sistema por infección o flebitis; h) Cambio de las soluciones.
En página 7 se señalan los documentos asociados: Hoja de evolución de enfermería, hoja de registros de atención de enfermería, terapia del paciente.
En página 13 consta Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Mantención Vía Venosa Periférica".
En página 14 figura Anexo N°3: "Indicador de Mantención de Vía Venosa Periférica".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

UPC Neo/ Manejo de vías venosas centrales (5)

Nombre del documento: : Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:19
Elaborado por: Tirsa González Enfermera Supervisora Unidad Paciente Crítico Adulto		Aprobado por: Viviana Porcile Subdirectora de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Neonatología, se tiene a la vista documento "Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales". en la página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento.
En páginas 4 y 5 se señalan las referencias y equipos y materiales.
De las páginas 5 a 10 se describe el desarrollo del procedimiento, el cual considera los siguientes puntos:

a) Instalación del catéter venoso central
b) Curación catéter central
c) Mantención del sistema de perfusión
d) Fijación catéter venoso central
e) Cambio catéter venoso central
f) Preparación de soluciones y medicamentos que se administran por catéter venoso central
g) Manejo catéteres umbilicales
h) Mantención catéter umbilical
i) Manejo vía venosa central con Nutrición parenteral
j) Acciones a realizar ante sospecha de sepsis por catéter y Nutrición parenteral

Se señalan los documentos asociados y los anexos contenidos en el documento.
En página 16 consta Anexo N°1: "Pauta de Supervisión Mantención de Catéter Venoso Central".
En páginas 17 y 18 Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Curación Catéter Venoso Central".
En página 19 Anexo N°3: "Indicador Mantención Vía Venosa Periférica".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales, Versión 01 Fecha de Emisión 08/06/2012, con vigencia de 3 años.

UPC Neo/ Administración de medicamentos EV (6)

Nombre del documento: Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos

Fecha elab: 12/2012	Fecha vigencia: 12/2015	Versión: 02	N° páginas:13
Elaborado por: Roxana Maldonado Matrona Unidad de Neonatología		Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Enfermera Matrona Tecnóloga Supervisora

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Neonatología, se tiene a la vista documento "Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance, personas responsables y sus responsabilidades, así como las definiciones utilizadas en el documento.
En páginas 3 y 4 se señalan las referencias, los equipos y materiales necesarios para la administración de medicamentos endovenosos, (administración por fleboclisis, bolo, y por bomba de infusión)
En páginas 4 y 5 consta la descripción del proceso, considerando los siguientes puntos:

a) Preparación de medicamentos de acuerdo a Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicamentos
b) Administración de tratamiento endovenoso
c) Administración de tratamiento endovenoso directo

Se indican los registros asociados: terapia del paciente, hoja de enfermería, evolución de enfermería, Hoja de registro de urgencia.
En página 12 consta Anexo N° 2: "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".
En página 13 figura Anexo N° 3: "Indicador Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".

UPC Neo/ Inmunizaciones y cadena de frío (7)

Nombre del documento	Procedimiento Inmunización y Manejo de la Cadena de Frio		
Fecha elab: 09/2014	Fecha vigencia: 09/2019	Versión: 02	N° páginas: 40
Elaborado por: Gloria Reyes Matrona Recién Nacidos		Aprobado por: Dra. Juana Pérez Directora Del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación	Enfermera, Matrona

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Paciente Crítico Neonatología, se tiene a la vista documento" Procedimiento Inmunización y Manejo de la Cadena de Frio". En páginas 2 y 3 del documento constan el objetivo del procedimiento, su alcance y los responsables.
En páginas 4 a 6 figuran las definiciones utilizadas en el documento.
En páginas 8 y 9 se señala equipos y materiales necesarios para mantener la cadena de frio e inmunización.
De las páginas 10 a la 17 consta la descripción del proceso de Cadena de Frío, precisándose que involucra tanto el proceso de mantención de vacunas (o cadena fija), como el de la cadena de frio móvil, representada por las cajas de transporte portátil o termos y las unidades refrigerantes.
Cadena de frio fija:

- Características del refrigerador: Se indica características de cámara de congelación y cámara de conservación. Su sistema de descongelación y programa de mantenimiento;
- Ubicación del refrigerador: debe estar ubicado en un lugar de acceso restringido, contar con enchufe exclusivo conectado a tierra, con sistema de respaldo eléctrico.
- Conservación y/o almacenamiento: En la puerta del refrigerador se debe adosar hoja de Control y Registro de Temperatura
- Ubicación de las vacunas en el refrigerador: consta adosado a la puerta del refrigerador, diagrama de ubicación de las vacunas en éste.
- Cadena de frio móvil: indica las características de los termos de transporte.

De las páginas 17 a la 20 consta la descripción del proceso de Inmunización, considerando las actividades vinculadas a la aplicación de vacuna BCG: la que considera la preparación de termo de traslado, reconstitución de la vacuna, y administración de ésta, previa verificación del paciente mediante la revisión del brazalete de identificación. Consta, asimismo, el procedimiento utilizado para eliminar las vacunas en caso de vencimiento o quiebre de la cadena de frio, involucrando el levantamiento de un "Acta de Notificación de quiebre Cadena de Frio" enviada vía correo electrónico a la SEREMI.
Finalmente, se hace referencia a las vacunas que se administran en la Unidad de Salud del Personal (conforme indicaciones del Ministerio de Salud)
En página 39 Anexo N°5 "Pauta de Supervisión de Mantención Cadena de Frio"
En la página 40" Indicador Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Manejo Cadena de Frio".

Med: Servicio Medicina, UAPPP y Pensionado Médico-Quirúrgico/Instalación catéter urinario (1)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión:02	N° páginas:11
Elaborado por: Janis Orellana Olivares Enfermera Servicio de Especialidades.		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Medicina, Unidad de Atención de Progresiva del Paciente y Servicio de Pensionado, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y funciones de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación del catéter urinario permanente.
En páginas 4 a 6 consta la descripción del procedimiento detallando las actividades a desarrollar para la instalación del catéter urinario permanente, y su posterior retiro; diferenciando el procedimiento en hombres y mujeres.
En página 8 consta Anexo N°1: Indicador "Instalación Catéter Urinario Permanente".
En página 11 consta Anexo N° 3: "Pauta de Supervisión Instalación del Catéter Urinario Permanente".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

Med: Servicio Medicina, UAPPP y Pensionado Médico-Quirúrgico /Manejo de traqueotomía y tubo endotraqueal (3)

Nombre del documento: Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal

Fecha elab: 05/2014	Fecha vigencia: 05/2020	Versión:01	N° páginas:15
Elaborado por: Verónica Contreras Enfermera Unidad Paciente Critico Pediátrico Tirsa González Enfermera Supervisora Unidad Paciente Crítico Adulto		Aprobado por: Dra. Juana Pérez M. Directora del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación:

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Medicina, Unidad de Atención de Progresiva del Paciente y Servicio de Pensionado, se tiene a la vista documento "Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance; personal encargado y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento y las referencias.
En página 4 se detallan los equipos y materiales necesarios para realizar el procedimiento (la fijación, curación y aspiración de la traqueotomía).
De las páginas 5 a 8 se describe el procedimiento, que contempla los siguientes puntos: a) Fijación del tubo endotraqueal; b) Fijación de la Traqueotomía; c) Curación zona de inserción de la traqueotomía (por Enfermera o Matrona); d) Aspiración de secreciones (se hace referencia a la aspiración de secreciones en pacientes pediátricos y neonatales).
Se señalan los documentos asociados y la nómina de los anexos que contiene el documento.
En página 14 figura Anexo N°3: "Pauta de Supervisión de aspiración de Secreciones en pacientes con Vía Aérea artificial".
En página 15 consta Anexo N° 4: "Indicador Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal".

Med: Servicio Medicina, UAPPP y Pensionado Médico-Quirúrgico /Instalación y manejo de vía venosa periférica (4)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:14
Elaborado por: Jessica Álvarez Enfermera Unidad de Pediatría		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	
Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos			
Breve descripción del contenido del documento: En los Servicios de Medicina, Unidad de Atención de Progresiva del Paciente y Servicio de Pensionado, se tiene a la vista documento" Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance, los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento. En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación de la vía venosa periférica. En página 4 se describe el procedimiento, detallando actividades a realizar: a) Elección del sitio de punción, b) Preparación de la piel; c) Instalación y fijación del catéter venoso periférico; d) Mantención del sitio de punción; e) Frecuencia de cambio de catéter; f) Mantención del sistema de perfusión; g) Cambios del sistema por infección o flebitis; h) Cambio de las soluciones. En página 7 se señalan los documentos asociados: Hoja de evolución de enfermería, hoja de registros de atención de enfermería, terapia del paciente. En página 13 consta Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Mantención Vía Venosa Periférica". En página 14 figura Anexo N°3: "Indicador de Mantención de Vía Venosa Periférica". El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.			
Med: Servicio Medicina, UAPPP y Pensionado Médico-Quirúrgico /Manejo de vías venosas centrales (5)			
Nombre del documento: : Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales			
Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:19
Elaborado por: Tirsa González Enfermera Supervisora Unidad Paciente Crítico Adulto		Aprobado por: Viviana Porcile Subdirectora de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	
Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos			
Breve descripción del contenido del documento: En los Servicios de Medicina, Unidad de Atención de Progresiva del Paciente y Servicio de Pensionado, se tiene a la vista documento "Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales". En la página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento. En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento. En páginas 4 y 5 se señalan las referencias y equipos y materiales. De las páginas 5 a 10 se describe el desarrollo del procedimiento, el cual considera los siguientes puntos: a) Instalación del catéter venoso central b) Curación catéter central c) Mantención del sistema de perfusión d) Fijación catéter venoso central e) Cambio catéter venoso central f) Preparación de soluciones y medicamentos que se administran por catéter venoso central g) Manejo catéteres umbilicales h) Mantención catéter umbilical i) Manejo vía venosa central con Nutrición parenteral j) Acciones a realizar ante sospecha de sepsis por catéter y Nutrición parenteral Se señalan los documentos asociados y los anexos contenidos en el documento. En página 16 consta Anexo N°1: "Pauta de Supervisión Mantención de Catéter Venoso Central". En páginas 17 y 18 Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Curación Catéter Venoso Central". En página 19 Anexo N°3: "Indicador Mantención Vía Venosa Periférica". El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales, Versión 01 Fecha de Emisión 08/06/2012, con vigencia de 3 años.			
Med: Servicio Medicina, UAPPP y Pensionado Médico-Quirúrgico /Administración de medicamentos EV (6)			
Nombre del documento: Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos			
Fecha elab: 12/2012	Fecha vigencia: 12/2015	Versión: 02	N° páginas: 13
Elaborado por: Roxana Maldonado Matrona Unidad de Neonatología		Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta	
Responsable aplicación: Enfermera Matrona Tecnóloga Supervisora			
Breve descripción del contenido del documento: En los Servicios de Medicina, Unidad de Atención de Progresiva del Paciente y Servicio de Pensionado, se tiene a la vista documento "Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance, personas responsables y sus responsabilidades, así como las definiciones utilizadas en el documento. En páginas 3 y 4 se señalan las referencias, los equipos y materiales necesarios para la administración de medicamentos endovenosos, (administración por fleboclisis, bolo, y por bomba de infusión) En páginas 4 y 5 consta la descripción del proceso, considerando los siguientes puntos: a) Preparación de medicamentos de acuerdo a Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicamentos b) Administración de tratamiento endovenoso c) Administración de tratamiento endovenoso directo Se indican los registros asociados: terapia del paciente, hoja de enfermería, evolución de enfermería, Hoja de registro de urgencia. En página 12 consta Anexo N° 2: "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".			

En página 13 figura Anexo N° 3: "Indicador Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".			
Ped/ Instalación catéter urinario (1)			
Nombre del documento: Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente			
Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:11
Elaborado por: Janis Orellana Olivares Enfermera Servicio de Especialidades..		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	
Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos			
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Pediatría, se tiene a la vista documento" Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y funciones de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento. En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación del catéter urinario permanente. En páginas 4 a 6 consta la descripción del procedimiento detallando las actividades a desarrollar para la instalación del catéter urinario permanente, y su posterior retiro; diferenciando el procedimiento en hombres y mujeres. En página 8 consta Anexo N°1: Indicador "Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 11 consta Anexo N° 3: "Pauta de Supervisión Instalación del Catéter Urinario Permanente". El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.			
Ped/ Manejo de traqueotomía y tubo endotraqueal (3)			
Nombre del documento: Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal			
Fecha elab: 05/2014	Fecha vigencia: 05/2020	Versión:01	N° páginas:15
Elaborado por: : Verónica Contreras Enfermera Unidad Paciente Critico Pediátrico Tirsa González Enfermera Supervisora Unidad Paciente Crítico Adulto		Aprobado por: Dra. Juana Pérez M. Directora del hospital Regional de Antofagasta	
Responsable aplicación:			
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Pediatría, se tiene a la vista documento" Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance; personal encargado y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento. En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento y las referencias. En página 4 se detallan los equipos y materiales necesarios para realizar el procedimiento (la fijación, curación y aspiración de la traqueotomía). De página 5 a 8 se describe el procedimiento, que contempla los siguientes puntos: a) Fijación del tubo endotraqueal; b) Fijación de la Traqueotomía; c) Curación zona de inserción de la traqueotomía (por Enfermera o Matrona); d) Aspiración de secreciones (se hace referencia a la aspiración de secreciones en pacientes pediátricos y neonatales). Se señalan los documentos asociados y la nómina de los anexos que contiene el documento. En página 14 figura Anexo N°3: "Pauta de Supervisión de aspiración de Secreciones en pacientes con Vía Aérea artificial". En página 15 consta Anexo N° 4: "Indicador Manejo de Traqueotomía y Tubo Endotraqueal". El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.			
Ped/ Instalación y manejo de vía venosa periférica (4)			
Nombre del documento: Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas			
Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:14
Elaborado por: Jessica Álvarez Enfermera Unidad de Pediatría		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	
Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos			
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Pediatría, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance, los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento. En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación de la vía venosa periférica. En página 4 se describe el procedimiento, detallando actividades a realizar: a) Elección del sitio de punción, b) Preparación de la piel; c) Instalación y fijación del catéter venoso periférico; d) Mantención del sitio de punción; e) Frecuencia de cambio de catéter; f) Mantención del sistema de perfusión; g) Cambios del sistema por infección o flebitis; h) Cambio de las soluciones. En página 7 se señalan los documentos asociados: Hoja de evolución de enfermería, hoja de registros de atención de enfermería, terapia del paciente. En página 13 consta Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Mantención Vía Venosa Periférica". En página 14 figura Anexo N°3: "Indicador de Mantención de Vía Venosa Periférica". El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años			
Ped/ Manejo de vías venosas centrales (5)			
Nombre del documento: : Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales			
Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:19
Elaborado por: Enfermera Tirsa González Enfermera Supervisora Unidad Paciente Crítico Adulto		Aprobado por: Viviana Porcile Subdirectora de Enfermería del Hospital regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En el Servicio de Pediatría, se tiene a la vista documento "Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales". En la página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento.
En páginas 4 y 5 se señalan las referencias y equipos y materiales.
De las páginas 5 a 10 se describe el desarrollo del procedimiento, el cual considera los siguientes puntos:

a) Instalación del catéter venoso central
b) Curación catéter central
c) Mantención del sistema de perfusión
d) Fijación catéter venoso central
e) Cambio catéter venoso central
f) Preparación de soluciones y medicamentos que se administran por catéter venoso central
g) Manejo catéteres umbilicales
h) Mantención catéter umbilical
i) Manejo vía venosa central con Nutrición parenteral
j) Acciones a realizar ante sospecha de sepsis por catéter y Nutrición parenteral

En página 16 consta Anexo N°1: "Pauta de Supervisión Mantención de Catéter Venoso Central".
En páginas 17 y 18 Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Curación Catéter Venoso Central".
En página 19 Anexo N°3: "Indicador Mantención Vía Venosa Periférica"
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales, Versión 01 Fecha de Emisión 08/06/2012, con vigencia de 3 años.

Ped/ Administración de medicamentos EV (6)

Nombre del documento: Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos

Fecha elab: 12/2012	Fecha vigencia: 12/2015	Versión: 02	N° páginas:13
Elaborado por: Roxana Maldonado Matrona Unidad de Neonatología		Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Enfermera Matrona Tecnóloga Supervisora

Breve descripción del contenido del documento:
En el Servicio de Pediatría, se tiene a la vista documento "Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance, personas responsables y sus responsabilidades, así como las definiciones utilizadas en el documento.
En páginas 3 y 4 se señalan las referencias, los equipos y materiales necesarios para la administración de medicamentos endovenosos, (administración por fleboclisis, bolo, y por bomba de infusión)
En páginas 4 y 5 consta la descripción del proceso, considerando los siguientes puntos:

a) Preparación de medicamentos de acuerdo a Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicamentos
b) Administración de tratamiento endovenoso
c) Administración de tratamiento endovenoso directo

Se indican los registros asociados: terapia del paciente, hoja de enfermería, evolución de enfermería, Hoja de registro de urgencia.
En página 12 consta Anexo N° 2: "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".
En página 13 figura Anexo N° 3: "Indicador Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".

Neo/ Instalación y manejo de vía venosa periférica (4)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:14
Elaborado por: Jessica Álvarez Enfermera Unidad de Pediatría		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Neonatología, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance, los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación de la vía venosa periférica.
En página 4 se describe el procedimiento, detallando actividades a realizar: a) Elección del sitio de punción, b) Preparación de la piel; c) Instalación y fijación del catéter venoso periférico; d) Mantención del sitio de punción; e) Frecuencia de cambio de catéter; f) Mantención del sistema de perfusión; g) Cambios del sistema por infección o flebitis; h) Cambio de las soluciones.
En página 7 se señalan los documentos asociados: Hoja de evolución de enfermería, hoja de registros de atención de enfermería, terapia del paciente.
En página 13 consta Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Mantención Vía Venosa Periférica".
En página 14 figura Anexo N°3: "Indicador de Mantención de Vía Venosa Periférica".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

Neo/ Manejo de vías venosas centrales (5)

Nombre del documento: : Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas: 19
Elaborado por: Tirsa González Enfermera Supervisora Unidad Paciente Crítico Adulto		Aprobado por: Viviana Porcile Subdirectora de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Neonatología, se tiene a la vista documento "Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales". En la página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento.
En páginas 4 y 5 se señalan las referencias y equipos y materiales.
De las páginas 5 a 10 se describe el desarrollo del procedimiento, el cual considera los siguientes puntos:

a) Instalación del catéter venoso central
b) Curación catéter central
c) Mantención del sistema de perfusión
d) Fijación catéter venoso central
e) Cambio catéter venoso central
f) Preparación de soluciones y medicamentos que se administran por catéter venoso central
g) Manejo catéteres umbilicales
h) Mantención catéter umbilical
i) Manejo vía venosa central con Nutrición parenteral
j) Acciones a realizar ante sospecha de sepsis por catéter y Nutrición parenteral

En página 16 consta Anexo N°1: "Pauta de Supervisión Mantención de Catéter Venoso Central".
En páginas 17 y 18 Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Curación Catéter Venoso Central".
En página 19 Anexo N°3: "Indicador Mantención Vía Venosa Periférica".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Manejo de Vías Venosas Centrales, Versión 01 Fecha de Emisión 08/06/2012, con vigencia de 3 años.

Neo/ Administración de medicamentos EV (6)

Nombre del documento: Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos

Fecha elab: 12/2012	Fecha vigencia: 12/2015	Versión: 02	N° páginas:13

Elaborado por: Roxana Maldonado Matrona Unidad de Neonatología	Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta

Responsable aplicación: Enfermera Matrona Tecnóloga Supervisora

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Neonatología, se tiene a la vista documento "Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance, personas responsables y sus responsabilidades, así como las definiciones utilizadas en el documento.
En páginas 3 y 4 se señalan las referencias, los equipos y materiales necesarios para la administración de medicamentos endovenosos, (administración por fleboclisis, bolo, y por bomba de infusión)
En páginas 4 y 5 consta la descripción del proceso, considerando los siguientes puntos:

a) Preparación de medicamentos de acuerdo a Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicamentos
b) Administración de tratamiento endovenoso
c) Administración de tratamiento endovenoso directo

Se indican los registros asociados: terapia del paciente, hoja de enfermería, evolución de enfermería, Hoja de registro de urgencia.
En página 12 consta Anexo N° 2: "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".
En página 13 figura Anexo N° 3: "Indicador Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".

Neo/ Inmunizaciones y cadena de frío (7)

Nombre del documento: Procedimiento inmunización y manejo Cadena de Frio

Fecha elab:09/2014	Fecha vigencia: 09/2019	Versión:02	N° páginas: 40

Elaborado por: Gloria Reyes Matrona Recién Nacido	Aprobado por: Dra. Juana Pérez Directora del Hospital Regional de Antofagasta

Responsable aplicación: enfermeras y Matronas

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Neonatología, se tiene a la vista documento "Procedimiento inmunización y manejo Cadena de Frio". En páginas 2 y 3 del documento constan el objetivo del procedimiento, su alcance y los responsables.
En páginas 4 a 6 figuran las definiciones utilizadas en el documento.
En páginas 8 y 9 se señala equipos y materiales necesarios para mantener la cadena de frio e inmunización.
De las páginas 10 a la 17 consta la descripción del proceso de Cadena de Frío, precisándose que involucra tanto el proceso de mantención de vacunas (o cadena fija), como el de la cadena de frio móvil, representada por las cajas de transporte portátil o termos y las unidades refrigerantes.
Cadena de frio fija:

- Características del refrigerador: Se indica características de cámara de congelación y cámara de conservación. Su sistema de descongelación y programa de mantenimiento;
- Ubicación del refrigerador: debe estar ubicado en un lugar de acceso restringido, contar con enchufe exclusivo conectado a tierra, con sistema de respaldo eléctrico.
- Conservación y/o almacenamiento: En la puerta del refrigerador se debe adosar hoja de Control y Registro de Temperatura
- Ubicación de las vacunas en el refrigerador: consta adosado a la puerta del refrigerador, diagrama de ubicación de las vacunas en éste.
- Cadena de frio móvil: indica las Características de los termos de transporte.

De las páginas 17 a 20 consta la descripción del proceso de Inmunización, considerando las actividades vinculadas a la aplicación de vacuna BCG: la que considera la preparación de termo de traslado, reconstitución de la vacuna, y administración de ésta, previa verificación del paciente mediante la revisión del brazalete de identificación. Consta asimismo el procedimiento utilizado para eliminar las vacunas en caso de vencimiento o quiebre de la cadena de frio, involucrando el levantamiento de un "Acta de

Notificación de quiebre Cadena de Frio" enviada vía correo electrónico a la SEREMI.
Finalmente se hace referencia a las vacunas que se administran en la Unidad de Salud del Personal (conforme indicaciones del Ministerio de Salud).
En página 39 Anexo N°5 "Pauta de Supervisión de Mantención Cadena de Frio"
En la página 40" Indicador Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Manejo Cadena de Frio".

Obst-Gine/ Instalación catéter urinario (1)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas: 11
Elaborado por: Janis Orellana Olivares Enfermera Servicio de Especialidades.		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En el Servicio e Gíneco Obstetricia, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y funciones de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación del catéter urinario permanente.
En páginas 4 a 6 consta la descripción del procedimiento detallando las actividades a desarrollar para la instalación del catéter urinario permanente, y su posterior retiro; diferenciando el procedimiento en hombres y mujeres.
En página 8 consta Anexo N°1: Indicador "Instalación Catéter Urinario Permanente".
En página 11 consta Anexo N° 3: "Pauta de Supervisión Instalación del Catéter Urinario Permanente".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

Obst-Gine/ Instalación y manejo de vía venosa periférica (4)

Nombre del documento:

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión:02	N° páginas:14
Elaborado por: Jessica Álvarez Enfermera Unidad de Pediatría		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En el Servicio e Gíneco Obstetricia, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance, los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación de la vía venosa periférica.
En página 4 se describe el procedimiento, detallando actividades a realizar: a) Elección del sitio de punción, b) Preparación de la piel; c) Instalación y fijación del catéter venoso periférico; d) Mantención del sitio de punción; e) Frecuencia de cambio de catéter; f) Mantención del sistema de perfusión; g) Cambios del sistema por infección o flebitis; h) Cambio de las soluciones.
En página 7 se señalan los documentos asociados: Hoja de evolución de enfermería, hoja de registros de atención de enfermería, terapia del paciente.
En página 13 consta Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Mantención Vía Venosa Periférica".
En página 14 figura Anexo N°3: "Indicador de Mantención de Vía Venosa Periférica".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

Obst-Gine/ Administración de medicamentos EV (6)

Nombre del documento: Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos

Fecha elab: 12/2012	Fecha vigencia: 12/2015	Versión: 02	N° páginas:13
Elaborado por: Roxana Maldonado Matrona Unidad de Neonatología		Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Enfermera Matrona Tecnóloga Supervisora

Breve descripción del contenido del documento:
En el Servicio de Gíneco Obstetricia, se tiene a la vista documento "Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos". En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance, personas responsables y sus responsabilidades, así como las definiciones utilizadas en el documento.
En páginas 3 y 4 se señalan las referencias, los equipos y materiales necesarios para la administración de medicamentos endovenosos, (administración por fleboclísis, bolo, y por bomba de infusión)
En páginas 4 y 5 consta la descripción del proceso, considerando los siguientes puntos:

a) Preparación de medicamentos de acuerdo a Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicamentos
b) Administración de tratamiento endovenoso
c) Administración de tratamiento endovenoso directo

Se indican los registros asociados: terapia del paciente, hoja de enfermería, evolución de enfermería, Hoja de registro de urgencia.
En página 12 consta Anexo N° 2: "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".
En página 13 figura Anexo N° 3: "Indicador Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".

URG: Emergencia Adulto, Pediátrica y Gíneco-Obstétrica/Instalación catéter urinario (1)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas: 11
Elaborado por: Janis Orellana Olivares Enfermera Servicio de Especialidades.		Aprobado por: Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería del Hospital Regional de Antofagasta	

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Urgencia Adulto, Pediátrico y de Gíneco Obstetricia, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente". En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance los responsables y funciones de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizados en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación del catéter urinario permanente.
En páginas 4 a 6 consta la descripción del procedimiento detallando las actividades a desarrollar para la instalación del catéter urinario permanente, y su posterior retiro; diferenciando el procedimiento en hombres y mujeres.
En página 8 consta Anexo N°1: Indicador "Instalación Catéter Urinario Permanente".
En página 11 consta Anexo N° 3: "Pauta de Supervisión Instalación del Catéter Urinario Permanente".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación Catéter Urinario Permanente, Versión 01 Fecha de Emisión 06/2012, con vigencia de 3 años.

URG: Emergencia Adulto, Pediátrica y Gíneco-Obstétrica / Instalación y manejo de vía venosa periférica (4)

Nombre del documento: Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas

Fecha elab: 06/2015	Fecha vigencia: 06/2020	Versión: 02	N° páginas:14

Elaborado por: Jessica Álvarez Enfermera Unidad de Pediatría	Aprobado por: : Enfermera Gloria Moraga Subdirectora (S) de Enfermería

Responsable aplicación: Médicos, Enfermeras , Matronas y Técnicos Paramédicos

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Urgencia Adulto, Pediátrico y de Gíneco Obstetricia, se tiene a la vista documento "Procedimiento Instalación y Manejo de Vía Venosa Periférica. En página 2 del documento constan los objetivos del procedimiento, su alcance, los responsables y las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.
En página 3 figuran las definiciones utilizadas en el documento, las referencias y los equipos y materiales necesarios para la instalación de la vía venosa periférica.
En página 4 se describe el procedimiento, detallando actividades a realizar: a) Elección del sitio de punción, b) Preparación de la piel; c) Instalación y fijación del catéter venoso periférico; d) Mantención del sitio de punción; e) Frecuencia de cambio de catéter; f) Mantención del sistema de perfusión; g) Cambios del sistema por infección o flebitis; h) Cambio de las soluciones.
En página 7 se señalan los documentos asociados: Hoja de evolución de enfermería, hoja de registros de atención de enfermería, terapia del paciente
En página 13 consta Anexo N°2: "Pauta de Supervisión Mantención Vía Venosa Periférica".
En página 14 figura Anexo N°3: "Indicador de Mantención de Vía Venosa Periférica".
El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Instalación y Manejo Vías Venosas Periféricas, Versión 01 Fecha de Emisión /06/2012, con vigencia de 3 años.

URG: Emergencia Adulto, Pediátrica y Gíneco-Obstétrica /Administración de medicamentos EV (6)

Nombre del documento: Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos

Fecha elab: 12/2012	Fecha vigencia: 12/2015	Versión: 02	N° páginas:13

Elaborado por: Roxana Maldonado Matrona Unidad de Neonatología	Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta

Responsable aplicación: Enfermera Matrona Tecnóloga Supervisora

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Urgencia Adulto, Pediátrico y de Gíneco Obstetricia, se tiene a la vista documento "Procedimiento Administración de Medicamentos Endovenosos" En página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance, personas responsables y sus responsabilidades, así como las definiciones utilizadas en el documento.
En páginas 3 y 4 se señalan las referencias, los equipos y materiales necesarios para la administración de medicamentos endovenosos, (administración por fleboclísis, bolo, y por bomba de infusión)
En páginas 4 y 5 consta la descripción del proceso, considerando los siguientes puntos:

a) Preparación de medicamentos de acuerdo a Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicamentos
b) Administración de tratamiento endovenoso
c) Administración de tratamiento endovenoso directo

Se indican los registros asociados: terapia del paciente, hoja de enfermería, evolución de enfermería, Hoja de registro de urgencia.
En página 12 consta Anexo N° 2: "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".
En página 13 figura Anexo N° 3: "Indicador Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa".

Vacunatorio: Emergencia Adulto, Pediátrica/ Inmunizaciones y cadena de frío (7)

Nombre del documento: Procedimiento Inmunización y Manejo de cadena de Frio

Fecha elab: 09/2014	Fecha vigencia: 09/2019	Versión:02	N° páginas: 40

Elaborado por: Gloria Reyes Matrona Recién Nacidos	Aprobado por: Dra. Juana Pérez Directora del Hospital regional de Antofagasta

Responsable aplicación: Matronas Enfermeras

Breve descripción del contenido del documento:
En los Servicios de Urgencia Adulto, Pediátrico y de Gíneco Obstetricia, se tiene a la vista documento" Procedimiento Inmunización y Manejo de cadena de Frio" En páginas 2 y 3 del documento constan el objetivo del procedimiento, su alcance y los responsables.
En páginas 4 a 6 figuran las definiciones utilizadas en el documento.
En páginas 8 y 9 se señala equipos y materiales necesarios para mantener la cadena de frio e inmunización.
De las páginas 10 a la 17 consta la descripción del proceso de Cadena de Frío, precisándose que involucra, tanto el proceso de mantención de vacunas (o cadena fija), como el de la cadena de frio móvil, representada por las cajas de transporte portátil o termos y las unidades refrigerantes.
Cadena de frio fija:

- Características del refrigerador: Se indica características de cámara de congelación y cámara de conservación. Su

sistema de descongelación y programa de mantenimiento; • Ubicación del refrigerador: Debe estar ubicado en un lugar de acceso restringido, contar con enchufe exclusivo conectado a tierra, con sistema de respaldo eléctrico. • Conservación y/o almacenamiento: En la puerta del refrigerador se debe adosar hoja de Control y Registro de Temperatura • Ubicación de las vacunas en el refrigerador: Consta adosado a la puerta del refrigerador, diagrama de ubicación de las vacunas en éste. • Cadena de frio móvil: Indica las características de los termos de transporte. De las páginas 17 a la 20 consta la descripción del proceso de Inmunización, considerando las actividades vinculadas a la aplicación de vacuna BCG: la que considera la preparación de termo de traslado, reconstitución de la vacuna, y administración de ésta, previa verificación del paciente mediante la revisión del brazalete de identificación. Consta, asimismo, el procedimiento utilizado para eliminar las vacunas en caso de vencimiento o quiebre de la cadena de frio, involucrando el levantamiento de un "Acta de Notificación de quiebre Cadena de Frio" enviada vía correo electrónico a la SEREMI. Finalmente, se hace referencia a las vacunas que se administran en la Unidad de Salud del Personal (conforme indicaciones del Ministerio de Salud) En página 39 Anexo N°5 "Pauta de Supervisión de Mantención Cadena de Frio" En la página 40" Indicador Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Manejo Cadena de Frio".
Vacunatorio Salud del Personal/ Inmunizaciones y cadena de frío (7)
Nombre del documento: Procedimiento Inmunización y Manejo de cadena de Frio
Fecha elab: 09/2014 | Fecha vigencia: 09/2019 | Versión:02 | N° páginas: 40
Elaborado por: Gloria Reyes Matrona Recién Nacidos Aprobado por: Dra. Juana Pérez Directora del Hospital Regional de Antofagasta
Responsable aplicación: Matronas Enfermeras
Breve descripción del contenido del documento: En la Unidad Salud del Personal, se tiene a la vista documento" Procedimiento Inmunización y Manejo de cadena de Frio". En páginas 2 y 3 del documento constan el objetivo del procedimiento, su alcance y los responsables. En páginas 4 a 6 figuran las definiciones utilizadas en el documento. En páginas 8 y 9 se señala equipos y materiales necesarios para mantener la cadena de frio e inmunización. De las páginas 10 a la 17 consta la descripción del proceso de Cadena de Frío, precisándose que involucra tanto el proceso de mantención de vacunas (o cadena fija), como el de la cadena de frio móvil, representada por las cajas de transporte portátil o termos y las unidades refrigerantes. Cadena de frio fija: • Características del refrigerador: Se indica características de cámara de congelación y cámara de conservación. Su sistema de descongelación y programa de mantenimiento; • Ubicación del refrigerador: Debe estar ubicado en un lugar de acceso restringido, contar con enchufe exclusivo conectado a tierra, con sistema de respaldo eléctrico. • Conservación y/o almacenamiento: En la puerta del refrigerador se debe adosar hoja de Control y Registro de Temperatura • Ubicación de las vacunas en el refrigerador: Consta adosado a la puerta del refrigerador, diagrama de ubicación de las vacunas en éste. • Cadena de frio móvil: Indica las Características de los termos de transporte. De las páginas 17 a 20 consta la descripción del proceso de Inmunización, considerando las actividades vinculadas a la aplicación de vacuna BCG: la que considera la preparación de termo de traslado, reconstitución de la vacuna, y administración de ésta, previa verificación del paciente mediante la revisión del brazalete de identificación. Consta, asimismo, el procedimiento utilizado para eliminar las vacunas en caso de vencimiento o quiebre de la cadena de frio, involucrando el levantamiento de un "Acta de Notificación de quiebre Cadena de Frio" enviada vía correo electrónico a la SEREMI. Finalmente, se hace referencia a las vacunas que se administran en la Unidad de Salud del Personal (conforme indicaciones del Ministerio de Salud) En página 39 Anexo N°5 "Pauta de Supervisión de Mantención Cadena de Frio" En la página 40" Indicador Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Manejo Cadena de Frio".
Observación: El Prestador no cuenta con una unidad de Vacunatorio. El documento "Inmunizaciones y manejo de cadena de frío" se constata en el Servicio de Urgencia, dado que en esta Unidad se administran vacunas y en la Unidad de salud del personal, en la cual se administran las vacunas al personal del hospital, de acuerdo a los Programas Ministeriales (Programa Antinfluenza u otras que el MINSAL indique)

GCL 1.2 - Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

PQ General / Recuperación: Pabellón Central	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ /Recuperación: Pabellón Maternidad	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ /Recuperación: Pabellón Cardiovascular	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento

Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Adulto: UCI Adulto	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Adulto: UTI MQ	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: : 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Adulto: UCI Coronaria	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Neo	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med: Servicio Medicina	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med: Unidad Atención Progresiva	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med: Pensionado Médico-Quirúrgico	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Ped	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Neo	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Obst-Gine	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
URG: Emergencia Adulto-Pediátrica	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo*100
Umbral de cumplimiento:85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
URG: Emergencia Gíneco-Obstétrica	
Nombre del indicador	Porcentaje de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de medicamentos endovenosos administrados según procedimiento en un periodo/ N° total de medicamentos endovenosos administrados en el mismo periodo)*100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Vacunatorio: Emergencia Adulto-Pediátrica	
Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de la norma de manejo de cadena de frio
Fórmula matemática	(Procedimientos de almacenamiento de vacunas que cumple con las condiciones para mantener la temperatura entre 2°y 8°C /N° Total de procedimientos de almacenamiento de vacunas) *100

Umbral de cumplimiento: 95%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral
Observaciones: Se constata que el indicador tenido a la vista presentado por el prestador, no es pertinente, dado que lo planteado no se refleja en un procedimiento a evaluar.	
Vacunatorio: Obst-Neo	
Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de la norma de manejo de cadena de frio
Fórmula matemática	(Procedimientos de almacenamiento de vacunas que cumple con las condiciones para mantener la temperatura entre 2°y 8°C /N° Total de procedimientos de almacenamiento de vacunas) *100
Umbral de cumplimiento: 95%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral
Vacunatorio: Salud del Personal	
Nombre del indicador	Inmunización y manejo cadena de frio
Fórmula matemática	(N° de pautas de supervisión que cumplen con el procedimiento /N° total de pautas aplicadas) *100
Umbral de cumplimiento: 95%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral

GCL 1.2 - Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

PQ General / Recuperación: Pabellón Central	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Domingo (30 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cirugía. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él porcentaje de cumplimiento.
Gíneco-Obst / Recuperación	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Domingo (30 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cirugía. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él porcentaje de cumplimiento.
PQ Cardiovascular/Recuperación	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Domingo (30 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cirugía Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento

	• Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
UPC Ad	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Viernes (20 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cama. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
Unidad Coronaria	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Viernes (20 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cama. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
UTIMQ	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Viernes (20 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cama. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento

	• Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
UPC Ped	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Viernes (20 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cama. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento. .
UPC Neo	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Viernes (20 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cama. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
Med	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Domingo (30 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cama. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post

	tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
Unidad Atención Progresiva	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Viernes (20 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cama. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
Ped	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Viernes (20 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cama. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
Neo	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Viernes (20 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cama. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post

	tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
Obst.gine	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Para la evaluación se aplica por conveniencia una Pauta de Supervisión diaria de Lunes a Viernes (20 pautas /mes) seleccionando aleatoriamente una cama. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
URG /Adulto y Pediatría	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La evaluación se realiza por conveniencia, la unidad de calidad envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución, se aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
URG/Gíneco-Obst	
Nombre documento	Informe Trimestral de Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa
Responsable medición	Supervisor de Pabellón
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión de Mantención Cadena de Frio
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La evaluación se realiza por conveniencia, la unidad de calidad envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución, se aplica una pauta diaria de Lunes a

	Viernes, para lo cual se randomiza el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Realiza lavado de manos previo a la preparación de tratamiento endovenoso y post tratamiento • Revisa medicamento que va a administrar • Prepara el medicamento en área limpia • Aseptiza según corresponda ampolla o frasco • Realiza cambio de aguja • Rotula poniendo el nombre del medicamento a administrar si aplica • Verifica tarjeta de los 5 correctos • Registra en terapia según procedimiento • Cumplimiento Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.
Vacunatorio/URG Adulto y Pediátrico	
	El Prestador no realiza evaluación periódica, no presenta documento
Vacuntorio /Obstetricia Neo	
Nombre documento	El Prestador no realiza evaluación periódica, no presenta documento
Vacunatorio /Salud del Personal	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Supervisor Unidad de Salud del Personal
Fuente primaria	Pauta de Supervisión
Fuente secundaria	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición se realiza por conveniencia, la unidad de calidad envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas de supervisión con un criterio de sustitución, se aplica la pauta de supervisión cada 15 días Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • La ubicación del Refrigerador cumple con las recomendaciones técnicas registro • Existe diario de temperatura mañana y tarde • Termómetro de mínima y máxima está ubicado correctamente • El refrigerador es de uso exclusivo de vacunas • Está disponible y al día hoja de vida del refrigerador Para considerar cumplida la Pauta de Supervisión, esta debe contener el 100% de los criterios indicados en el procedimiento institucional. Se consigna el nombre del evaluador y en pie de página se registra el número de pautas aplicadas con él % de cumplimiento.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ- Recuperación

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	19	12	14	16	17
	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	95%	60%	70%	80%	85%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ- Recuperación

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado reportado del trimestre es de 85%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras, una no cumple. Se revisan las 30 pautas cumplen 24/30. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio y Julio del 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	24					
	30					
% Cumplimiento	80%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ Gíneco-Obst- Recuperación

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 205	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	17	18	18	18	17	18

N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	85%	90%	90%	90%	85%	90%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ Gíneco-Obst- Recuperación						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de 88.3%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Agosto, Septiembre y Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ Cardiovasc- Recuperación						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20 / 20	20 / 20	20 / 20	20 / 20	20 / 20	20 / 20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ Cardiovasc- Recuperación						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Agosto, Septiembre Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20 / 20	20 / 20	20 / 20	18 / 20	19 / 20	18 / 20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	90%	95%	90%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de 91,6%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Agosto, Septiembre y Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en Unidad Coronaria						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	14	17	18	18	19	18
N° Total Pautas	20	20	20	20	19	20
% Cumplimiento	70%	85%	90%	90%	95%	90%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad Coronaria						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado reportado del trimestre es de 81,6%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras, una no cumple. Se revisan las 30 pautas cumplen 24/30. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Mayo, Junio y Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	24					
N° Total Pautas	30					
% Cumplimiento	80%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UTIMQ						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 205	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	17	16	16
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	85%	80%	80%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UTMQ						
Describir constatación Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015						
Mes /Año	Mayo, Junio y Julio del 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ped						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ped						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Agosto, septiembre y Octubre					

	del 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Neo						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	95%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Neo						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo, junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Mayo, junio y Julio del 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	19	20	20	20	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
	100%	95%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med						
Describir constatación Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de 98,3%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Mayo, Junio y Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Unidad Atención Progresiva del Paciente						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	17	20	18	20	19	18
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	85%%	100%	90%	100%	95%	90%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad Atención Progresiva del Paciente						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado reportado del trimestre es de 95%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras, una no cumple. Se revisan las 30 pautas; cumplen 28/30. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						

Mes /Año	Mayo, Junio, Julio 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	28 / 30					
% Cumplimiento	93,3%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Ped						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20 / 20	20 / 20	20 / 20	20 / 20	20 / 20	20 / 20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Ped						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Agosto, Septiembre y Octubre del 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Neo						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20 / 20	20 / 20	20 / 20	20 / 20	20 / 20	20 / 20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Neo						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Agosto, Septiembre y Octubre del 2015 p					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Gíneco -Obst						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 205	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20 / 20	20 / 20	20 / 20	17 / 17	13 / 13	15 / 15
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Gíneco -Obst						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa" El resultado del trimestre reportado de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de						

acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Mayo, Junio y Julio 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7					
	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Urg/Adulto Pediátrico						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	17	13	13	11	17	15
	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	85%	65%	65%	55%	85%	75%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Urg/Adulto Pediátrico						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de 71,6% Se selecciona una muestra aleatoria de 40 pautas de supervisión constatando el cumplimiento en 28/40. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Mayo, Junio y Julio 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	28					
	40					
% Cumplimiento	70%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Urg/Gíneco-Obst						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	19	20	18	20	20	20
	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	95%	100%	90%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Urg/Gíneco-Obst						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Administración de Medicamentos por Vía Endovenosa". El resultado del trimestre reportado de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Agosto, Septiembre y Octubre del 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7					
	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Vacunatorio Urg/ Adulto Pediátrico						
Observaciones**:** El Prestador no presenta Documento de Evaluación Periódica del Indicador						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Vacunatorio/ Obst. Neo						
Observaciones: El Prestador no presenta Documento de Evaluación Periódica del Indicador						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Vacunatorio/Salud del Personal						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Vacunatorio/ Salud del Personal						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo, junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Supervisión Mantención Cadena de Frio". El resultado del trimestre reportado es de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras; y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Mayo. Junio y Julio del 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observación 1: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediaciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.						
Observación 2: El Prestador no presenta documento de evaluación periódica del Indicador ni de evaluación en el 2° y 3er Elemento Medible, en el procedimiento Manejo Cadena de Frio, en los puntos asimilados al punto de verificación Vacunatorio.						

CARACTERÍSTICA GCL 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	PQ	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med	Ped.	Neo	Obst-gine	URG	Vacunatorio
Primer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Segundo elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Tercer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Umbral de la característica:≥ 75%	Puntaje total: 28/30				Porcentaje obtenido: 93,3%				Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA GCL 1.3 / HALLAZGOS

GCL 1.3 – Primer Elemento medible: Se describe en un documento el procedimiento de evaluación y manejo del dolor agudo y se ha definido los responsables de su aplicación.

PQ/ Recuperación: Pabellón Central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad				
Nombre del documento:" Protocolo Manejo del dolor post operatorio"				
Código: PT-PAB-01	Fecha elab: Diciembre 2011	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 00	N° páginas: 7
Elaborado por: Dr. Gerardo Valdivia. No consigna cargo.		Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall, Director Hospital Regional Antofagasta		
Responsable aplicación: Si				
Contenido: Se constata en todos los puntos de verificación, documento versión 00, no vigente de Diciembre 2011, denominado" Protocolo Manejo del dolor post operatorio". Dándose por no cumplido el elemento medible.				
CIR Ad: Servicio Cirugía, Pensionado Médico-Quirúrgico y Bloque Quirúrgico Especialidades				
Nombre del documento:" Protocolo Manejo del dolor post operatorio"				
Código: PT-PAB-01	Fecha elab: Diciembre 2011	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 00	N° páginas: 7
Elaborado por: Dr. Gerardo Valdivia. No consigna cargo.		Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall, Director Hospital Regional Antofagasta		
Responsable aplicación: Si				
Contenido: Se constata en todos los puntos de verificación, documento versión 00, no vigente de Diciembre 2011, denominado" Protocolo Manejo del dolor post operatorio". Dándose por no cumplido el elemento medible.				
Traumatología: Bloque Quirúrgico Especialidades				
Nombre del documento:" Protocolo Manejo del dolor post operatorio"				
Código: PT-PAB-01	Fecha elab: Diciembre 2011	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 00	N° páginas: 7
Elaborado por: Dr. Gerardo Valdivia. No consigna cargo.		Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall, Director Hospital Regional Antofagasta		
Responsable aplicación: Si				
Contenido: Se constata en todos los puntos de verificación, documento versión 00, no vigente de Diciembre 2011, denominado" Protocolo Manejo del dolor post operatorio". Dándose por no cumplido el elemento medible.				
Obst-gine				
Nombre del documento:" Protocolo Manejo del dolor post operatorio"				
Código: PT-PAB-01	Fecha elab: Diciembre 2011	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 00	N° páginas: 7
Elaborado por: Dr. Gerardo Valdivia. No consigna cargo.		Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall, Director Hospital Regional Antofagasta		
Responsable aplicación: Si				
Contenido: Se constata en todos los puntos de verificación, documento versión 00, no vigente de Diciembre 2011, denominado" Protocolo Manejo del dolor post operatorio".				

Dándose por no cumplido el elemento medible.

GCL 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

Observaciones: El procedimiento se encuentra no vigente. No cumple el elemento medible

GCL 1.3 – Tercer elemento medible: Se verifica constancia de la evaluación periódica

Observaciones: El Prestador declara que realiza evaluación periódica del Indicador, para ninguno de los puntos de verificación que le aplican, porque el procedimiento no se encuentra vigente. No cumple el 3er Elemento Medible de la Característica GCL 1.3..

GCL 1.3 – Cuarto elemento medible: Se constata: evaluación y manejo del dolor agudo en pacientes post-operados de acuerdo al procedimiento local.

Observaciones: No se realiza constatación de la evaluación y manejo del dolor agudo en pacientes post-operados ninguno de los puntos de verificación que le aplican por encontrarse no vigente el procedimiento local. Dándose por no cumplido el elemento medible en el punto de verificación.

CARACTERÍSTICA GCL 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1 - 0 - NA)	1° EM:	2° EM:	3° EM:	4° EM:
PQ General	0	0	0	0
CIR Ad	0	0	0	0
Traumatología	0	0	0	0
PQ Obst-gine	0	0	0	0
Umbral de la característica:≥ 50%	Puntaje total: 0/16		Porcentaje obtenido: 0%	Cumple: No

CARACTERÍSTICA GCL 1.4 / HALLAZGOS

GCL 1.4 – Primer elemento medible: Se describe en documentos el protocolo de reanimación cardiopulmonar avanzada y se han definido los responsables de su aplicación.

PQ: Pabellón Central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad				
Nombre del documento 1: "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto"				
Código: PO-UC-01	Versión: 02	Fecha: Noviembre 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 19
Elaborado por: Dr. Anthony Cataldo, Médico Jefe UCI Coronaria.			Aprobado por: Sr. Juan Urrutia, Director Hospital Regional Antofagasta.	
Responsable de la aplicación: Si				
Breve descripción del contenido del documento: Documento 1, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto", contiene el alcance, describe los estamentos a los que aplica el protocolo. En el punto 3 denominado "Responsables", las responsabilidades de las jefaturas de las unidades, Enfermera Supervisora y Enfermeros Clínicos. En el punto 6.3 denominado "Reanimación Cardiopulmonar Avanzada", describe los aspectos del manejo de la reanimación, de la siguiente forma: - Vía aérea. - Buena respiración. - Circulación. - Diagnóstico de ritmo de PCR. - Fármacos. En el punto 8.1.5.1 contienen la descripción de los roles a cumplir por el "TEAM de PCR", describe las acciones a realizar por cada estamento. Prestador presenta, documento versión anterior 01 de Noviembre 2012, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto".				
Nombre del documento 2: " Protocolo de Reanimación del Paro Cardiorrespiratorio Pediátrico"				
Código: PT- PED-02	Versión: 02	Fecha: Enero 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 14
Elaborado por: Dra. Pamela Schellman J, Pediatra Jefe UPCP.			Aprobado por: Dr. Edgardo Álvarez, Subdirector Médico, Hospital Regional de Antofagasta.	
Responsable de la aplicación: Sí				
Breve descripción del contenido del documento: Documento 2, denominado "Protocolo de Reanimación del Paro Cardiorrespiratorio Pediátrico", contiene el alcance del protocolo. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe la responsabilidad de: Médicos Jefes de Unidades Pediátricas, Enfermeras Supervisores de Unidades Pediátricas y de los integrantes del equipo de salud. En el punto 4.6 denominado "Equipo humano de reanimación", describe las acciones a realizar por cada estamento durante la reanimación cardiopulmonar, clasificado de la siguiente forma: - Médico 1. - Médico 2 o Enfermera 1. - Enfermera 2. - Técnico Paramédico 1. - Técnico paramédico 2.				

- Auxiliar de servicio.

En el punto 6 denominado "Desarrollo de la actividad", contiene la descripción del manejo de la Reanimación cardiopulmonar, separado en los siguientes aspectos:

- Vía aérea permeable.
- Ventilación.
- Circulación, incluye listado de las drogas a utilizar.
- Desfibrilación eléctrica, tipo de paletas y dosis de desfibrilación.

En el anexo 1 incluye Diagrama de "Flujo Reanimación Cardiorrespiratorio sin Pulso, PALS".

Nombre del documento 3: "Procedimiento Reanimación Cardiopulmonar Neonatal"

Código: PO- UPCNEO-00	Versión: 01	Fecha: Junio 2014	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 21

Elaborado por:	Aprobado por:
Roxana Maldonado C, Matrona Supervisora UPC Neonatal Dra. M. Ximena Sandoval P, Médico Jefe UPC Neonatal (S).	Dra. Juana Pérez, Directora (S) Hospital Clínico Regional Antofagasta.

Responsable de la aplicación: Sí

Breve descripción del contenido del documento:

Documento 3, denominado "Procedimiento Reanimación Cardiopulmonar Neonatal", contiene objetivo, alcance y principio. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe las responsabilidades de los siguientes estamentos:

- Médicos residentes.
- Médico tratante.
- Matrona o Enfermera Clínica.
- Técnico Paramédico.

En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", describe las acciones a realizar, en los siguientes ítem:

- Parte A (Vía Aérea).
- Parte B (Respiración).
- Parte C (Circulación).
- Parte D (Drogas).

En el punto 7.5 denominado "Algoritmo de Reanimación" contiene la descripción de la secuencia a realizar en la reanimación. En el anexo 1 denominado "Administración de Drogas en Reanimación Neonatal", describe listado de fármacos con las concentraciones, vía de administración, dosis, preparación y velocidad de administración.

PRO Hemodinamia

Nombre del documento: "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto"

Código: PO-UC-01	Versión: 02	Fecha: Noviembre 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 19

Elaborado por:	Aprobado por:
Dr. Anthony Cataldo, Médico Jefe UCI Coronaria.	Sr. Juan Urrutia, Director Hospital Regional Antofagasta.

Responsable de la aplicación: Si

Breve descripción del contenido del documento:

Documento versión actualizada, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto", contiene el alcance, describe los estamentos a los que aplica el protocolo. En el punto 3 denominado "Responsables", las responsabilidades de las jefaturas de las unidades, Enfermera Supervisora y Enfermeros Clínicos. En el punto 6.3 denominado "Reanimación Cardiopulmonar Avanzada", describe los aspectos del manejo de la reanimación, de la siguiente forma:

- Vía aérea.
- Buena respiración.
- Circulación.
- Diagnóstico de ritmo de PCR.
- Fármacos.

En el punto 8.1.5.1 contienen la descripción de los roles a cumplir por el "TEAM de PCR", describe las acciones a realizar por cada estamento.

Prestador presenta, documento versión anterior 01 de Noviembre 2012, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto".

UPC Ad: UCI Adulto, UTI MQ y UCI Coronaria

Nombre del documento 1 : "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto"

Código: PO-UC-01	Versión: 02	Fecha: Noviembre 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 19

Elaborado por:	Aprobado por:
Dr. Anthony Cataldo, Médico Jefe UCI Coronaria.	Sr. Juan Urrutia, Director Hospital Regional Antofagasta.

Responsable de la aplicación: Si

Breve descripción del contenido del documento:

Documento versión actualizada, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto", contiene el alcance, describe los estamentos a los que aplica el protocolo. En el punto 3 denominado "Responsables", las responsabilidades de las jefaturas de las unidades, Enfermera Supervisora y Enfermeros Clínicos. En el punto 6.3 denominado "Reanimación Cardiopulmonar Avanzada", describe los aspectos del manejo de la reanimación, de la siguiente forma:

- Vía aérea.
- Buena respiración.
- Circulación.
- Diagnóstico de ritmo de PCR.
- Fármacos.

En el punto 8.1.5.1 contienen la descripción de los roles a cumplir por el "TEAM de PCR", describe las acciones a realizar por cada estamento.

Prestador presenta, documento versión anterior 01 de Noviembre 2012, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto".

UPC Ped

Nombre del documento : " Protocolo de Reanimación del Paro Cardiorrespiratorio Pediátrico"

Código: PT- PED-02	Versión: 02	Fecha: Enero 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 14
Elaborado por: Dra. Pamela Schellman J, Pediatra Jefe UPCP.			Aprobado por: Dr. Edgardo Álvarez, Subdirector Médico, Hospital Regional de Antofagasta.	

Responsable de la aplicación: Si

Breve descripción del contenido del documento: "Protocolo de Reanimación del Paro Cardiorrespiratorio Pediátrico", contiene el alcance del protocolo. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe la responsabilidad de: Médicos Jefes de Unidades Pediátricas, Enfermeras Supervisores de Unidades Pediátricas y de los integrantes del equipo de salud. En el punto 4.6 denominado "Equipo humano de reanimación", describe las acciones a realizar por cada estamento durante la reanimación cardiopulmonar, ordenado de la siguiente forma:

- Médico 1.
- Médico 2 o Enfermera 1.
- Enfermera 2.
- Técnico Paramédico 1.
- Técnico paramédico 2.
- Auxiliar de servicio.

En el punto 6 denominado "Desarrollo de la actividad", contiene la descripción del manejo de la Reanimación cardiopulmonar, separado en los siguientes aspectos:

- Vía aérea permeable.
- Ventilación.
- Circulación, incluye listado de las drogas a utilizar.
- Desfibrilación eléctrica, tipo de paletas y dosis de desfibrilación.

En el anexo 1, incluye Diagrama de "Flujo Reanimación Cardiorrespiratorio sin Pulso, PALS".

UPC Neo

Nombre del documento: "Procedimiento Reanimación Cardiopulmonar Neonatal"

Código: PO- UPCNEO-00	Versión: 01	Fecha: Junio 2014	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 21
Elaborado por: Roxana Maldonado C, Matrona Supervisora UPC Neonatal Dra. M. Ximena Sandoval P, Médico Jefe UPC. Neonatal (S)			Aprobado por: Dra. Juana Pérez, Directora (S) Hospital Clínico Regional Antofagasta.	

Responsable de la aplicación: Si

Breve descripción del contenido del documento:
"Procedimiento Reanimación Cardiopulmonar Neonatal", contiene objetivo, alcance y principio. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe las responsabilidades de los siguientes estamentos:

- Médicos residentes.
- Médico tratante.
- Matrona o Enfermera Clínica.
- Técnico Paramédico.

En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", describe las acciones a realizar, ordenado en los siguientes ítem:

- Parte A (Vía Aérea).
- Parte B (Respiración).
- Parte C (Circulación).
- Parte D (Drogas).

En el punto 7.5 denominado "Algoritmo de Reanimación", contiene la descripción de la secuencia a realizar en la reanimación. En el anexo 1 denominado "Administración de Drogas en Reanimación Neonatal", describe listado de fármacos con las concentraciones, vía de administración, dosis, preparación y velocidad de administración, a utilizar.

Med: Servicio Medicina, Pensionado Médico-Quirúrgico y UAAP

Nombre del documento 1 : "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto"

Código: PO-UC-01	Versión: 02	Fecha: Noviembre 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 19
Elaborado por: Dr. Anthony Cataldo, Médico Jefe UCI Coronaria.			Aprobado por: Sr. Juan Urrutia, Director Hospital Regional Antofagasta.	

Responsable de la aplicación: Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento versión actualizada, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto", contiene el alcance, describe los estamentos a los que aplica el protocolo. En el punto 3 denominado "Responsables", las responsabilidades de las jefaturas de las unidades, Enfermera Supervisora y Enfermeros Clínicos. En el punto 6.3 denominado "Reanimación Cardiopulmonar Avanzada", describe los aspectos del manejo de la reanimación, de la siguiente forma:

- Vía aérea.
- Buena respiración.
- Circulación.
- Diagnóstico de ritmo de PCR.
- Fármacos.

En el punto 8.1.5.1 contienen la descripción de los roles a cumplir por el "TEAM de PCR", describe las acciones a realizar por cada estamento.
Prestador presenta, documento versión anterior 01 de Noviembre 2012, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto".

Ped

Nombre del documento : " Protocolo de Reanimación del Paro Cardiorrespiratorio Pediátrico"

Código: PT- PED-02	Versión: 02	Fecha: Enero 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 14
Elaborado por: Dra. Pamela Schellman J, Pediatra Jefe UPCP.			Aprobado por: Dr. Edgardo Álvarez, Subdirector Médico,	

	Hospital Regional de Antofagasta.
Responsable de la aplicación: Si	
Breve descripción del contenido del documento: "Protocolo de Reanimación del Paro Cardiorrespiratorio Pediátrico", contiene el alcance del protocolo. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe la responsabilidad de: Médicos Jefes de Unidades Pediátricas, Enfermeras Supervisores de Unidades Pediátricas y de los integrantes del equipo de salud. En el punto 4.6 denominado "Equipo humano de reanimación", describe las acciones a realizar por cada estamento durante la reanimación cardiopulmonar, ordenado de la siguiente forma: - Médico 1. - Médico 2 o Enfermera 1. - Enfermera 2. - Técnico Paramédico 1. - Técnico paramédico 2. - Auxiliar de servicio. En el punto 6 denominado "Desarrollo de la actividad", contiene la descripción del manejo de la Reanimación cardiopulmonar, separado en los siguientes aspectos: - Vía aérea permeable. - Ventilación. - Circulación, incluye listado de las drogas a utilizar. - Desfibrilación eléctrica, tipo de paletas y dosis de desfibrilación. En el anexo 1, incluye Diagrama de "Flujo Reanimación Cardiorrespiratorio sin Pulso, PALS".	
URG: Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica	
Nombre del documento 1: "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto"	
Código: PO-UC-01 | Versión: 02 | Fecha: Noviembre 2015 | Fecha vigencia: 5 años | N° páginas: 19	
Elaborado por: Dr. Anthony Cataldo, Médico Jefe UCI Coronaria.	Aprobado por: Sr. Juan Urrutia, Director Hospital Regional Antofagasta.
Responsable de la aplicación: Si	
Breve descripción del contenido del documento: Documento 1, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto", contiene el alcance, describe los estamentos a los que aplica el protocolo. En el punto 3 denominado "Responsables", las responsabilidades de las jefaturas de las unidades, Enfermera Supervisora y Enfermeros Clínicos. En el punto 6.3 denominado "Reanimación Cardiopulmonar Avanzada", describe los aspectos del manejo de la reanimación, de la siguiente forma: - Vía aérea. - Buena respiración. - Circulación. - Diagnóstico de ritmo de PCR. - Fármacos. En el punto 8.1.5.1 contienen la descripción de los roles a cumplir por el "TEAM de PCR", describe las acciones a realizar por cada estamento. Prestador presenta, documento versión anterior 01 de Noviembre 2012, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto".	
Nombre del documento 2: " Protocolo de Reanimación del Paro Cardiorrespiratorio Pediátrico"	
Código: PT- PED-02 | Versión: 02 | Fecha: Enero 2015 | Fecha vigencia: 5 años | N° páginas: 14	
Elaborado por: Dra. Pamela Schellman J, Pediatra Jefe UPCP.	Aprobado por: Dr. Edgardo Álvarez, Subdirector Médico, Hospital Regional de Antofagasta.
Responsable de la aplicación: Sí	
Breve descripción del contenido del documento: Documento 2, denominado "Protocolo de Reanimación del Paro Cardiorrespiratorio Pediátrico", contiene el alcance del protocolo. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe la responsabilidad de: Médicos Jefes de Unidades Pediátricas, Enfermeras Supervisores de Unidades Pediátricas y de los integrantes del equipo de salud. En el punto 4.6 denominado "Equipo humano de reanimación", describe las acciones a realizar por cada estamento durante la reanimación cardiopulmonar, clasificado de la siguiente forma: - Médico 1. - Médico 2 o Enfermera 1. - Enfermera 2. - Técnico Paramédico 1. - Técnico paramédico 2. - Auxiliar de servicio. En el punto 6 denominado "Desarrollo de la actividad", contiene la descripción del manejo de la Reanimación cardiopulmonar, separado en los siguientes aspectos: - Vía aérea permeable. - Ventilación. - Circulación, incluye listado de las drogas a utilizar. - Desfibrilación eléctrica, tipo de paletas y dosis de desfibrilación. En el anexo 1 incluye Diagrama de "Flujo Reanimación Cardiorrespiratorio sin Pulso, PALS".	
Nombre del documento 3: "Procedimiento Reanimación Cardiopulmonar Neonatal"	
Código: PO- UPCNEO-00 | Versión: 01 | Fecha: Junio 2014 | Fecha vigencia: 5 años | N° páginas: 21	
Elaborado por: Roxana Maldonado C, Matrona Supervisora UPC Neonatal – Dra. M. Ximena Sandoval P, Médico Jefe UPC Neonatal (S).	Aprobado por: Dra. Juana Pérez, Directora (S) Hospital Clínico Regional Antofagasta.
Responsable de la aplicación: Sí	
Breve descripción del contenido del documento:	

Documento 3, denominado "Procedimiento Reanimación Cardiopulmonar Neonatal", contiene objetivo, alcance y principio. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe las responsabilidades de los siguientes estamentos:

- Médicos residentes.
- Médico tratante.
- Matrona o Enfermera Clínica.
- Técnico Paramédico.

En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", describe las acciones a realizar, en los siguientes ítem:

- Parte A (Vía Aérea).
- Parte B (Respiración).
- Parte C (Circulación).
- Parte D (Drogas).

En el punto 7.5 denominado "Algoritmo de Reanimación" contiene la descripción de la secuencia a realizar en la reanimación. En el anexo 1 denominado "Administración de Drogas en Reanimación Neonatal", describe listado de fármacos con las concentraciones, vía de administración, dosis, preparación y velocidad de administración.

APD				
Nombre del documento 1 : "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto"				
Código: PO-UC-01	Versión: 02	Fecha: Noviembre 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 19
Elaborado por: Dr. Anthony Cataldo, Médico Jefe UCI Coronaria.			Aprobado por: Sr. Juan Urrutia, Director Hospital Regional Antofagasta.	
Responsable de la aplicación: Si				

Breve descripción del contenido del documento:
Documento versión actualizada, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto", contiene el alcance, describe los estamentos a los que aplica el protocolo. En el punto 3 denominado "Responsables", las responsabilidades de las jefaturas de las unidades, Enfermera Supervisora y Enfermeros Clínicos. En el punto 6.3 denominado "Reanimación Cardiopulmonar Avanzada", describe los aspectos del manejo de la reanimación, de la siguiente forma:

- Vía aérea.
- Buena respiración.
- Circulación.
- Diagnóstico de ritmo de PCR.
- Fármacos.

En el punto 8.1.5.1 contienen la descripción de los roles a cumplir por el "TEAM de PCR", describe las acciones a realizar por cada estamento.
Prestador presenta, documento versión anterior 01 de Noviembre 2012, denominado "Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada del Adulto".

CARACTERÍSTICA GCL 1.4 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	PQ	PRO Hemodinamia	UPC Ad	UPC Ped.	UPC Neo.	Med.	Ped.	URG.	APD
1° elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%		Puntaje total: 9/9		Porcentaje obtenido: 100%				Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA GCL 1.5 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

GCL 1.5– Primer elemento medible: Se describen en un documento de carácter institucional los criterios clínicos de ingreso y egreso a **cada Unidad de Paciente Crítico** y se ha definido los responsables de su aplicación.

Dirección Médica y/o Gerencia del Prestador					
Nombre del documento I: Procedimiento "Ingreso y Egreso de Pacientes a la Unidad de Paciente Crítico Adulto"					
N° Resolución: .6092 del 14/06/2013	Versión:01		Fecha: Mayo 2013		
Elaborado por: Dr Franklin Cobeña Pisco, Médico Unidad de Pacientes Críticos		Aprobado por: Doctor Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años		N° páginas:17		
Incluye (Si/No)	1. Criterios de ingreso a UPC	Si	2. Criterios de egreso de UPC	Si	
Responsable de la aplicación: Si					

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Ingreso y Egreso de Paciente Crítico Adulto", código PC UPCA-01, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidad, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a los profesionales médicos que se desempeñan en el Hospital. Los responsables de su cumplimiento y aplicación son: Encargado del Centro de Responsabilidad, Jefatura de la Unidad, Médico Tratante, Médicos de continuidad y Médico de turno.
En el punto 4. "Definiciones", describe 4 tipos de prioridades de clasificación de pacientes. En el punto 7."Descripción del Proceso", establece los criterios de ingreso y egreso a UPC.

1. Criterios de Ingreso:
   - Ingreso según prioridad, el ingreso se realiza según la clasificación de prioridad 1, 2, 3 y 4, la cual estratifica al paciente conforme a gravedad, patologías y discapacidad previa, pronóstico y calidad de sobrevida.
   - Ingreso según capacidad de soporte terapéutico de la Unidad:
     - UCI: ingreso de pacientes que requieran soporte de ventilación mecánica invasiva y/o monitoreo de alta complejidad.

o UTI MQ: ingresan pacientes que requieran soporte de ventilación mecánica no compleja y/o monitoreo hemodinámico de mediana complejidad. 2. Criterios de Egreso, entre otros: - Pacientes estables clínicamente, que no requieran ventilación mecánica, ni monitoreo con drogas vasoactivas. - Pacientes en terapia intensiva con evolución desfavorable. - Indicación de limitación del esfuerzo terapéutico En el punto 8. "Anexos", incluye: Proceso de Ingreso del paciente a la unidad de paciente crítico; Apache II clasificación según gravedad y mortalidad; Índice de Barthel y Proceso de egreso del paciente de Unidad Paciente crítico.

Nombre del documento II: "Protocolo Criterios de Ingreso y Egreso de Pacientes Adultos a UCI Coronaria"					
N° Resolución: 4484 del 20/03/2014	Versión:00			Fecha: Febrero 2014	
Elaborado por: Dra. Ivonne Fernández, Médico UCI Coronaria, HRA		Aprobado por: Dr. Juan Mattatal L., Director Hospital Regional Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años			N° páginas:13	
Incluye (Si/No)	1. Criterios de ingreso a UPC	Si	2. Criterios de egreso de UPC		Si
Responsable de la aplicación: Si					
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Protocolo Criterios de Ingreso y Egreso de Pacientes Adultos a UCI Coronaria, código PC UC-05, que incluye, entre otros aspectos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes que se atiendan en el Hospital. Los responsables de su cumplimiento y aplicación son: Médico Jefe UCI Coronaria, Médico Tratante y Médico residente de turno. En el punto 6. "Desarrollo de la actividad", establece los criterios de ingreso y egreso a UCI Coronaria. 1. Criterios de Ingreso: - Ingreso según prioridad, el ingreso se realiza según la clasificación de prioridad 1, 2, 3 y 4, la cual estratifica al paciente conforme a gravedad, patologías y discapacidad previa, pronóstico y calidad de sobrevida. - Ingreso por diagnóstico, detalla condiciones o enfermedades específicas, entre ellas: o Síndrome coronario agudo o Edema pulmonar agudo cardiogénico o Shock cardiogénico o Arritmias 2. Criterios de Egreso: - Pacientes estables que no requieren monitorización ni cuidados intensivos - Pacientes sin respuesta a tratamiento y nuevas intervenciones no mejorarán su condición - Fallecimiento					

Nombre del documento III: Instructivo Criterios de Ingreso y Egreso Unidad de Paciente Crítico Pediátrico					
N° Resolución: 0142 del 09/01/2014	Versión:01			Fecha: Diciembre 2013	
Elaborado por: Dra. Pamela Schellman, Jefe UCI Pediátrica		Aprobado por: Dr. Juan Matattall Lankin, Director Hospital Regional Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años			N° páginas: 8	
Incluye (Si/No)	1. Criterios de ingreso a UPC	Si	2. Criterios de egreso de UPC		Si
Responsable de la aplicación: Si					
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Instructivo Criterios de Ingreso y Egreso Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, código IT-UPCP-01, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes que requieran monitorización continua o manejo con apoyo intensivo y a los médicos y personal de enfermería de la Unidad. Los responsables de su cumplimiento y aplicación son: Médico tratante Unidad de origen, Médico de continuidad UPC, Médico residente UPC y Enfermeras clínicas de Unidad de origen y UPC. En Anexo N° 1 se detallan los criterios de ingreso a UPC Pediátrica: 1. Criterios de Ingreso a Cuidado Intensivo: - Pacientes agudos inestables, que requieran ventilación mecánica, monitorización hemodinámica, drogas vasoactivas - Pacientes en riesgo de inestabilidad hemodinámica - Pacientes con enfermedad crónica con complicación aguda reversible. 2. Criterios de Ingreso a Cuidado Intermedio, entre ellos: - Pacientes con enfermedades agudas o crónicas reagudizadas que requieran monitorización continua y cuidados de mediana complejidad - Pacientes post operados de mediana complejidad - Pacientes que han superado el periodo crítico - Pacientes con apoyo de ventilación mecánica mínima o no invasiva En Anexo N° 2 se detallan los criterios de egreso de UPC Pediátrica: 1. Criterios de Egreso desde una cama de Cuidado Intensivo: - Pacientes con estabilidad clínica sin apoyo intensivo idealmente al menos 24 horas - Pacientes cuya evolución no tenga beneficio o recuperación con terapia intensiva. 2. Criterios de Egreso desde una cama de Cuidado Intermedio, entre ellos: - Paciente con condición aguda que motivó ingreso resuelta - Pacientes con necesidad crónica de ventilación mecánica que pueda ser manejada en domicilio. - Niños con traqueostomía estable.					

Nombre del documento IV: Instructivo Criterios de Ingreso y Egreso Unidad de Paciente Critico Neonatal			
N° Resolución: 14463 del 03/12/2013	Versión:01		Fecha: Marzo 2013
Elaborado por:		Aprobado por:	

Roxana Maldonado C., Matrona Supervisora Dra. Olga Cerda Médico Jefe Unidad Paciente Crítico Neonatológico			Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta.		
Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 3 años		N° páginas: 17	
Incluye (Si/No)	1. Criterios de ingreso a UPC	Si	2. Criterios de egreso de UPC	Si	
Responsable de la aplicación: Si					

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Instructivo Criterios de Ingreso y Egreso Unidad de Paciente Critico Neonatal, código IT-NEO-01, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todo recién nacido que se admita en la Unidad. Los responsables de su cumplimiento y aplicación son: Médico residente, Médico Jefe UPC Neonatal, Médico Jefe Neonatología, Médico tratante, Matrona o Enfermeras clínica, Técnico paramédico.
En Anexo N° 1 se detallan los criterios de ingreso y egreso a UCI Neonatal

1. Criterios de Ingreso, entre otros:
   - Recién nacido que requiere oxigenoterapia con FIO 2 mayor de 0.40 o inestable en ascenso
   - Recién nacido que requiere ventilación mecánica o CPAP
   - Recién nacido con inestabilidad cardo – circulatoria
   - Recién nacido con peso inferior a 1000 gramos
   - Recien Nacido con crisis convulsiva en etapa aguda
   - Recién nacido con Sepsias o meningitis bacteriana
2. Criterios de Egreso, entre otros:
   - Recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica sin convulsiones
   - Recién nacido con infección controlada, hemodinamia estable, sin drogas vasoactivas.
   - Recién nacido sin apneas por más de 48 horas.

En Anexo N° 2 se detallan los criterios de ingreso y egreso a "TIM" (Intermedio) Neonatal

3. Criterios de Ingreso, entre otros:
   - Requerimiento de oxigenoterapia con FIO 2 menor de 0.40
   - Requerimiento de incubadora o cuna calefaccionada
   - Necesidad de monitoreo cardíaco y/o respiratorio y/o saturación
4. Criterios de Egreso, entre otros:
   - Paciente estabilizado sin dificultad respiratoria y sin oxígeno adicional
   - Paciente que ha completado peso y puede retirarse de incubadora
   - Recién nacido prematuro "en engorda", estabilizado, con alimentación enteral completa.

Se constata documento descrito en los siguientes puntos de verificación:

Dirección	PQ	UPC Ad	UPC Ped.	UPC Neo.	Med.	Ped.	URG.
Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si

Observaciones:
Los documentos descritos en cuadros precedentes se constatan en las Unidades Clínicas que conforman los puntos de verificación a los que aplica el elemento medible, con la siguiente distribución:

1. Documento "Procedimiento Ingreso y Egreso de Pacientes a la Unidad de Paciente Crítico Adulto", constatado en:
   - PQ: Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular
   - UPC Ad: UCI Adulto, UTI MQ y UCI Coronaria.
   - Med: Servicio de Medicina, Pensionado Médico-Quirúrgico y UAPP (Unidad Atención Paciente Progresivo).
   - URG: Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco–Obstétrica.
2. Documento "Protocolo Criterios de Ingreso y Egreso de Pacientes Adultos a UCI Coronaria", constatado en:
   - PQ: Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular
   - UPC Ad: UCI Coronaria.
   - Med: Servicio de Medicina, Pensionado Médico-Quirúrgico y UAPP (Unidad Atención Paciente Progresivo).
   - URG: Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco–Obstétrica.
3. Documento "Instructivo Criterios de Ingreso y Egreso Unidad de Paciente Crítico Pediátrico", constatado en:
   - PQ: Pabellón Central
   - UPC Ped: UCI y TIM Pediátrico.
   - Ped.: Servicio de Pediatría.
   - URG: Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica
4. Documento "Instructivo Criterios de Ingreso y Egreso Unidad de Paciente Critico Neonatal", constatado en:
   - PQ: Pabellón Central y Pabellón Maternidad
   - UPC Neo: UCI-UTI Neonatología.
   - URG: Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco–Obstétrica.

CARACTERÍSTICA GCL 1.5 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección	PQ	UPC Ad	UPC Ped.	UPC Neo.	Med.	Ped.	URG.
1° elemento medible	1	1	0	1	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 7/8			Porcentaje obtenido:88%			Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA GCL 1.6 /HALLAZGOS

GCL 1.6 – Primer elemento medible: Se describen en un documento de carácter institucional los criterios de indicación de cesárea y se han definido los responsables de su aplicación.

Obstetricia-Ginecología					
Nombre del documento	Procedimiento " Criterios de Indicación Médica de Cesárea"				
N° Resolución: 4292 Código: PO- GYO-03	Versión: 02	Fecha Resolución:23 Mayo 2015 Fecha documento: Mayo 2015			
Elaborado por: Isabel Alfaro Bacovich, Matrona Supervisora (S)- Dayanna Hernández G, Matrona Supervisora		Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N, Director (S) Hospital Regional Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años		N° páginas: 9		
Define (Si/No)	1. Criterios de indicación de cesárea	Si	2. Responsable de la aplicación	Si	
Observaciones: Documento "Criterios de Indicación Médica de Cesárea", contiene objetivo y alcance. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe el estamento médico y la responsabilidad que le corresponde: Médico Jefe de Unidad Asistencial es quien supervisa y evalúa el cumplimiento de los criterios establecidos en el procedimiento y el Médico tratante es quien cumple con lo establecido en el procedimiento. En el punto 7 denominado "Descripción del Procedimiento", incluye en el punto 7.1 "Indicación de la operación cesárea", la clasificación y descripción, por las siguientes causas: - Causas Fetal. - Causa Ovular. - Causas Maternas. En el punto 7.2 denominado "Indicaciones de Cesárea", establece que éstas deben realizarse de acuerdo a la situación clínica obstétrica-perinatal de cada caso clínico, detalla listado de situaciones. En el punto 7.3 denominado "Indicaciones Estandarizadas de Cesárea", incluye en el punto 7.3.1 denominado "Cesáreas de urgencias", describe por grupo del 1 al 5 las condiciones asociadas a dicha indicación. En el punto 7.3.2 denominado "Cesáreas Programadas", incluye listado de condiciones asociadas a dicha indicación.				

GCL 1.6 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

Obstetricia-Ginecología	
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes operadas de cesáreas, en el Servicio de Obstetricia y Ginecología que cumplen el criterio de Indicación de cesárea según protocolo definido
Fórmula matemática	N° de pacientes operadas de cesárea que cumplen criterios de indicación, según protocolo x 100 N° total de pacientes operadas de cesárea.
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 1.6 – Tercer elemento medible: Se verifica constancia de evaluación periódica

Obstetricia-Ginecología						
Nombre documento	Informe de Evaluación Periódica del Indicador					
Responsable medición	Matrona de puerperio quirúrgico aplica las pautas Matrona Supervisora tabula las pautas					
Información primaria	Ficha clínica del paciente					
Información secundaria	Pautas de supervisión					
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015					
Metodología de medición	Prestador declara que el Dpto. de Calidad determinó realizar 20 pautas de supervisión mensual para el Indicador. Randomiza los días y las camas, aplica las pautas a dichas fichas clínicas y completa hasta las 20 solicitadas por el Dpto. de Calidad.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Obst-gine						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Obst-gine						
Describir constatación**:** Se selecciona el periodo 3er Trimestre 2015 (Julio – Agosto - Septiembre), del periodo de retrospectividad evaluado, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. Se selecciona por muestreo sistematizado (60/30= 2) desde la pauta número 2 del mes de Julio hasta completar 30. Dado que las 7 primeras cumplen con los criterios establecidos en el indicador (7/7=100%), se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.						
Mes /Año	3er Trimestre 2015 (Julio – Agosto – Septiembre)					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA GCL 1-6 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Obstetricia Ginecología	1° EM: 1	2° EM:1	3° EM:1

Umbral de la característica:≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA GCL 1.7 / HALLAZGOS

GCL 1.7 Primer elemento medible: Se describen en un documento de carácter institucional los criterios de indicación médica de transfusión, considerando tipo de hemocomponentes y número de unidades.

Dirección Médica y/o Gerencia del Prestador						
Nombre del documento: "Procedimiento Indicación de Transfusión"						
N° Resolución: 3891 Código: PO- UMT-01	Versión: 01		Fecha RESOLUCIÓN : 7 Mayo 2013 Fecha documento: Mayo 2013			
Elaborado por: Dra. Natalia Valenzuela S - TM. Ana María Cuellar A. No consigna cargo.		Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L, Director Hospital Dr. Leonardo Guzmán – Antofagasta.				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 4 años		N° páginas: 29			
Considera (Si/No)	1. Criterios de indicación médica	Si	2. Tipo de hemocomponentes	Si	3. N° de unidades	Si
Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación:						
Dirección	PQ	UPC Ad	APD	URG	APQ	
Si	Si	Si	Si	Si	Si	

Observaciones:
Documento "Procedimiento Indicación de Transfusión", contiene un único Objetivo, alcance y definiciones. En el punto 4. "Responsabilidades", describe las responsabilidades de las siguientes áreas y estamentos:

- Comité de Medicina Transfusional.
- UMT.
- Médico tratante.
- Enfermera o Matrona de las Unidades Clínicas y de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.
- Tecnólogo médico de la "UMT".

En el punto 7. "Descripción del Proceso", punto 7.1. "Solicitud de Hemocomponentes", describe explícitamente que debe ser realizada por el Médico Tratante, Quien evalúa, decide la indicación de transfusión, informa al paciente, obtiene el consentimiento informado, registra en formulario de solicitud de dosis, tipo de hemocomponentes y oportunidad de la transfusión. En el punto 7.1.6. "Solicitud de hemocomponentes en situaciones de emergencia", describe la forma de realizar la solicitud con carácter de "EMERGENCIA". En el punto 7.1.7. "Solicitud de hemocomponentes desde pabellón" describe el requerimiento de muestras para dicha solicitud y los registros a realizar. En el punto 7.1.7.2. Pacientes no programados en tabla quirúrgica", indica que la solicitud es telefónica, en conjunto con el envío de la solicitud y muestra del paciente.
En el punto 8. "Anexos" incluye Anexo 1: Indicación de Hemocomponentes y Anexo 2: Indicador Pertinencia de la Solicitud de Transfusión según tipo de Hemocomponentes y Número de Unidades.
En el Anexo 1. Indicación de Transfusión de Hemocomponentes, detalla por tipo de hemocomponente los criterios de indicación y rendimiento:

a. Indicación de Transfusión de Glóbulos Rojos", contiene los siguientes puntos, entre otros:
   1. Rendimiento por unidades de concentrado de glóbulos rojos transfundido y nivel de hematocrito y hemoglobina, describe de forma explícita que una unidad de Glóbulos Rojos eleva la Hemoglobina en 1 g/dl y el Hematocrito en 3 a 4 puntos porcentuales.
   2. Cuadro con la siguiente información: volumen por unidad, conservación, dosis para adulto que corresponderá una unidad de hematíes que eleva la hemoglobina en 1 g/dl y para niños, en 10 – 20 ml/Kg, duración de la transfusión y velocidad de transfusión.
   3. Indicación: contiene listado con las condiciones médicas para transfusión:
      - Anemia en adulto.
      - Pacientes con indicación quirúrgica y anemia.
      - Anemia en la embarazada.
      - Anemia crónica.
      - Pacientes oncológicos.
      - Pacientes pediátricos, Neonatos y lactantes menores de 4 meses vida.
      - Pacientes pediátricos. Niños mayores de 4 meses vida.
      - Pérdida aguda de sangre.

b. Indicaciones de Transfusión de Plaquetas, contiene los siguientes puntos, entre otros:
   1. Rendimiento según Unidades plaquetarias.
   2. Dosis para adulto, calculado por 1 concentrado por cada 10 kilos (5 a 6 unidades) y pacientes pediátricos y neonatos, calculado por peso de 15ml/kg o 1 unidad por cada 5 -10 kg. Con la recomendación de no transfundir más de 6 unidades por día, duración y velocidad de transfusión.
   3. Indicación: Incluye listado de condiciones de:
      - Neonatos menores de 1 mes o prematuros menores de 4 meses de edad gestacional corregida.
      - Pacientes lactantes y adulto; con trombocitopenia o disfunción plaquetaria.

c. Indicaciones de Plasma Fresco Congelado, contiene los siguientes puntos:
   1. Rendimiento según dosis.
   2. Dosis para adulto y pacientes pediátricos, calculadas por peso, 10-20 ml/kg peso, en caso de neutralizar el efecto de anticoagulantes orales la recomendación es ajustar la dosis a 5-8 ml/kg peso, duración y velocidad de transfusión.
   3. Indicación: Describe las condiciones específicas de indicación y las situaciones asociadas con hemorragia grave y alteraciones de las pruebas de coagulación.

d. Indicación de Crioprecipitados, contiene los siguientes puntos:
   1. Rendimiento según dosis.
   2. Dosis para adulto y pacientes pediátricos, calculada por peso, 1 unidad por cada 10 kg inicialmente y seguir según evolución, duración y velocidad de transfusión.

3. Indicación: Describe las situaciones puntuales de indicación.

El documento se constata en los siguientes servicios clínicos que conforman los puntos de verificación a los que aplica el elemento medible, con la siguiente distribución:

- PQ: Pabellón Central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad.
- UPC Ad: UCI adulto, UTI MQ y UCI Coronaria.
- APD
- Urgencia: Emergencia Adulto, Pediátrica y Emergencia Gíneco - Obstétrica.
- APQ: Quimioterapia Adulto y Quimioterapia Infantil.

GCL 1.7 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

PQ: Pabellón Central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad		
Nombre del indicador	Pertinencia de la Solicitud de Transfusión según tipo de Hemocomponentes y Número de Unidades	
Fórmula matemática	(N° de Solicitudes de transfusión pertinentes / N° de solicitudes de transfusión en un trimestre) x 100	
Umbral de cumplimiento: 80%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad: UCI adulto, UTI MQ y UCI Coronaria		
Nombre del indicador	Pertinencia de la Solicitud de Transfusión según tipo de Hemocomponentes y Número de Unidades	
Fórmula matemática	(N° de Solicitudes de transfusión pertinentes / N° de solicitudes de transfusión en un trimestre) x 100	
Umbral de cumplimiento: 80%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
APD		
Nombre del indicador	Pertinencia de la Solicitud de Transfusión según tipo de Hemocomponentes y Número de Unidades	
Fórmula matemática	(N° de Solicitudes de transfusión pertinentes / N° de solicitudes de transfusión en un trimestre) x 100	
Umbral de cumplimiento: 80%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
URG: Emergencia Adulto, Pediátrica y Emergencia Gíneco – Obstétrica		
Nombre del indicador	Pertinencia de la Solicitud de Transfusión según tipo de Hemocomponentes y Número de Unidades	
Fórmula matemática	(N° de Solicitudes de transfusión pertinentes / N° de solicitudes de transfusión en un trimestre) x 100	
Umbral de cumplimiento: 80%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
APQ: Quimioterapia Adulto y Quimioterapia Infantil		
Nombre del indicador	Pertinencia de la Solicitud de Transfusión según tipo de Hemocomponentes y Número de Unidades	
Fórmula matemática	(N° de Solicitudes de transfusión pertinentes / N° de solicitudes de transfusión en un trimestre) x 100	
Umbral de cumplimiento: 80%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 1.7 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

PQ: Pabellón Central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad	
Nombre documento	Memorando de Indicador Característica GCL 1.7. Resultado de Medición del Indicador pertinencia de transfusión emitido por Banco de Sangre.
Responsable medición	Jefe Banco de Sangre
Fuente primaria	Solicitud de Transfusión
Fuente secundaria	Planilla de reporte con causa de no pertinencia por pacientes
Periodo evaluado	2° y 3er Trimestre 2015
Metodología de medición	La Médico Jefe de Banco de sangre revisa el universo de las solicitudes de Transfusión de Glóbulos Rojos, Plaquetas y Plasma Fresco congelado enviadas desde las Unidades Clínicas de Pabellón Central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón Maternidad, chequeando se cumplan los criterios de pertinencia de la indicación de transfusión de acuerdo a lo establecido en el procedimiento institucional. Consigna "Ok" en la solicitud si cumple los criterios y en aquellas que no cumplen escribe en la solicitud la causa de la no pertinencia. La secretaria de Banco de Sangre es la encargada de tabular las solicitudes antes descritas y transcribir las causas de no pertinencia descritas en la solicitud. El informe es enviado a los Jefes de las Unidades Clínicas trimestralmente, aprobado por la Jefa de Banco Sangre y considera: el resultado cuantitativo del indicador por hemocomponente y Unidad, el análisis global de los incumplimientos por Unidad junto a las recomendaciones clínicas que permiten evitar su recurrencia y una nómina con el detalle de las solicitudes no pertinentes que incluye la Unidad, el médico y la fecha de la solicitud, el nombre del paciente, el tipo de hemocomponente solicitado, la causa de la indicación y la causa de la no pertinencia de la solicitud.
UPC Ad: UCI adulto, UTI MQ y UCI Coronaria	
Nombre documento	Memorando de Indicador Característica GCL 1.7. Resultado de Medición del Indicador pertinencia de transfusión emitido por Banco de Sangre.
Responsable medición	Jefe Banco de Sangre
Fuente primaria	Solicitud de Transfusión
Fuente secundaria	Planilla de reporte con causa de no pertinencia por pacientes
Periodo evaluado	2° y 3er Trimestre 2015
Metodología de medición	La Médico Jefe de Banco de sangre revisa el universo de las solicitudes de Transfusión de Glóbulos Rojos, Plaquetas y Plasma Fresco congelado enviadas desde las Unidades Clínicas de UCI adulto, UTI MQ y UCI Coronaria, chequeando se cumplan los criterios de pertinencia de la indicación de

	transfusión de acuerdo a lo establecido en el procedimiento institucional. Consigna "Ok" en la solicitud si cumple los criterios y en aquellas que no cumplen escribe en la solicitud la causa de la no pertinencia. La secretaria de Banco de Sangre es la encargada de tabular las solicitudes antes descritas y transcribir las causas de no pertinencia descritas en la solicitud. El informe es enviado a los Jefes de las Unidades Clínicas trimestralmente, aprobado por la Jefa de Banco Sangre y considera: el resultado cuantitativo del indicador por hemocomponente y Unidad, el análisis global de los incumplimientos por Unidad junto a las recomendaciones clínicas que permiten evitar su recurrencia y una nómina con el detalle de las solicitudes no pertinentes que incluye la Unidad, el médico y la fecha de la solicitud, el nombre del paciente, el tipo de hemocomponente solicitado, la causa de la indicación y la causa de la no pertinencia de la solicitud.
APD	
Nombre documento	Memorando de Indicador Característica GCL 1.7. Resultado de Medición del Indicador pertinencia de transfusión emitido por Banco de Sangre.
Responsable medición	Jefe Banco de Sangre
Fuente primaria	Solicitud de Transfusión
Fuente secundaria	Planilla de reporte con causa de no pertinencia por pacientes
Periodo evaluado	2° y 3er Trimestre 2015
Metodología de medición	La Médico Jefe de Banco de sangre revisa el universo de las solicitudes de Transfusión de Glóbulos Rojos, Plaquetas y Plasma Fresco congelado enviadas desde la Unidad, chequeando se cumplan los criterios de pertinencia de la indicación de transfusión de acuerdo a lo establecido en el procedimiento institucional. Consigna "Ok" en la solicitud si cumple los criterios y en aquellas que no cumplen escribe en la solicitud la causa de la no pertinencia. La secretaria de Banco de Sangre es la encargada de tabular las solicitudes antes descritas y transcribir las causas de no pertinencia descritas en la solicitud. El informe es enviado a los Jefes de las Unidades Clínicas trimestralmente, aprobado por la Jefa de Banco Sangre y considera: el resultado cuantitativo del indicador por hemocomponente y Unidad, el análisis global de los incumplimientos por Unidad junto a las recomendaciones clínicas que permiten evitar su recurrencia y una nómina con el detalle de las solicitudes no pertinentes que incluye la Unidad, el médico y la fecha de la solicitud, el nombre del paciente, el tipo de hemocomponente solicitado, la causa de la indicación y la causa de la no pertinencia de la solicitud.
URG: Emergencia Adulto, Pediátrica y Emergencia Gíneco – Obstétrica	
Nombre documento	Memorando de Indicador Característica GCL 1.7. Resultado de Medición del Indicador pertinencia de transfusión emitido por Banco de Sangre.
Responsable medición	Jefe Banco de Sangre
Fuente primaria	Solicitud de Transfusión
Fuente secundaria	Planilla de reporte con causa de no pertinencia por pacientes
Periodo evaluado	2° y 3er Trimestre 2015
Metodología de medición	La Médico Jefe de Banco de sangre revisa el universo de las solicitudes de Transfusión de Glóbulos Rojos, Plaquetas y Plasma Fresco congelado enviadas desde las Unidades Clínicas de Emergencia Adulto, Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica, chequeando se cumplan los criterios de pertinencia de la indicación de transfusión de acuerdo a lo establecido en el procedimiento institucional. Consigna "Ok" en la solicitud si cumple los criterios y en aquellas que no cumplen escribe en la solicitud la causa de la no pertinencia. La secretaria de Banco de Sangre es la encargada de tabular las solicitudes antes descritas y transcribir las causas de no pertinencia descritas en la solicitud. El informe es enviado a los Jefes de las Unidades Clínicas trimestralmente, aprobado por la Jefa de Banco Sangre y considera: el resultado cuantitativo del indicador por hemocomponente y Unidad, el análisis global de los incumplimientos por Unidad junto a las recomendaciones clínicas que permiten evitar su recurrencia y una nómina con el detalle de las solicitudes no pertinentes que incluye la Unidad, el médico y la fecha de la solicitud, el nombre del paciente, el tipo de hemocomponente solicitado, la causa de la indicación y la causa de la no pertinencia de la solicitud.
APQ: Quimioterapia Adulto y Quimioterapia Infantil	
Nombre documento	Memorando de Indicador Característica GCL 1.7. Resultado de Medición del Indicador pertinencia de transfusión emitido por Banco de Sangre.
Responsable medición	Jefe Banco de Sangre
Fuente primaria	Solicitud de Transfusión
Fuente secundaria	Planilla de reporte con causa de no pertinencia por pacientes
Periodo evaluado	2° y 3er Trimestre 2015
Metodología de medición	La Médico Jefe de Banco de sangre revisa el universo de las solicitudes de Transfusión de Glóbulos Rojos, Plaquetas y Plasma Fresco congelado enviadas desde las Unidades Clínicas de Quimioterapia Adulto y Quimioterapia Infantil, chequeando se cumplan los criterios de pertinencia de la indicación de transfusión de acuerdo a lo establecido en el procedimiento institucional. Consigna "Ok" en la solicitud si cumple los criterios y en aquellas que no cumplen escribe en la solicitud la causa de la no pertinencia. La secretaria de Banco de Sangre es la encargada de tabular las solicitudes antes descritas y transcribir las causas de no pertinencia descritas en la solicitud. El informe es enviado a los Jefes de las Unidades Clínicas trimestralmente, aprobado por la Jefa de Banco Sangre y considera: el resultado cuantitativo del indicador por hemocomponente y Unidad, el análisis global de los incumplimientos por Unidad junto a las recomendaciones clínicas que permiten evitar su recurrencia y una nómina con el detalle de las solicitudes no pertinentes que incluye la Unidad, el médico y la fecha de la solicitud, el nombre del paciente, el tipo de hemocomponente solicitado, la causa de la indicación y la causa de la no pertinencia de la solicitud.
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Central (Glóbulos Rojos)	

Mes /Año	2° Trimestre 2015 Abril- Mayo – Junio	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas /	26	102				
N° Total Pautas	40	109				
% Cumplimiento	65%	93,6%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Central (Glóbulos Rojos)

Describir constatación**:**

Debido a que el indicador es centralizado, la constatación se realiza en Banco de Sangre. Se deja constancia que al momento de la visita la evaluadora identifica que se comete un error al transcribir los datos del numerador y denominador del indicador, ya que se transcribe el número de unidades contenidas en la solicitud no pertinente y no el número de solicitudes como indica la fórmula del indicador.

Dado que la evaluadora tiene la convicción de que el prestador realiza la evaluación periódica de acuerdo al procedimiento institucional e informa los incumplimientos a las Unidades Clínicas, previa consulta a la Intendencia de Prestadores (Consulta registro N° 2045-2015) se procede a la constatación del cumplimiento de lo reportado por el Prestador utilizando el informe de no pertinencia por paciente y Unidad, enviado a los servicios junto con los resultados cuantitativos.

Se selecciona el 3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto-Septiembre) por contener 3 meses del periodo de retrospectividad evaluado. Siendo el total de solicitudes no pertinentes informadas 6, se procede a la constatación. Por muestreo sistematizado aplicado a las 61 solicitudes encontradas se toma una muestra de 30 solicitudes de transfusión de Glóbulos Rojos, considerando los números pares se selecciona 1 de cada 2 solicitudes (61/30=2). Se revisan las siete primeras solicitudes y dado que la séptima no cumple, se procede a revisar el total de la muestra.

Se constata que 24 solicitudes de transfusión se encuentran clasificadas como pertinentes y 6 como no pertinentes (24/30=80%), existiendo consistencia entre el informe por paciente y unidad reportado por el prestador y lo constatado por la evaluadora.

Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.

Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas /	24					
N° Total Pautas	30					
% Cumplimiento	80%					

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Maternidad (Glóbulos Rojos)

Mes /Año	2° Trimestre 2015 Abril- Mayo – Junio	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas /	7	41				
N° Total Pautas	9	48				
% Cumplimiento	77,8%	85,4%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Maternidad (Glóbulos Rojos)

Describir constatación**:**

Debido a que el indicador es centralizado la constatación se realiza en Banco de Sangre, se deja constancia que al momento de la visita la evaluadora identifica que se comete un error al transcribir los datos del numerador y denominador del indicador, ya que se transcribe el número de unidades contenidas en la solicitud no pertinente y no el número de solicitudes como indica la fórmula del indicador.

Dado que la evaluadora tiene la convicción de que el prestador realiza la evaluación periódica de acuerdo al procedimiento institucional e informa los incumplimientos a las Unidades Clínicas, previa consulta a la Intendencia de Prestadores (Consulta registro N° 2045-2015) se procede a la constatación del cumplimiento de lo reportado por el Prestador utilizando el informe de no pertinencia por paciente y Unidad, enviado a los servicios junto con los resultados cuantitativos.

Se selecciona el 3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto-Septiembre) por contener 3 meses del periodo de retrospectividad evaluado. Siendo el total de solicitudes no pertinentes informadas 4, se procede a la constatación. Se realiza revisión de 19 solicitudes de Transfusión de Glóbulos Rojos, correspondiente a la totalidad de las solicitudes del periodo encontradas.

Se constata que 14 solicitudes de transfusión se encuentran clasificadas como pertinentes y 5 como no pertinentes (14/19=74%), existiendo inconsistencia entre el informe por paciente y unidad reportado por el prestador y lo constatado por la evaluadora.

Se da por no cumplido el elemento medible

Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas /	14					
N° Total Pautas	19					
% Cumplimiento	74%					

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Cardiovascular (Glóbulos Rojos)

Mes /Año	2° Trimestre 2015	3er Trimestre 2015				

	Abril- Mayo – Junio	Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas /	8	21				
N° Total Pautas	17	61				
% Cumplimiento	47,1%	34,4%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Cardiovascular (Glóbulos Rojos)

Describir constatación**:**
Debido a que el indicador es centralizado la constatación se realiza en Banco de Sangre, se deja constancia que al momento de la visita la evaluadora identifica que se comete un error al transcribir los datos del numerador y denominador del indicador, ya que se transcribe el número de unidades contenidas en la solicitud no pertinente y no el número de solicitudes como indica la fórmula del indicador.
Dado que la evaluadora tiene la convicción de que el prestador realiza la evaluación periódica de acuerdo al procedimiento institucional e informa los incumplimientos a las Unidades Clínicas, previa consulta a la Intendencia de Prestadores (Consulta registro N° 2045-2015) se procede a la constatación del cumplimiento de lo reportado por el Prestador utilizando el informe de no pertinencia por paciente y Unidad, enviado a los servicios junto con los resultados cuantitativos.
Se selecciona el 3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto-Septiembre) por contener 3 meses del periodo de retrospectividad evaluado. Siendo el total de solicitudes no pertinentes informadas 21, se procede a la constatación. Se realiza revisión de 28 solicitudes de Transfusión de Glóbulos Rojos, correspondiente a la totalidad de las solicitudes del periodo encontradas.
Se constata que 4 solicitudes de transfusión se encuentran clasificadas como pertinentes y 24 como no pertinentes (4/28=14%), existiendo inconsistencia entre el informe por paciente y unidad reportado por el prestador y lo constatado por la evaluadora.
Se da por no cumplido el elemento medible.

Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas /	4					
N° Total Pautas	28					
% Cumplimiento	14%					

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UCI adulto (Glóbulos Rojos)

Mes /Año	2° Trimestre 2015 Abril- Mayo – Junio	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas /	44	102				
N° Total Pautas	47	107				
% Cumplimiento	93,6%	95,3%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UCI adulto (Glóbulos Rojos)

Describir constatación**:**
Debido a que el indicador es centralizado la constatación se realiza en Banco de Sangre, se deja constancia que al momento de la visita la evaluadora identifica que se comete un error al transcribir los datos del numerador y denominador del indicador, ya que se transcribe el número de unidades contenidas en la solicitud no pertinente y no el número de solicitudes como indica la fórmula del indicador.
Dado que la evaluadora tiene la convicción de que el prestador realiza la evaluación periódica de acuerdo al procedimiento institucional e informa los incumplimientos a las Unidades Clínicas, previa consulta a la Intendencia de Prestadores (Consulta registro N° 2045-2015) se procede a la constatación del cumplimiento de lo reportado por el Prestador utilizando el informe de no pertinencia por paciente y Unidad, enviado a los servicios junto con los resultados cuantitativos.
Se selecciona el 3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto-Septiembre) por contener 3 meses del periodo de retrospectividad evaluado. Siendo el total de solicitudes no pertinentes informadas 4, se procede a la constatación. Por muestreo sistematizado aplicado a las 60 solicitudes encontradas se toma una muestra de 30 solicitudes de transfusión de Glóbulos Rojos, considerando los números impares se selecciona 1 de cada 2 solicitudes (60/30=2).
Se revisan las siete primeras solicitudes existiendo cumplimiento de todas ellas (7/7=100%). Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.

Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UTI MQ (Glóbulos Rojos)

Mes /Año	2° Trimestre 2015 Abril- Mayo – Junio	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas /	82	207				

N° Total Pautas	86	210				
% Cumplimiento	95,3%	98,6%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UTI MQ (Glóbulos Rojos)

Describir constatación**:**
Debido a que el indicador es centralizado la constatación se realiza en Banco de Sangre, se deja constancia que al momento de la visita la evaluadora identifica que se comete un error al transcribir los datos del numerador y denominador del indicador, ya que se transcribe el número de unidades contenidas en la solicitud no pertinente y no el número de solicitudes como indica la fórmula del indicador.
Dado que la evaluadora tiene la convicción de que el prestador realiza la evaluación periódica de acuerdo al procedimiento institucional e informa los incumplimientos a las Unidades Clínicas, previa consulta a la Intendencia de Prestadores (Consulta registro N° 2045-2015) se procede a la constatación del cumplimiento de lo reportado por el Prestador utilizando el informe de no pertinencia por paciente y Unidad, enviado a los servicios junto con los resultados cuantitativos.
Se selecciona el 3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto-Septiembre) por contener 3 meses del periodo de retrospectividad evaluado. Siendo el total de solicitudes no pertinentes informadas 8, se procede a la constatación. Por muestreo sistematizado aplicado a las 122 solicitudes encontradas se toma una muestra de 30 solicitudes de transfusión de Glóbulos Rojos, considerando los números pares se selecciona 1 de cada 4 solicitudes (122/30=4).
Se revisan las siete primeras solicitudes existiendo cumplimiento de todas ellas (7/7=100%). Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.

Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UCI Coronaria (Glóbulos Rojos)

Mes /Año	2° Trimestre 2015 Abril- Mayo – Junio	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	24 / 26	59 / 67				
% Cumplimiento	92,3%	88,1%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UCI Coronaria (Glóbulos Rojos)

Describir constatación**:**
Debido a que el indicador es centralizado la constatación se realiza en Banco de Sangre, se deja constancia que al momento de la visita la evaluadora identifica que se comete un error al transcribir los datos del numerador y denominador del indicador, ya que se transcribe el número de unidades contenidas en la solicitud no pertinente y no el número de solicitudes como indica la fórmula del indicador.
Dado que la evaluadora tiene la convicción de que el prestador realiza la evaluación periódica de acuerdo al procedimiento institucional e informa los incumplimientos a las Unidades Clínicas, previa consulta a la Intendencia de Prestadores (Consulta registro N° 2045-2015) se procede a la constatación del cumplimiento de lo reportado por el Prestador utilizando el informe de no pertinencia por paciente y Unidad, enviado a los servicios junto con los resultados cuantitativos.
Se selecciona el 3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto-Septiembre) por contener 3 meses del periodo de retrospectividad evaluado. Siendo el total de solicitudes no pertinentes informadas 3, se procede a la constatación. Por muestreo sistematizado aplicado a las 32 solicitudes encontradas, se toma una muestra de 30 solicitudes de transfusión de Glóbulos Rojos, en forma correlativa desde la 1 (32/30=1). Se revisan las siete primeras solicitudes y dado que la séptima no cumple, se procede a revisar el total de la muestra.
Se constata que 27 solicitudes de transfusión se encuentran clasificadas como pertinentes y 3 como no pertinentes (27/30=90%), existiendo consistencia entre el informe por paciente y unidad reportado por el prestador y lo constatado por la evaluadora.
Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.

Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	27 / 30					
% Cumplimiento	90%					

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en APD (Glóbulos Rojos)

Mes /Año	2° Trimestre 2015 Abril- Mayo – Junio	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas /	14	136				

N° Total Pautas	14	136				
% Cumplimiento	100%	100%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APD (Glóbulos Rojos)

Describir constatación**:**
Debido a que el indicador es centralizado la constatación se realiza en Banco de Sangre, se deja constancia que al momento de la visita la evaluadora identifica que se comete un error al transcribir los datos del numerador y denominador del indicador, ya que se transcribe el número de unidades contenidas en la solicitud no pertinente y no el número de solicitudes como indica la fórmula del indicador.
Dado que la evaluadora tiene la convicción de que el prestador realiza la evaluación periódica de acuerdo al procedimiento institucional e informa los incumplimientos a las Unidades Clínicas, previa consulta a la Intendencia de Prestadores (Consulta registro N° 2045-2015) se procede a la constatación del cumplimiento de lo reportado por el Prestador utilizando el informe de no pertinencia por paciente y Unidad, enviado a los servicios junto con los resultados cuantitativos.
Se selecciona el 3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto-Septiembre) por contener 3 meses del periodo de retrospectividad evaluado. Siendo el total de solicitudes no pertinentes informadas 1, se procede a la constatación. Se realiza revisión de 2 solicitudes de Transfusión de Glóbulos Rojos, correspondiente a la totalidad de las solicitudes del periodo encontradas.
Se constata que las 2 solicitudes de transfusión se encuentran clasificadas como pertinentes (2/2=100%), existiendo inconsistencia entre el informe por paciente y unidad reportado por el prestador y lo constatado por la evaluadora.
Se da por no cumplido el elemento medible.

Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas /	2					
N° Total Pautas	2					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG: Emergencia Adulto-Pediátrica (Glóbulos Rojos)

Mes /Año	2° Trimestre 2015 Abril- Mayo – Junio	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas /	126	242				
N° Total Pautas	142	260				
% Cumplimiento	88,7%	93,1%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG: Emergencia Adulto-Pediátrica (Glóbulos Rojos)

Describir constatación**:**
Debido a que el indicador es centralizado la constatación se realiza en Banco de Sangre, se deja constancia que al momento de la visita la evaluadora identifica que se comete un error al transcribir los datos del numerador y denominador del indicador, ya que se transcribe el número de unidades contenidas en la solicitud no pertinente y no el número de solicitudes como indica la fórmula del indicador.
Dado que la evaluadora tiene la convicción de que el prestador realiza la evaluación periódica de acuerdo al procedimiento institucional e informa los incumplimientos a las Unidades Clínicas, previa consulta a la Intendencia de Prestadores (Consulta registro N° 2045-2015) se procede a la constatación del cumplimiento de lo reportado por el Prestador utilizando el informe de no pertinencia por paciente y Unidad, enviado a los servicios junto con los resultados cuantitativos.
Se selecciona el 3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto-Septiembre) por contener 3 meses del periodo de retrospectividad evaluado. Siendo el total de solicitudes no pertinentes informadas 5, se procede a la constatación. Por muestreo sistematizado aplicado a las 126 solicitudes encontradas se toma una muestra de 30 solicitudes de transfusión de Glóbulos Rojos, considerando los números pares se selecciona 1 de cada 4 solicitudes (126/30=4).
Se revisan las siete primeras solicitudes existiendo cumplimiento de todas ellas (7/7=100%). Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.

Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG: Emergencia Gíneco-Obstétrica (Glóbulos Rojos)

Mes /Año	2° Trimestre 2015 Abril- Mayo – Junio	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas /	Sin solicitudes	Sin solicitudes				
N° Total Pautas						
% Cumplimiento	NA	NA				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG: Emergencia Gíneco-Obstétrica (Glóbulos Rojos)						
Describir constatación**:** El Prestador declara no realizar Transfusiones de Glóbulos Rojos en la Unidad. Se constata ausencia de solicitudes de transfusión de glóbulos rojos en la Unidad de Banco de Sangre para la Unidad evaluada. No aplica el elemento medible.						
Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas /	0					
N° Total Pautas	0					
% Cumplimiento	NA					
Observaciones: No aplica el elemento medible por no realizar transfusiones de glóbulos rojos en la Unidad, en el periodo.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en APQ: Quimioterapia Adulto (Glóbulos Rojos)						
Mes /Año	2° Trimestre 2015 Abril- Mayo – Junio	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas /	14	54				
N° Total Pautas	16	55				
% Cumplimiento	87,2%	98,2%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APQ: Quimioterapia Adulto (Glóbulos Rojos)						
Describir constatación**:** Debido a que el indicador es centralizado la constatación se realiza en Banco de Sangre, se deja constancia que al momento de la visita la evaluadora identifica que se comete un error al transcribir los datos del numerador y denominador del indicador, ya que se transcribe el número de unidades contenidas en la solicitud no pertinente y no el número de solicitudes como indica la fórmula del indicador. Dado que la evaluadora tiene la convicción de que el prestador realiza la evaluación periódica de acuerdo al procedimiento institucional e informa los incumplimientos a las Unidades Clínicas, previa consulta a la Intendencia de Prestadores (Consulta registro N° 2045-2015) se procede a la constatación del cumplimiento de lo reportado por el Prestador utilizando el informe de no pertinencia por paciente y Unidad, enviado a los servicios junto con los resultados cuantitativos. Se selecciona el 3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto-Septiembre) por contener 3 meses del periodo de retrospectividad evaluado. Siendo el total de solicitudes no pertinentes informadas 0, se procede a la constatación. Se realiza revisión de 25 solicitudes de Transfusión de Glóbulos Rojos, correspondiente a la totalidad de las solicitudes del periodo encontradas. Se constata que las 25 solicitudes de transfusión se encuentran clasificadas como pertinentes (25/25=100%), existiendo consistencia entre el informe por paciente y unidad reportado por el prestador y lo constatado por la evaluadora. Se da por cumplido el elemento medible.						
Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas /	25					
N° Total Pautas	25					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: Punto de verificación APQ Infantil declara no tener transfusiones de Glóbulos rojos en la unidad, se constata ausencia de solicitudes en la Unidad de Banco de Sangre.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en APQ: Quimioterapia Infantil (Glóbulos Rojos)						
Mes /Año	2° Trimestre 2015 Abril- Mayo – Junio	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre				
N° Pautas cumplidas /	Sin solicitudes	Sin solicitudes				
N° Total Pautas						
% Cumplimiento	NA	NA				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APQ: Quimioterapia Infantil (Glóbulos Rojos)						
Describir constatación**:** El Prestador declara no realizar Transfusiones de Glóbulos Rojos en la Unidad. Se constata ausencia de solicitudes de transfusión de glóbulos rojos en la Unidad de Banco de Sangre para la Unidad evaluada. No aplica el elemento medible.						
Mes /Año	3er Trimestre 2015 Julio- Agosto – Septiembre					
N° Pautas cumplidas /	0					
N° Total Pautas	0					

% Cumplimiento	NA					
Observaciones: No aplica el elemento medible por no realizar transfusiones de glóbulos rojos en la Unidad, en el periodo.						

CARACTERÍSTICA GCL 1. 7 OBLIGATORIA/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje Asignado (1-0-NA)	Dirección	PQ	UPC Ad.	APD	URG	APQ
1° EM	1	1	1	1	1	1
2° EM		1	1	1	1	1
3° EM		0	1	0	1	1
Umbral de la característica:≥ 75%		Puntaje total: 14/16		Porcentaje obtenido: 87%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA GCL 1.8 /HALLAZGOS

GCL 1.8 – Primer elemento medible: Se constata identificación formal del Comité Oncológico Médico del que dispone, o al que puede acceder, el prestador.

Dirección o Gerencia del Prestador
Nombre del documento :Resolución Exenta N°9006 del 10/11/2015
Acción que formaliza el Comité Oncológico Médico: En Resolución tenida a la vista, la Dirección del establecimiento actualiza los integrantes de los distintos grupos de especialistas que conforman los Comités Oncológicos por especialidad. Se constata Resolución Exenta N° 2130 del 25/04/2012, dejada sin efecto por la actual, en la cual se encuentran la nómina de los integrantes previos de cada comité.
Breve descripción de la estructura organizacional del Comité Oncológico Médico: El Comité Oncológico Médico del Hospital Regional Antofagasta, funciona bajo las directrices del "Centro Oncológico Antofagasta" (COA), centro que no forma parte del actual proceso de acreditación. Está estructurado en 7 comités por especialidad, cada uno integrado por médicos de la especialidad, radioterapeuta, oncólogo y psicólogo, según se detalla: 1. Comité de Cabeza y cuello, piel y partes blandas 2. Comité Digestivos (Alto y bajo) 3. Comité Ginecológico 4. Comité de Mamas 5. Comité Neurológico 6. Comité Tórax 7. Comité Urología. Los registros y conclusiones de las reuniones de cada Comité los maneja el COA y mensualmente el médico Director del Centro le envía al Director del Hospital un informe con el número de pacientes evaluados en cada comité.

GCL 1.8 – Segundo elemento medible: Se constata registro de pacientes sometidos a dicho comité.

Dirección o Gerencia del Prestador
Constata registros: Se tienen a la vista los informes mensuales con el número de pacientes evaluados en cada comité de especialidad, enviados por el Director del Centro Oncológico Antofagasta, se detalla total pacientes período mayo-octubre por comité: - Comité de Cabeza y cuello, piel y partes blandas, 95 pacientes evaluados. - Comité Digestivos (Alto y bajo), 159 pacientes evaluados. - Comité Ginecológico, 65 pacientes evaluados. - Comité de Mamas, 134 pacientes evaluados. - Comité Neurológico, 0 pacientes evaluados. - Comité Tórax, 86 pacientes evaluados. - Comité Urológico, 127 pacientes evaluados. Se constata archivo Excel con el detalle de los pacientes evaluados por comité, que considera fecha de evaluación, nombre y 2 apellidos, edad, Rut y n° de ficha. El registro se lleva desde el año 2012.

CARACTERÍSTICA GCL 1.8 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1
Umbral de la característica:100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA GCL 1.9 /HALLAZGOS

GCL 1.9 – Primer elemento medible: Se describe en un documento el procedimiento de contención física de pacientes en agitación psicomotora que contiene la descripción explicita de las medidas de prevención para evitar los eventos adversos asociados a dicha contención y se han definido los responsables de su aplicación.

UPC Ad: UCI Adultos, UTI MQ y UCI Coronaria				
Nombre del documento: Procedimiento: "Prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora"				
Código: PO-UCSP-00	Versión:03	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 11

Elaborado por: Equipo Calidad y Seguridad del Paciente, No consigna nombres, ni cargos.			Aprobado por: Dr. Juan Pablo Matattall, Director (S) Hospital Regional Antofagasta.	
Considera (Si/No)	1. Descripción explicita de medidas de prevención para evitar los EA asociados a dicha contención			Si
Responsable de la aplicación: Si				
Breve descripción del contenido del documento: Documento Procedimiento: "Prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora", contiene objetivo y alcance. En el punto 3. "Responsabilidades", describe de forma explícita por estamentos, las acciones a realizar según responsabilidad, de la siguiente forma: - Médico: Indica la instalación y retiro de la contención. - Enfermera Supervisora: Supervisa el cumplimiento de las medidas de contención, aplica pautas de supervisión, confeccionar informe y toma medidas correctivas. - Enfermera clínica: Dirige y supervisa el procedimiento. - Técnico paramédico: Ejecuta el procedimiento. Especifica que, en caso de ausencia del Médico y/o Enfermera aplica el procedimiento. En el punto 4. "Definiciones", describe los siguientes términos: Agitación psicomotora, Contención física, Eventos adversos asociados a contención física y Paracaídas. En el punto 7. "Descripción del Proceso", describe las etapas del procedimiento, donde menciona de forma explícita en los puntos 7.8 y 7.9. Como se colocan las contenciones, como se realizan las amarras y el espacio a dejar, colocando un dedo del operador que instala la contención para evitar desplazamiento, obstrucción y compresión nerviosa, edema, hematomas, heridas abrasivas, laceraciones. En el punto 7.10 describe el lugar para amarrar las contenciones. En el punto 7.11 describe la posición de las extremidades, frecuencia de vigilancia y evaluación de pulso, temperatura, color y sensibilidad.				
Med: Servicio Medicina, UAPP y Pensionado Médico-Quirúrgico				
Nombre del documento: Procedimiento: "Prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora"				
Código: PO-UCSP-00	Versión:03	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 11
Elaborado por: Equipo Calidad y Seguridad del Paciente, No consigna nombres, ni cargos.			Aprobado por: Dr. Juan Pablo Matattall, Director (S) Hospital Regional Antofagasta.	
Considera (Si/No)	1. Descripción explicita de medidas de prevención para evitar los EA asociados a dicha contención			Si
Responsable de la aplicación: Si				
Breve descripción del contenido del documento: Documento Procedimiento: "Prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora", contiene objetivo y alcance. En el punto 3. "Responsabilidades", describe de forma explícita por estamentos, las acciones a realizar según responsabilidad, de la siguiente forma: - Médico: Indica la instalación y retiro de la contención. - Enfermera Supervisora: Supervisa el cumplimiento de las medidas de contención, aplica pautas de supervisión, confeccionar informe y toma medidas correctivas. - Enfermera clínica: Dirige y supervisa el procedimiento. - Técnico paramédico: Ejecuta el procedimiento. Especifica que, en caso de ausencia del Médico y/o Enfermera aplica el procedimiento. En el punto 4. "Definiciones", describe los siguientes términos: Agitación psicomotora, Contención física, Eventos adversos asociados a contención física y Paracaídas. En el punto 7. "Descripción del Proceso", describe las etapas del procedimiento, donde menciona de forma explícita en los puntos 7.8 y 7.9. Como se colocan las contenciones, como se realizan las amarras y el espacio a dejar, colocando un dedo del operador que instala la contención para evitar desplazamiento, obstrucción y compresión nerviosa, edema, hematomas, heridas abrasivas, laceraciones. En el punto 7.10 describe el lugar para amarrar las contenciones. En el punto 7.11 describe la posición de las extremidades, frecuencia de vigilancia y evaluación de pulso, temperatura, color y sensibilidad.				
URG: Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica				
Nombre del documento: Procedimiento: "Prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora"				
Código: PO-UCSP-00	Versión:03	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 11
Elaborado por: Equipo Calidad y Seguridad del Paciente, No consigna nombres, ni cargos.			Aprobado por: Dr. Juan Pablo Matattall, Director (S) Hospital Regional Antofagasta.	
Considera (Si/No)	1. Descripción explicita de medidas de prevención para evitar los EA asociados a dicha contención			Si
Responsable de la aplicación: Si				
Breve descripción del contenido del documento: Documento Procedimiento: "Prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora", contiene objetivo y alcance. En el punto 3. "Responsabilidades", describe de forma explícita por estamentos, las acciones a realizar según responsabilidad, de la siguiente forma: - Médico: Indica la instalación y retiro de la contención. - Enfermera Supervisora: Supervisa el cumplimiento de las medidas de contención, aplica pautas de supervisión, confeccionar informe y toma medidas correctivas. - Enfermera clínica: Dirige y supervisa el procedimiento. - Técnico paramédico: Ejecuta el procedimiento. Especifica que, en caso de ausencia del Médico y/o Enfermera aplica el procedimiento. En el punto 4. "Definiciones", describe los siguientes términos: Agitación psicomotora, Contención física, Eventos adversos asociados a contención física y Paracaídas. En el punto 7. "Descripción del Proceso", describe las etapas del procedimiento, donde menciona de forma explícita en los puntos 7.8 y 7.9. Como se colocan las contenciones, como se realizan las amarras y el espacio a dejar, colocando un dedo del operador				

que instala la contención para evitar desplazamiento, obstrucción y compresión nerviosa, edema, hematomas, heridas abrasivas, laceraciones. En el punto 7.10 describe el lugar para amarrar las contenciones. En el punto 7.11 describe la posición de las extremidades, frecuencia de vigilancia y evaluación de pulso, temperatura, color y sensibilidad.

Psiquiatría				
Nombre del documento: Procedimiento: "Prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora"				
Código: PO-UCSP-00	Versión:03	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 11
Elaborado por: Equipo Calidad y Seguridad del Paciente, No consigna nombres, ni cargos.		Aprobado por: Dr. Juan Pablo Matattall, Director (S) Hospital Regional Antofagasta.		
Considera (Si/No)	1. Descripción explicita de medidas de prevención para evitar los EA asociados a dicha contención			Si
Responsable de la aplicación: Si				
Breve descripción del contenido del documento: Documento Procedimiento: "Prevención de eventos adversos asociados a contención física en pacientes con agitación psicomotora", contiene objetivo y alcance. En el punto 3. "Responsabilidades", describe de forma explícita por estamentos, las acciones a realizar según responsabilidad, de la siguiente forma: - Médico: Indica la instalación y retiro de la contención. - Enfermera Supervisora: Supervisa el cumplimiento de las medidas de contención, aplica pautas de supervisión, confeccionar informe y toma medidas correctivas. - Enfermera clínica: Dirige y supervisa el procedimiento. - Técnico paramédico: Ejecuta el procedimiento. Especifica que, en caso de ausencia del Médico y/o Enfermera aplica el procedimiento. En el punto 4. "Definiciones", describe los siguientes términos: Agitación psicomotora, Contención física, Eventos adversos asociados a contención física y Paracaídas. En el punto 7. "Descripción del Proceso", describe las etapas del procedimiento, donde menciona de forma explícita en los puntos 7.8 y 7.9. Como se colocan las contenciones, como se realizan las amarras y el espacio a dejar, colocando un dedo del operador que instala la contención para evitar desplazamiento, obstrucción y compresión nerviosa, edema, hematomas, heridas abrasivas, laceraciones. En el punto 7.10 describe el lugar para amarrar las contenciones. En el punto 7.11 describe la posición de las extremidades, frecuencia de vigilancia y evaluación de pulso, temperatura, color y sensibilidad.				

GCL 1.9 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

UPC Ad: UCI Adulto, UTI MQ y UCI Coronaria		
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes con agitación psicomotora contenidos según procedimiento en la unidad	
Fórmula matemática	N° de pacientes con agitación psicomotora hospitalizados en la Unidad contenidos según procedimiento en el periodo x 100 N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos, hospitalizados en la unidad en igual periodo	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Psiquiatría		
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes con agitación psicomotora contenidos según procedimiento en la unidad	
Fórmula matemática	N° de pacientes con agitación psicomotora hospitalizados en la Unidad contenidos según procedimiento en el periodo x 100 N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos, hospitalizados en la unidad en igual periodo	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med: Servicio Medicina, UAPP y Pensionado Médico-Quirúrgico		
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes con agitación psicomotora contenidos según procedimiento en la unidad	
Fórmula matemática	N° de pacientes con agitación psicomotora hospitalizados en la Unidad contenidos según procedimiento en el periodo x 100 N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos, hospitalizados en la unidad en igual periodo	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
URG: Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica		
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes con agitación psicomotora contenidos según procedimiento en la unidad	
Fórmula matemática	N° de pacientes con agitación psicomotora hospitalizados en la Unidad contenidos según procedimiento en el periodo x 100 N° Total de pacientes con agitación psicomotora contenidos, hospitalizados en la unidad en igual periodo	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 1.9 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado evaluación periódica

UPC Ad: UCI Adulto	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica de Indicador
Responsable medición	Enfermera Supervisora de la Unidad
Fuente primaria	Evaluación directa del paciente - Registro Hoja de Enfermería
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Realiza Randomización de días, de lunes a viernes y de las camas de la Unidad. Aplica 20 pautas de supervisión mensual de acuerdo a lo establecido por el Dpto. de Calidad. En caso de no contar con paciente en la cama seleccionada por la Randomización, aplica la pauta a otro paciente que se encuentre contenido, hasta completar las 20 pautas de supervisión mensual.
UPC Ad: UTI MQ	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica de Indicador

Responsable medición	Enfermera Supervisora de la Unidad
Fuente primaria	Evaluación directa del paciente - Registro Hoja de Enfermería
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Realiza Randomización de los días y las camas. Aplica hasta 20 pautas de supervisión según lo establecido por el Dpto. de Calidad.
UPC Ad: UCI Coronaria	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica de Indicador
Responsable medición	Enfermera Supervisora y Encargada de Calidad de la Unidad.
Fuente primaria	Evaluación directa del paciente - Registro Hoja de Enfermería
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Realiza supervisión cada vez que cuente con un paciente con agitación psicomotora y contenido. Realiza Randomización de días y de cama. Declara tener muy pocos pacientes contenidos.
Psiquiatría	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica de Indicador
Responsable medición	Enfermera tratante aplica las pautas de supervisión de contención y enfermera Supervisora confecciona informe.
Fuente primaria	Evaluación directa del paciente - Registro Hoja de Enfermería
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Realiza supervisión de forma mensual y confecciona el informe trimestral. Realiza supervisión al universo de pacientes con indicación y uso de contención en la unidad.
Med	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica de Indicador
Responsable medición	Enfermera Supervisora y Enfermeras clínicas.
Fuente primaria	Evaluación directa del paciente - Registro Hoja de Enfermería
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica pauta de supervisión al universo de pacientes contenidos en la Unidad. No tiene un límite de pautas de supervisión a aplicar. No realiza Randomización, evalúa todos los días a la totalidad de pacientes contenidos. Utiliza registro de reporte de paciente de la unidad, al cambio de turno, contiene la información de los pacientes contenidos, aplica pauta de supervisión, traspasa información a una planilla mensual, ingresa la información a la planilla Excel para la confección del Informe trimestral.
Med: Pensionado Médico-Quirúrgico	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica de Indicador
Responsable medición	Enfermera encargada de Calidad de la Unidad y/o Enfermera Supervisora de la Unidad.
Fuente primaria	Evaluación directa del paciente - Registro Hoja de Enfermería
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica pauta de supervisión al universo de pacientes contenidos en la Unidad. No realiza Randomización de días. Completa hasta 20 pautas de supervisión, que es el número de pautas definidos por el Dpto. de Calidad.
Med: UAPP	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica de Indicador
Responsable medición	Enfermera encargada de Calidad de la Unidad y/o Enfermera supervisora de la Unidad.
Fuente primaria	Evaluación directa del paciente - Registro Hoja de Enfermería
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica pauta de supervisión al universo de pacientes contenidos en la Unidad, no realiza Randomización. Aplica hasta completar las 20 pautas de supervisión establecidos por el Dpto. de Calidad.
URG: Emergencia Adulto-Pediátrica	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica de Indicador
Responsable medición	Enfermera encargada de Calidad de la Unidad
Fuente primaria	Evaluación directa del paciente - Hoja de Enfermería
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica pauta de supervisión al universo de pacientes contenidos en la Unidad. Completa hasta 20 pautas de supervisión mensual según lo establecido por el Dpto. de Calidad.
URG: Emergencia Gíneco-Obstétrica	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica de Indicador
Responsable medición	Matrona encargada de Calidad de la Unidad
Fuente primaria	Evaluación directa del paciente - Registro Hoja de Enfermería
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica pauta de supervisión al universo de pacientes contenidos en la Unidad. Completa hasta 20 pautas de supervisión mensual según lo establecido por el Dpto. de Calidad. Realiza la supervisión de

	lunes a viernes en horario hábil. En los turnos de noche o inhábil la supervisión la realiza la matrona de turno e informa a Matrona encargada de Calidad.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UCI Adulto

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	0	1	0	0	0	0
N° Total Pautas	0	1	0	0	0	0
% Cumplimiento	-	100%	-	-	-	-

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UCI Adulto y UTI MQ

Describir constatación**:** Se revisa la totalidad de las pautas de supervisión constatando una pauta de supervisión aplicada que cumple con los criterios, resto de los meses sin pautas aplicadas por no contar con pacientes contenidos, Prestador presenta documento "Informe de Contención por agitación psicomotora" de los meses incluidos en el segundo y tercer trimestre, donde declara no haber tenido pacientes contenidos firmado por Médico Jefe y Enfermera supervisora de la unidad. Constatando que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador.
Punto de verificación incluye UTI MQ, prestador declara no haber tenido pacientes contenidos en los meses de Mayo a Octubre. Se revisa la totalidad de las pautas de supervisión constatando pautas de supervisión con registro de "Pacientes sin agitación sicomotora" firmado por enfermera supervisora de la unidad, Prestador presenta documento "Informe de Contención por agitación psicomotora" de los meses incluidos en el segundo y tercer trimestre, donde declara no haber tenido pacientes contenidos firmado por Médico Jefe y Enfermera supervisora de la unidad. Constatando que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	0	1	0	0	0	0
N° Total Pautas	0	1	0	0	0	0
% Cumplimiento	-	100%	-	-	-	-

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UCI Coronaria

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	6	4	5	6	0	2
N° Total Pautas	9	5	5	6	1	2
% Cumplimiento	66,6%	80%	100%	100%	0%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UCI Coronaria

Describir constatación**:** Se revisa la totalidad de las pautas de supervisión, constatando que existe consistencia entre los resultados del indicador informados por el Prestador y los registros existentes. Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	6	4	5	6	0	2
N° Total Pautas	9	5	5	6	1	2
% Cumplimiento	66,6%	80%	100%	100%	0%	100%

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Psiquiatría

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	12	18	4	19	17	14
N° Total Pautas	12	18	4	19	17	14
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Psiquiatría

Describir constatación**:** Se revisa la totalidad de las pautas de supervisión, constatando que existe consistencia entre los resultados del indicador informados por el Prestador y los registros existentes. Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	12	18	4	19	17	14
N° Total Pautas	12	18	4	19	17	14
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	9	44	21	26	15	21
N° Total Pautas	9	45	21	27	16	22
% Cumplimiento	100%	97,7%	100%	96,3%	93,7%	95,4%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med

Describir constatación**:** Se selecciona, 3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto-Septiembre) por incluir los meses de retrospectividad evaluados, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. Por muestreo sistematizado aplicado a las 64 pautas (64/30), se selecciona los números pares, 1 de cada 2, desde la solicitud número 2 del mes de Julio, hasta completar 30. Dado que las primeras 7 solicitudes de transfusión cumplen con los criterios establecidos, se da por cumplido (7/7=100%), se constata consistencia en lo declarado por el prestador y los registros de cumplimiento

encontrados. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.

Mes /Año	3er Trimestre 2015 (Julio-Agosto – Septiembre)					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med: Pensionado Médico-Quirúrgico

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	5 / 5	15 / 15	10 / 10	20 / 20	20 / 20	16 / 16
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: Pensionado Médico-Quirúrgico

Describir constatación**:** Se revisa la totalidad de las pautas de supervisión, constatando que existe consistencia entre los resultados del indicador informados por el Prestador y los registros existentes. Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	5 / 5	15 / 15	10 / 10	20 / 20	20 / 20	16 / 16
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Observaciones:						

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med: UAPP

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	17 / 20	19 / 20	19 / 20	20 / 20	15 / 20	11 / 20
% Cumplimiento	85%	95%	95%	100%	75%	55%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: UAPP

Describir constatación**:** Se revisa la totalidad de las pautas de supervisión, constatando que existe consistencia entre los resultados del indicador informados por el Prestador y los registros existentes. Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	17 / 20	19 / 20	19 / 20	20 / 20	15 / 20	11 / 20
% Cumplimiento	85%	95%	95%	100%	75%	55%
Observaciones:						

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	11 / 11	13 / 13	5 / 5	6 / 7	11 / 11	11 / 11
% Cumplimiento	100%	100%	100%	85,7%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG: Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica

Describir constatación**:** Se selecciona con muestreo por conveniencia el mes de Junio por tener el mayor número de pautas de supervisión aplicadas. Se revisa la totalidad de las pautas de supervisión, constatando que existe consistencia entre los resultados del indicador informados por el Prestador y los registros existentes. Se da por cumplido el elemento medible. El punto de verificación incluye Urgencia Gíneco-Obstétrica, prestador declara no haber tenido pacientes contenidos en los meses de Mayo a Octubre. Se revisa la totalidad de las pautas de supervisión constatando pautas de supervisión con registro de "Pacientes sin agitación sicomotora". No aplica el elemento medible en Emergencia Gíneco-Obstétrica.

Mes /Año	Junio 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	13 / 13					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

GCL 1.9 – Cuarto elemento medible: Se constata adecuado procedimiento de contención física y/o la presencia de los elementos necesarios para realizar el procedimiento.

Constatación en UPC AD:
- UCI Adulto: Enfermera Supervisora de UCI Adulto declara tener al momento de la visita 6 pacientes contenidos, con listado de

pacientes y Pauta de Supervisión del Protocolo de contención actual, se procede a realizar constatación en los 6 pacientes contenidos de la unidad. Se constata cumplimiento del procedimiento de contención física en 3 pacientes e incumplimiento en 3 pacientes del criterio de registro en hoja de enfermería de la vigilancia de las medidas de contención, cumple con el resto de los criterios establecidos en el procedimiento. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 2" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015. - UTI MQ: Enfermera Supervisora de UTI MQ declara tener al momento de la visita 6 pacientes contenidos,, con listado de pacientes y pauta de supervisión del protocolo de contención actual, se procede a realizar constatación en los 6 pacientes contenidos de la unidad. Se constata cumplimiento del procedimiento de contención física en 2 pacientes, incumplimiento de 4 pacientes del criterio de registro en hoja de enfermería de la vigilancia de las medidas de contención que incluye a un paciente que no cumple con la posición anatómica, establecida en el procedimiento. Se da por incumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 2" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015. - UCI Coronaria : Se Enfermera Supervisora de UCI Coronaria declara tener al momento de la visita 2 pacientes contenidos, con listado de pacientes y pauta de supervisión del protocolo de contención actual, se procede a realizar constatación en los 2 pacientes contenidos de la unidad. Se constata incumplimiento de procedimiento de contención física en los 2 pacientes del criterio de registro en hoja de enfermería de la vigilancia de las medidas de contención, cumple con el resto de los criterios establecidos en el procedimiento. Se da por incumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 2" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.
Constatación en Psiquiatría: Enfermera Supervisora de la unidad declara no tener pacientes contenidos al momento de la vista, se revisa la unidad, constatando ausencia de pacientes contenidos. Se constatan los elementos de sujeción de la unidad comprobándose que se encuentran acorde a lo descrito en el procedimiento. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 2" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.
Constatación en Med: - Servicio Medicina: Enfermero Supervisor del Servicio de Medicina declara tener un paciente contenido al momento de la visita, con listado de pacientes y pauta de supervisión del protocolo de contención actual, se procede a realizar constatación del único paciente contenido de la unidad, que cumple con los criterios establecidos en el procedimiento. - Pensionado Médico-Quirúrgico: Enfermera Jefe de la Unidad de Pensionado MQ declara no tener pacientes con contención al momento de la vista, se revisa unidad de pacientes, constatando ausencia de pacientes con contención. Se constatan los elementos de sujeción de la unidad comprobándose que se encuentran acorde a lo descrito en el procedimiento. - UAPP: Enfermera Jefe de UAPP, declara tener un paciente contenido, que cumple con los criterios establecidos en el procedimiento. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 2" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.
Constatación en URG: - Emergencia Adulto-Pediátrica: Enfermera Supervisora declara no tener pacientes con contención al momento de la vista, se revisa la unidad, constatando ausencia de pacientes contenidos. Se constatan los elementos de sujeción de la unidad comprobándose que se encuentran acorde a lo descrito en el procedimiento. - Emergencia Gíneco-Obstétrica: Matrona Supervisora de Urgencia Gíneco-Obstétrica declara no tener pacientes con contención al momento de la vista, se revisa la unidad constatando ausencia de pacientes con contención. Se constatan los elementos de sujeción de la unidad comprobándose que se encuentran acorde a lo descrito en el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 2" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.

CARACTERÍSTICA GCL 1.9/CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	UPC Ad.	Psiquiatría	Med.	URG.
Primer elemento medible	1	1	1	1
Segundo elemento medible	1	1	1	1
Tercer elemento medible	1	1	1	1
Cuarto elemento medible	0	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 15/16		Porcentaje obtenido: 94%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA 1.10 /HALLAZGOS

GCL 1.10 – Primer elemento medible: Se describen en documento de carácter institucional los criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio y se han definido los responsables de su aplicación.

Psiquiatría		
Nombre del documento: Protocolo " Criterios de Ingreso, Egreso y Derivación de los pacientes con intento de suicidio"		
N° Resolución: 1736 Código: PT-SIQ-01	Versión: 01	Fecha RESOLUCIÓN : 13 Mayo 2015 Fecha documento: Febrero 2015
Elaborado por: Dr. Pablo Cruces Figueroa,	Aprobado por: Dr. Edgardo Álvarez N, Director (S) Hospital Regional de Antofagasta	

Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 5 años			N° páginas: 11	
Considera (Si/No)	1. Criterios ingreso	Si	2. Criterios egreso	Si	3. Criterios derivación	No
Responsable de la aplicación	Encargado Centro de Responsabilidad clínico atención cerrada- Médico Tratante – Médico Residente					

Breve descripción del contenido del documento:
Documento denominado "Criterios de ingreso, egreso y derivación de los pacientes con intento de suicidio", contiene introducción y alcance del protocolo, el cual debe ser conocido y utilizado por el equipo de Salud Mental y Psiquiatría, SAPUS, Servicio de Urgencia, UPC Adulto y Unidades Médico – Quirúrgico del Hospital Regional de Antofagasta, quienes son responsables de la atención de urgencia a la población beneficiaria del Sistema de Salud Pública. Contiene en el punto 3. "Responsabilidades", la descripción explícita de las acciones a realizar de los siguientes estamento:

- Encargado Centro de Responsabilidad clínico Atención Cerrada, quien es responsable del cumplimiento del presente protocolo.
- Médico Tratante, realiza el diagnóstico psiquiátrico, evalúa el riesgo suicida, lidera y elabora Plan de Tratamiento.
- Médico Residente, la cual recae en el Médico de Urgencia hasta ser evaluado por Psiquiatra.
- Enfermera responsable de los cuidados de enfermería, coordinar con el resto del equipo, informar al médico conductas de riesgos y situaciones clínicas de paciente.
- Técnico Paramédico, vela por el cumplimiento de indicaciones, administra psicofármacos y ayuda a labores de vigilancia, observación, control y contención de conductas de riesgo o inapropiadas.
- Auxiliar de servicio responsable del medio ambiente y confort ayudar a lobares de vigilancia y contención.

En el punto 6.3. "Criterios de ingreso de hospitalización del paciente con intento de suicidio" contienen el siguiente listado de situaciones para el ingreso del paciente:

- Alto riesgo médico, es necesario tratamiento médico de las lesiones producidas.
- Elevada intención suicida y letalidad. Métodos violentos ejemplo ahorcamiento, herida por arma de fuego.
- Intentos recurrentes. Ideación suicida activa, persistente.
- Presencia de trastorno psiquiátrico mayor como depresión severa, trastorno bipolar, esquizofrenia, psicosis.
- Contexto de paciente (SAD PERSONS 6-10).
- Ausencia de red de apoyo y figuras protectoras.
- En adolescentes presencia de patología psiquiátrica en los padres, maltrato o abuso.
- Hospitalización judicial.

En el punto 6.6. "Criterios de egresos de paciente con intento de suicidio" contiene el siguiente listado de situaciones asociadas que permiten el egreso del paciente:

- Ausencia de riesgo objetivo de reintento.
- Compensación de ideación suicida.
- Evaluación correcta y adecuada de su problema.
- Estabilidad síntomas de base. Presencia de red de apoyo.
- Ambiente familiar contenedor.
- Derivación a otro servicio, modalidad ambulatoria.
- Traslado familiar a otra área.

En el punto 6.7. "Criterios de derivación de paciente con intento de suicidio", describe según sectorización, mediante carnet de alta y epicrisis, e indica centros a los cuales derivar e incluye el siguiente listado:

- Cosam Norte,
- Cosam Central,
- Cosam Sur,
- Psiquiatría Prais,
- Consultorios,
- Derivación a ciudad de origen si corresponde.

En el documento tenido a la vista no se constata la existencia de criterios clínicos de derivación de pacientes con intento de suicidio como lo pide la característica. No se cumple lo solicitado por el elemento medible.

UPC Ad: UCI Adulto, UTI MQ y UCI Coronaria

Nombre del documento: Protocolo " Criterios de Ingreso, Egreso y Derivación de los pacientes con intento de suicidio"		
N° Resolución: 1736 Código: PT-SIQ-01	Versión: 01	Fecha RESOLUCIÓN : 13 Mayo 2015 Fecha documento: Febrero 2015
Elaborado por: Dr. Pablo Cruces Figueroa,		Aprobado por: Dr. Edgardo Álvarez N, Director (S) Hospital Regional de Antofagasta

Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 5 años			N° páginas: 11	
Considera (Si/No)	1. Criterios ingreso	Si	2. Criterios egreso	Si	3. Criterios derivación	No
Responsable de la aplicación	Encargado Centro de Responsabilidad clínico atención cerrada- Médico Tratante – Médico Residente					

Breve descripción del contenido del documento:
Documento denominado "Criterios de ingreso, egreso y derivación de los pacientes con intento de suicidio", contiene introducción y alcance del protocolo, el cual debe ser conocido y utilizado por el equipo de Salud Mental y Psiquiatría, SAPUS, Servicio de Urgencia, UPC Adulto y Unidades Médico – Quirúrgico del Hospital Regional de Antofagasta, quienes son responsables de la atención de urgencia a la población beneficiaria del Sistema de Salud Pública. Contiene en el punto 3. "Responsabilidades", la descripción explícita de las acciones a realizar de los siguientes estamento:

- Encargado Centro de Responsabilidad clínico Atención Cerrada, quien es responsable del cumplimiento del presente protocolo.
- Médico Tratante, realiza el diagnóstico psiquiátrico, evalúa el riesgo suicida, lidera y elabora Plan de Tratamiento.
- Médico Residente, la cual recae en el Médico de Urgencia hasta ser evaluado por Psiquiatra.
- Enfermera responsable de los cuidados de enfermería, coordinar con el resto del equipo, informar al médico conductas de riesgos y situaciones clínicas de paciente.
- Técnico Paramédico, vela por el cumplimiento de indicaciones, administra psicofármacos y ayuda a labores de vigilancia, observación, control y contención de conductas de riesgo o inapropiadas.

- Auxiliar de servicio responsable del medio ambiente y confort ayudar a lobares de vigilancia y contención.

En el punto 6.3. "Criterios de ingreso de hospitalización del paciente con intento de suicidio" contienen el siguiente listado de situaciones para el ingreso del paciente:

- Alto riesgo médico, es necesario tratamiento médico de las lesiones producidas.
- Elevada intención suicida y letalidad. Métodos violentos ejemplo ahorcamiento, herida por arma de fuego.
- Intentos recurrentes. Ideación suicida activa, persistente.
- Presencia de trastorno psiquiátrico mayor como depresión severa, trastorno bipolar, esquizofrenia, psicosis.
- Contexto de paciente (SAD PERSONS 6-10).
- Ausencia de red de apoyo y figuras protectoras.
- En adolescentes presencia de patología psiquiátrica en los padres, maltrato o abuso.
- Hospitalización judicial.

En el punto 6.6. "Criterios de egresos de paciente con intento de suicidio" contiene el siguiente listado de situaciones asociadas que permiten el egreso del paciente:

- Ausencia de riesgo objetivo de reintento.
- Compensación de ideación suicida.
- Evaluación correcta y adecuada de su problema.
- Estabilidad síntomas de base. Presencia de red de apoyo.
- Ambiente familiar contenedor.
- Derivación a otro servicio, modalidad ambulatoria.
- Traslado familiar a otra área.

En el punto 6.7. "Criterios de derivación de paciente con intento de suicidio", describe según sectorización, mediante carnet de alta y epicrisis, e indica centros a los cuales derivar e incluye el siguiente listado:

- Cosam Norte,
- Cosam Central,
- Cosam Sur,
- Psiquiatría Prais,
- Consultorios,
- Derivación a ciudad de origen si corresponde.

En el documento tenido a la vista no se constata la existencia de criterios clínicos de derivación de pacientes con intento de suicidio como lo pide la característica. No se cumple lo solicitado por el elemento medible.

Med: Servicio Medicina, Pensionado Médico-Quirúrgico y UAPP

Nombre del documento: Protocolo " Criterios de Ingreso, Egreso y Derivación de los pacientes con intento de suicidio"						
N° Resolución: 1736 Código: PT-SIQ-01	Versión: 01	Fecha RESOLUCIÓN : 13 Mayo 2015 Fecha documento: Febrero 2015				
Elaborado por: Dr. Pablo Cruces Figueroa,		Aprobado por: Dr. Edgardo Álvarez N, Director (S) Hospital Regional de Antofagasta				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años		N° páginas: 11			
Considera (Si/No)	1. Criterios ingreso	Si	2. Criterios egreso	Si	3. Criterios derivación	No
Responsable de la aplicación	Encargado Centro de Responsabilidad clínico atención cerrada- Médico Tratante – Médico Residente					

Breve descripción del contenido del documento:

Documento denominado "Criterios de ingreso, egreso y derivación de los pacientes con intento de suicidio", contiene introducción y alcance del protocolo, el cual debe ser conocido y utilizado por el equipo de Salud Mental y Psiquiatría, SAPUS, Servicio de Urgencia, UPC Adulto y Unidades Médico – Quirúrgico del Hospital Regional de Antofagasta, quienes son responsables de la atención de urgencia a la población beneficiaria del Sistema de Salud Pública. Contiene en el punto 3. "Responsabilidades", la descripción explícita de las acciones a realizar de los siguientes estamento:

- Encargado Centro de Responsabilidad clínico Atención Cerrada, quien es responsable del cumplimiento del presente protocolo.
- Médico Tratante, realiza el diagnóstico psiquiátrico, evalúa el riesgo suicida, lidera y elabora Plan de Tratamiento.
- Médico Residente, la cual recae en el Médico de Urgencia hasta ser evaluado por Psiquiatra.
- Enfermera responsable de los cuidados de enfermería, coordinar con el resto del equipo, informar al médico conductas de riesgos y situaciones clínicas de paciente.
- Técnico Paramédico, vela por el cumplimiento de indicaciones, administra psicofármacos y ayuda a labores de vigilancia, observación, control y contención de conductas de riesgo o inapropiadas.
- Auxiliar de servicio responsable del medio ambiente y confort ayudar a lobares de vigilancia y contención.

En el punto 6.3. "Criterios de ingreso de hospitalización del paciente con intento de suicidio" contienen el siguiente listado de situaciones para el ingreso del paciente:

- Alto riesgo médico, es necesario tratamiento médico de las lesiones producidas.
- Elevada intención suicida y letalidad. Métodos violentos ejemplo ahorcamiento, herida por arma de fuego.
- Intentos recurrentes. Ideación suicida activa, persistente.
- Presencia de trastorno psiquiátrico mayor como depresión severa, trastorno bipolar, esquizofrenia, psicosis.
- Contexto de paciente (SAD PERSONS 6-10).
- Ausencia de red de apoyo y figuras protectoras.
- En adolescentes presencia de patología psiquiátrica en los padres, maltrato o abuso.
- Hospitalización judicial.

En el punto 6.6. "Criterios de egresos de paciente con intento de suicidio" contiene el siguiente listado de situaciones asociadas que permiten el egreso del paciente:

- Ausencia de riesgo objetivo de reintento.
- Compensación de ideación suicida.
- Evaluación correcta y adecuada de su problema.
- Estabilidad síntomas de base. Presencia de red de apoyo.
- Ambiente familiar contenedor.

- Derivación a otro servicio, modalidad ambulatoria.
- Traslado familiar a otra área.

En el punto 6.7. "Criterios de derivación de paciente con intento de suicidio", describe según sectorización, mediante carnet de alta y epicrisis, , e indica centros a los cuales derivar e incluye el siguiente listado:

- Cosam Norte,
- Cosam Central,
- Cosam Sur,
- Psiquiatría Prais,
- Consultorios,
- Derivación a ciudad de origen si corresponde.

En el documento tenido a la vista no se constata la existencia de criterios clínicos de derivación de pacientes con intento de suicidio como lo pide la característica. No se cumple lo solicitado por el elemento medible.

URG: Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica						
Nombre del documento: Protocolo " Criterios de Ingreso, Egreso y Derivación de los pacientes con intento de suicidio"						
N° Resolución: 1736 Código: PT-SIQ-01	Versión: 01	Fecha RESOLUCIÓN : 13 Mayo 2015 Fecha documento: Febrero 2015				
Elaborado por: Dr. Pablo Cruces Figueroa,		Aprobado por: Dr. Edgardo Álvarez N, Director (S) Hospital Regional de Antofagasta				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años		N° páginas: 11			
Considera (Si/No)	1. Criterios ingreso	Si	2. Criterios egreso	Si	3. Criterios derivación	No
Responsable de la aplicación	Encargado Centro de Responsabilidad clínico atención cerrada- Médico Tratante – Médico Residente					

Breve descripción del contenido del documento:
Documento denominado "Criterios de ingreso, egreso y derivación de los pacientes con intento de suicidio", contiene introducción y alcance del protocolo, el cual debe ser conocido y utilizado por el equipo de Salud Mental y Psiquiatría, SAPUS, Servicio de Urgencia, UPC Adulto y Unidades Médico – Quirúrgico del Hospital Regional de Antofagasta, quienes son responsables de la atención de urgencia a la población beneficiaria del Sistema de Salud Pública. Contiene en el punto 3. "Responsabilidades", la descripción explícita de las acciones a realizar de los siguientes estamento:

- Encargado Centro de Responsabilidad clínico Atención Cerrada, quien es responsable del cumplimiento del presente protocolo.
- Médico Tratante, realiza el diagnóstico psiquiátrico, evalúa el riesgo suicida, lidera y elabora Plan de Tratamiento.
- Médico Residente, la cual recae en el Médico de Urgencia hasta ser evaluado por Psiquiatra.
- Enfermera responsable de los cuidados de enfermería, coordinar con el resto del equipo, informar al médico conductas de riesgos y situaciones clínicas de paciente.
- Técnico Paramédico, vela por el cumplimiento de indicaciones, administra psicofármacos y ayuda a labores de vigilancia, observación, control y contención de conductas de riesgo o inapropiadas.
- Auxiliar de servicio responsable del medio ambiente y confort ayudar a lobares de vigilancia y contención.

En el punto 6.3. "Criterios de ingreso de hospitalización del paciente con intento de suicidio" contienen el siguiente listado de situaciones para el ingreso del paciente:

- Alto riesgo médico, es necesario tratamiento médico de las lesiones producidas.
- Elevada intención suicida y letalidad. Métodos violentos ejemplo ahorcamiento, herida por arma de fuego.
- Intentos recurrentes. Ideación suicida activa, persistente.
- Presencia de trastorno psiquiátrico mayor como depresión severa, trastorno bipolar, esquizofrenia, psicosis.
- Contexto de paciente (SAD PERSONS 6-10).
- Ausencia de red de apoyo y figuras protectoras.
- En adolescentes presencia de patología psiquiátrica en los padres, maltrato o abuso.
- Hospitalización judicial.

En el punto 6.6. "Criterios de egresos de paciente con intento de suicidio" contiene el siguiente listado de situaciones asociadas que permiten el egreso del paciente:

- Ausencia de riesgo objetivo de reintento.
- Compensación de ideación suicida.
- Evaluación correcta y adecuada de su problema.
- Estabilidad síntomas de base. Presencia de red de apoyo.
- Ambiente familiar contenedor.
- Derivación a otro servicio, modalidad ambulatoria.
- Traslado familiar a otra área.

En el punto 6.7. "Criterios de derivación de paciente con intento de suicidio", describe según sectorización, mediante carnet de alta y epicrisis, e indica centros a los cuales derivar e incluye el siguiente listado:

- Cosam Norte,
- Cosam Central,
- Cosam Sur,
- Psiquiatría Prais,
- Consultorios,
- Derivación a ciudad de origen si corresponde.

En el documento tenido a la vista no se constata la existencia de criterios clínicos de derivación de pacientes con intento de suicidio como lo pide la característica. No se cumple lo solicitado por el elemento medible.

CARACTERÍSTICA GCL1.10 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Psiquiatría	UPC Ad	Med.	URG.
Primer elemento medible	0	0	0	0

Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 0/4	Porcentaje obtenido: 0%	Cumple: No

CARACTERÍSTICA GCL 1.11 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

GCL 1.11 – Primer elemento medible: Se describen en un documento de carácter institucional los procedimientos de registro, rotulación traslado y recepción de biopsias. Se han definido los responsables de su aplicación.

APA

Nombre del documento: Procedimiento de Manejo y Trazabilidad de Biopsias y Citologías

N° Resolución: 7184 del 25/08/2015	Versión: 7	Fecha: Agosto 2015
Elaborado por: Roxana parra L., T.M Supervisora Unidad Anatomía Patológica Heriberto Opazo M., T.M Encargado Citopatología Unidad Anatomía Patológica	Aprobado por: Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 25

Considera (Si/No)	1. Registro bp: Si	2. Rotulación bp: Si	3. Traslado bp: Si	4. Recepción bp: Si
Considera (Si/No)	5. Etapa pre analítica: Si	6. Etapa analítica: Si	7. Etapa post analítica: Si	

Responsables de la aplicación: Si

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Unidad de Anatomía Patológica (UAP) se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento de Manejo y Trazabilidad de Biopsias y Citologías, código PO-UAP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a Pabellones quirúrgicos, Unidad de Endoscopía y a todas las unidades, servicios o centros externos que generen biopsias. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán Supervisor de lugar origina la muestra, Médico o Cirujano dentista, Matrona, Enfermera clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio lugar de origen muestra, Técnico Paramédico UAP, Secretaria recepción y Biopsia y Citología UAP, Tecnólogo Médico Supervisor UAP, Médico Jefe UAP, Jefe Unidad de Archivo.
En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 8 a 15) se detallan las actividades a realizar en las etapas pre analítica, analítica y post analítica de la biopsia, entre ellas:

1. Etapa pre analítica
   - Obtención de muestra
   - Rotulación de muestras
   - Traslado a UAP
   - Custodia en caso de toma de muestra en horario inhábil
   - Registros, con el detalle que debe consignarse en el libro de traslado de biopsias y citologías y la nómina de derivación de papanicolaou.
   - Entrega de muestra en UAP, incluye criterios de rechazo y seguimiento de rechazo.
2. Etapa analítica
   - Recepción e Ingreso de datos en registros UAP
   - Procesamiento y análisis de las muestras de biopsia y citología
3. Etapa post analítica
   - Plazos de informe
   - Entrega de resultados
   - Incorporación de informes en ficha de pacientes

El documento contiene 4 anexos:
- Anexo 1: Requisitos detallados de consignación de datos en solicitud, obtención, envasado, rotulación y traslado de biopsias y citologías.
- Anexo 2: Requisitos detallados de consignación de datos en solicitud, obtención, rotulación, empaquetado y traslado de Papanicolau.
- Anexo 3: Flujograma trazabilidad de biopsias
- Anexo 4: Formato registro de custodia de muestras de biopsia y citología

Se tiene a la vista documento denominado "Procedimiento de Manejo y Trazabilidad de Biopsias y Citologías ", código PO-UAP-02, versión 6, timbrado "Obsoleto". Con la existencia de ambos documentos cumple la retrospectividad.

PQ: Central / Maternidad / Cardiovascular

Nombre del documento: Procedimiento de Manejo y Trazabilidad de Biopsias y Citologías

N° Resolución: 7184 del 25/08/2015	Versión: 7	Fecha: Agosto 2015
Elaborado por: Roxana parra L., T.M Supervisora Unidad Anatomía Patológica Heriberto Opazo M., T.M Encargado Citopatología Unidad Anatomía Patológica	Aprobado por: Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 25

Considera (Si/No)	1. Registro bp: Si	2. Rotulación bp: Si	3. Traslado bp: Si	4. Recepción bp: Si
Considera (Si/No)	5. Etapa pre analítica: Si	6. Etapa analítica: Si	7. Etapa post analítica: Si	

Responsables de la aplicación: Si

Breve descripción del contenido del documento:
En las Unidades de Pabellón Central, Pabellón de Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento de Manejo y Trazabilidad de Biopsias y Citologías, código PO-UAP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a Pabellones quirúrgicos, Unidad de Endoscopía y a todas las unidades, servicios o centros externos que generen biopsias. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán Supervisor de lugar origina la muestra, Médico o Cirujano dentista, Matrona, Enfermera clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio

lugar de origen muestra, Técnico Paramédico UAP, Secretaria recepción y Biopsia y Citología UAP, Tecnólogo Médico Supervisor UAP, Médico Jefe UAP, Jefe Unidad de Archivo.
En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 8 a 15) se detallan las actividades a realizar en las etapas pre analítica, analítica y post analítica de la biopsia, entre ellas:

1. Etapa pre analítica
   - Obtención de muestra
   - Rotulación de muestras
   - Traslado a UAP
   - Custodia en caso de toma de muestra en horario inhábil
   - Registros, con el detalle que debe consignarse en el libro de traslado de biopsias y citologías y la nómina de derivación de papanicolaou.
   - Entrega de muestra en UAP, incluye criterios de rechazo y seguimiento de rechazo.
2. Etapa analítica
   - Recepción e Ingreso de datos en registros UAP
   - Procesamiento y análisis de las muestras de biopsia y citología
3. Etapa post analítica
   - Plazos de informe
   - Entrega de resultados
   - Incorporación de informes en ficha de pacientes

El documento contiene 4 anexos:

- Anexo 1: Requisitos detallados de consignación de datos en solicitud, obtención, envasado, rotulación y traslado de biopsias y citologías.
- Anexo 2: Requisitos detallados de consignación de datos en solicitud, obtención, rotulación, empaquetado y traslado de Papanicolau.
- Anexo 3: Flujograma trazabilidad de biopsias
- Anexo 4: Formato registro de custodia de muestras de biopsia y citología

PRO Endoscópicos: Unidad Endoscopía / Pabellón Cistoscopía (Pabellón Central)				
Nombre del documento: Procedimiento de Manejo y Trazabilidad de Biopsias y Citologías				
N° Resolución: 7184 del 25/08/2015	Versión: 7			Fecha: Agosto 2015
Elaborado por: Roxana parra L., T.M Supervisora Unidad Anatomía Patológica Heriberto Opazo M., T.M Encargado Citopatología Unidad Anatomía Patológica		Aprobado por: Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años			N° páginas: 25
Considera (Si/No)	1. Registro bp: Si	2. Rotulación bp: Si	3. Traslado bp: Si	4. Recepción bp: Si
Considera (Si/No)	5. Etapa pre analítica: Si	6. Etapa analítica: Si		7. Etapa post analítica: Si
Responsables de la aplicación: Si				

Breve descripción del contenido del documento:
En las Unidades de Endoscopía y Pabellón Central (de quien depende administrativamente el Pabellón de Cistoscopía) para punto de verificación PRO Endoscópicos, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento de Manejo y Trazabilidad de Biopsias y Citologías, código PO-UAP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a Pabellones quirúrgicos, Unidad de Endoscopía y a todas las unidades, servicios o centros externos que generen biopsias. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán Supervisor de lugar origina la muestra, Médico o Cirujano dentista, Matrona, Enfermera clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio lugar de origen muestra, Técnico Paramédico UAP, Secretaria recepción y Biopsia y Citología UAP, Tecnólogo Médico Supervisor UAP, Médico Jefe UAP, Jefe Unidad de Archivo.
En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 8 a 15) se detallan las actividades a realizar en las etapas pre analítica, analítica y post analítica de la biopsia, entre ellas:

1. Etapa pre analítica
   - Obtención de muestra
   - Rotulación de muestras
   - Traslado a UAP
   - Custodia en caso de toma de muestra en horario inhábil
   - Registros, con el detalle que debe consignarse en el libro de traslado de biopsias y citologías y la nómina de derivación de papanicolaou.
   - Entrega de muestra en UAP, incluye criterios de rechazo y seguimiento de rechazo.
2. Etapa analítica
   - Recepción e Ingreso de datos en registros UAP
   - Procesamiento y análisis de las muestras de biopsia y citología
3. Etapa post analítica
   - Plazos de informe
   - Entrega de resultados
   - Incorporación de informes en ficha de pacientes

El documento contiene 4 anexos:

- Anexo 1: Requisitos detallados de consignación de datos en solicitud, obtención, envasado, rotulación y traslado de biopsias y citologías.
- Anexo 2: Requisitos detallados de consignación de datos en solicitud, obtención, rotulación, empaquetado y traslado de Papanicolau.
- Anexo 3: Flujograma trazabilidad de biopsias
- Anexo 4: Formato registro de custodia de muestras de biopsia y citología

GCL 1.11 – Segundo elemento medible: Se constata la trazabilidad de las biopsias.

PQ: Central

Metodología de Constatación:
Para efectuar la trazabilidad se toma una muestra aleatoria de 3 pacientes de las 2255 biopsias tomadas en el período evaluado (mayo a octubre 2015), con lo cual, se obtiene el número de correlativo a trazar.
Se procede a revisar los registros de la trazabilidad de la biopsia de cada paciente seleccionado en los libros de registro del Servicio de Pabellón Central, de recepción de muestras en UAP, sistema computacional de UAP, entrega de informes a archivo, recepción de informe en archivo y ficha clínica.

Registros revisados (digitales o papel):

Se tienen a la vista los siguientes registros:

1. Registro de envío de biopsias: libro de actas "Biopsias 2014 - 2015", actualmente en uso, ubicado en la sala de acopio de biopsias de Pabellón Central. Se constata que los datos a consignar en cada columna son:
   - Columna 1: N°
   - Columna 2: Fecha
   - Columna 3: Nombre paciente
   - Columna 4: Edad
   - Columna 5: Rut
   - Columna 6: Médico
   - Columna 7: Muestra
   - Columna 8: Arsenalera
   - Columna 9:Pabellonera
   - Columna 10: "E" (entrega)
   - Columna 11: "R" (recibe)
   - Columna 12: Observación/Rechazo
2. Libro de registro de recepción de biopsias denominado "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de la Unidad de Anatomía Patológica. Se constata que los datos a consignar en cada columna son:
   - Columna 1: N° Biopsia
   - Columna 2: Fecha
   - Columna 3: Nombre y apellido paciente
   - Columna 4: Ficha / "CI" (Cédula de identidad)
   - Columna 5: Origen
   - Columna 6: Muestra
   - Columna 7: "B.R" (dato para cobro)
   - Columna 8: "7" (dígito para cobro)
   - Columna 9: Bolsa
   - Columna 10: Frasco
   - Columna 11: Origen
   - Columna 12: Taco
   - Columna 13: Lámina
   - Columna 14: Médico
3. Sistema computacional de UAP para gestión de biopsias, que considera el registro de los siguientes datos en:
   a. Ingreso de Biopsia
      - N° de biopsia
      - Número Formulario
      - Usuario
      - Fecha Recepción
      - Datos Personales: RUN, nombres, A. Paterno, A. Materno, Ficha, sexo, fecha nacimiento, edad, dirección, teléfono, n° cuenta, previsión.
      - Procedencia del Paciente: Ámbito, Servicio, Procedencia, Cama
      - Ingreso de exámenes: examen, cantidad, descripción, Tecnólogo, Técnico
   b. Informe de Biopsia
      - Datos del paciente: Nombre, RUN, edad, n° ficha, previsión, fecha recepción
      - N° Informe
      - Solicitante
      - Fecha de toma de muestra
      - Órgano
      - Dr. Toma Muestra
      - Tipo Biopsia
      - Muestra de
      - Prioritario no cáncer
      - Cáncer
      - Antecedentes
      - Código CIE 10
      - Examen macroscópico

- Examen histológico
- Fecha del informe
- Médico Anátomo Patólogo
- Estado del informe

4. Formulario de registro envío y recepción de informes a la Unidad de Archivo desde UAP, denominado "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo", que considera el registro de los siguientes datos:
   - Secretaria
   - Fecha listado
   - Columna 1: Tipo
   - Columna 2: N° biopsia
   - Columna 3: SICLOPE
   - Columna 4: Nombre
   - Columna 5: N° Ficha
   - Columna 6: Dato
   - Nombre y apellidos funcionario que recibe en Unidad de Archivo
   - Fecha recepción de informes de biopsias
5. Fichas clínicas (de papel) de los pacientes seleccionados.

Atributos de cumplimiento:
Teniendo en consideración las recomendaciones de la lista de chequeo, letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica), detallados en las "Orientaciones Técnicas para la Verificación de la Trazabilidad de Biopsias y Componentes Sanguíneos", de la Circular IP N°5/mayo 2013 e incluida en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015 y el documento elaborado por el prestador, se establecen los siguientes atributos de cumplimiento relacionados al procedimiento de registro:

1. Existencia en el servicio de libro para registro de etapa pre-analítica, cuyos datos mínimos a registrar serán:
   - Fecha de obtención de la muestra
   - Un nombre y dos apellidos del paciente,
   - Ficha, cédula de identidad o DAU
   - Tipo de muestra (órgano, tejido, o zona de muestra
   - N° de contenedores (con muestras del paciente, es decir, frascos, bolsas, placas o tubos). Este ítem no aplica para Pabellón Central, quienes en caso de ser más de un contenedor registraran en una fila independiente las veces necesarias de acuerdo al número de contenedores.
   - Profesional responsable de la toma de la muestra
   - Responsable de cada traspaso (identificación del funcionario que recibe y entrega)
   - Responsable del traslado a UAP
   - Nombre y firma de quien recepciona en UAP
   - Observaciones (donde se consignan rechazos y su causal)
2. Existencia de registro de etapa analítica (en UAP), ingreso y procesamiento de muestra.
3. Existencia de registro de etapa post-analítica, entrega y recepción de informe de UAP a Unidad de Archivo.
4. Presencia de resultado de examen en ficha clínica.

Biopsias revisadas:
Con la colaboración de la enfermera Supervisora y Encargada de Calidad de Pabellón Central, Secretaria de Recepción de UAP y Funcionario de Archivo se procede a la revisión de los registros de las muestras de biopsias de los pacientes seleccionados, completando el formulario de registros primarios preparado para el efecto por la evaluadora, en base a la lista de chequeo para aplicación en terreno letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica); puntos 1, 2, 3 y 4, del Oficio Circular IP N° 5 de 06 de mayo de 2013, sobre actualización de "Orientaciones Técnicas para la constatación de la trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos"; contenido en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015:

Muestra N° 1:

Revisión Libro de biopsias Pabellón Central: paciente con correlativo n° 2464, folio hoja libro no visible, biopsia tomada el 05/08/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 1 apellido, edad, rut, médico, muestra "Quiste óseo simple".

Traspaso n° 1 Pabellonera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Pabellonera a sala de acopio biopsias pabellón, registra en libro y deja muestra. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico en Enfermería UAP quien escribe su nombre, firma y fecha recepción 06/08/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 3776 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 06/08/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° ficha, origen "P. Central", muestra Quiste óseo, frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis) Dr. Cerón.

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la

evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/3776, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, , se constata solicitud con N° "15/3776". Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP Informe de Biopsia, el informe N° 15/3776

En el caso de la muestra la entrega del informe es prioritaria (menor plazo al normal establecido) debido a que el diagnóstico es de carácter maligno. Se envía una copia del informe del examen al CAE (Consultorio Adosado de Especialidades), se constata registro en libro "Registro de Entrega de Biopsias Valores Críticos a Centros Derivadores – RG-UAP-02", ubicado en UAP, de entrega del informe y recepción por Enfermera Supervisora CAE el 20/08/2015 a las 11:13 hrs, en dicha área se procede al aviso al paciente. Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 20/08/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra firma y fecha recepción 20/08/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/3776.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 1.

Muestra N° 2:

Revisión Libro de biopsias Pabellón Central: paciente con correlativo n° 2674, folio hoja libro no visible, biopsia tomada el 30/08/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, edad, rut, médico, muestra "Amputación infracondílea pierna derecha".

Traspaso n° 1 Pabellonera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Pabellonera a sala de acopio biopsias pabellón, registra en libro y deja muestra. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico en Enfermería UAP quien registra timbre y fecha recepción 31/08/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 4283 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 31/08/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de rut, origen "Cirugía", muestra "Amp. P Der", bolsa 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/4283, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/4283. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP Informe de Biopsia, el informe N° 15/4283

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 09/09/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 10/09/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/4283.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 2.

Muestra N° 3:

Revisión Libro de biopsias Pabellón Central: paciente con correlativo n° 2047, folio hoja libro n° 83-84, biopsia tomada el 15/06/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, edad, rut, médico, muestra "Vesícula".

Traspaso n° 1 Pabellonera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Pabellonera a sala de acopio biopsias pabellón, registra en libro y deja muestra. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico en Enfermería UAP quien registra timbre y fecha recepción 16/06/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 2847 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 16/06/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "Cirugía", muestra "VB" (vesícula biliar), bolsa 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la

evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/2847, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/2847. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP Informe de Biopsia, el informe N° 15/2847.

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 03/07/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 03/07/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/2847.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 3.

PQ: Maternidad

Metodología de Constatación:
Para efectuar la trazabilidad se toma una muestra de 3 pacientes de las biopsias tomadas en el período evaluado (mayo a octubre 2015), mediante muestreo sistemático de la primera paciente cada 20 hojas del libro, debido a que el libro de biopsias no posee número de correlativo.
Se procede a revisar los registros de la trazabilidad de la biopsia de cada paciente seleccionado en los libros de registro de la Unidad de Pabellón Maternidad, de recepción de muestras en UAP, sistema computacional de UAP, entrega de informes a archivo, recepción de informe en archivo y ficha clínica.

Registros revisados (digitales o papel):
Se tienen a la vista los siguientes registros:

1. Registro de envío de biopsias: libro de actas "Libro de Biopsia Pabellón Maternidad", actualmente en uso, ubicado en la sala de acopio de biopsias de Pabellón Maternidad. Se constata que los datos a consignar en cada columna son:
   - Columna 1: Fecha
   - Columna 2: Nombre paciente
   - Columna 3: DAU-RUN o F. Clínica
   - Columna 4: Tipo de muestra
   - Columna 5: N° bolsas
   - Columna 6: Nombre Cirujano
   - Columna 7: Traspaso N° 1 Nombre de la Pabellonera
   - Columna 8: Traspaso N° 2 Nombre de quien traslada UAP
   - Columna 9: Traspaso N° 3 Nombre de quien recibe UAP
   - Columna 10: Firma/Fecha
   - Columna 11: Observación/Causa rechazo
2. Libro de registro de recepción de biopsias denominado "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de la Unidad de Anatomía Patológica. Se constata que los datos a consignar en cada columna son:
   - Columna 1: N° Biopsia
   - Columna 2: Fecha
   - Columna 3: Nombre y apellido paciente
   - Columna 4: Ficha / "CI" (Cédula de identidad)
   - Columna 5: Origen
   - Columna 6: Muestra
   - Columna 7: "B.R" (dato para cobro)
   - Columna 8: "7" (dígito para cobro)
   - Columna 9: Bolsa
   - Columna 10: Frasco
   - Columna 11: Origen
   - Columna 12: Taco
   - Columna 13: Lámina
   - Columna 14: Médico
3. Sistema computacional de UAP para gestión de biopsias, que considera el registro de los siguientes datos en:
   a. Ingreso de Biopsia
      - N° de biopsia
      - Número Formulario
      - Usuario
      - Fecha Recepción
      - Datos Personales: RUN, nombres, A. Paterno, A. Materno, Ficha, sexo, fecha nacimiento, edad, dirección, teléfono, n° cuenta, previsión.
      - Procedencia del Paciente: Ámbito, Servicio, Procedencia, Cama
      - Ingreso de exámenes: examen, cantidad, descripción, Tecnólogo, Técnico

b. Informe de Biopsia
   - Datos del paciente: Nombre, RUN, edad, n° ficha, previsión, fecha recepción
   - N° Informe
   - Solicitante
   - Fecha de toma de muestra
   - Órgano
   - Dr. Toma Muestra
   - Tipo Biopsia
   - Muestra de
   - Prioritario no cáncer
   - Cáncer
   - Antecedentes
   - Código CIE 10
   - Examen macroscópico
   - Examen histológico
   - Fecha del informe
   - Médico Anátomo Patólogo
   - Estado del informe

4. Formulario de registro envío y recepción de informes a la Unidad de Archivo desde UAP, denominado "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo", que considera el registro de los siguientes datos:
   - Secretaria
   - Fecha listado
   - Columna 1: Tipo
   - Columna 2: N° biopsia
   - Columna 3: SICLOPE
   - Columna 4: Nombre
   - Columna 5: N° Ficha
   - Columna 6: Dato
   - Nombre y apellidos funcionario que recibe en Unidad de Archivo
   - Fecha recepción de informes de biopsias
5. Fichas clínicas (de papel) de los pacientes seleccionados.

Atributos de cumplimiento:
Teniendo en consideración las recomendaciones de la lista de chequeo, letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica), detallados en las "Orientaciones Técnicas para la Verificación de la Trazabilidad de Biopsias y Componentes Sanguíneos", de la Circular IP N°5/mayo 2013 e incluida en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015 y el documento elaborado por el prestador, se establecen los siguientes atributos de cumplimiento relacionados al procedimiento de registro:

1. Existencia en el servicio de libro para registro de etapa pre-analítica, cuyos datos mínimos a registrar serán:
   - Fecha de obtención de la muestra
   - Un nombre y dos apellidos del paciente,
   - Ficha, cédula de identidad o DAU
   - Tipo de muestra (órgano, tejido, o zona de muestra
   - N° de contenedores (con muestras del paciente, es decir, frascos, bolsas, placas o tubos).
   - Profesional responsable de la toma de la muestra
   - Responsable de cada traspaso (identificación del funcionario que recibe y entrega)
   - Responsable del traslado a UAP
   - Nombre y firma de quien recepciona en UAP
   - Observaciones (donde se consignan rechazos y su causal)
2. Existencia de registro de etapa analítica (en UAP), ingreso y procesamiento de muestra.
3. Existencia de registro de etapa post-analítica, entrega y recepción de informe de UAP a Unidad de Archivo.
4. Presencia de resultado de examen en ficha clínica.

Biopsias revisadas:
Con la colaboración de la Matrona Encargada de Calidad de Pabellón Maternidad, Secretaria de Recepción de UAP y Funcionario de Archivo se procede a la revisión de los registros de las muestras de biopsias de las pacientes seleccionadas, completando el formulario de registros primarios preparado para el efecto por la evaluadora, en base a la lista de chequeo para aplicación en terreno letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica); puntos 1, 2, 3 y 4, del Oficio Circular IP N° 5 de 06 de mayo de 2013, sobre actualización de "Orientaciones Técnicas para la constatación de la trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos"; contenido en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015:

Muestra N° 1:
Revisión libro de biopsias Pabellón Maternidad: paciente sin número correlativo, folio hoja libro N° 260-261, biopsia tomada

el 15/06/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, rut, tipo muestra "Restos de aborto", N° bolsas 1, nombre cirujano

Traspaso n° 1 Pabellonera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Pabellonera a sala de acopio biopsias pabellón, registra en libro y deja muestra. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico en Enfermería UAP quien registra timbre, firma y fecha recepción 16/06/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 2845 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 16/06/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de rut, origen "Gine", muestra "Aborto", bolsa 1, Médico (de UAP responsable del análisis)

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/2845, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/2845. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/2845.

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 03/07/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 03/07/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/2845.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 2.

Muestra N° 2:

Revisión libro de biopsias Pabellón Maternidad: paciente sin número correlativo, folio hoja libro N° 302-303, biopsia tomada el 02/08/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, rut, tipo muestra "Restos de aborto", N° bolsas 1, nombre cirujano.

Traspaso n° 1 Pabellonera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Pabellonera a sala de acopio biopsias pabellón, registra en libro y deja muestra. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico en Enfermería UAP quien escribe nombre, firma y fecha recepción 03/08/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 3707 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 03/08/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "Maternidad", muestra "Útero", frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis)

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/3707, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/3707. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/3707.

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 13/08/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 14/08/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/3707.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 2.

Muestra N° 3:

Revisión libro de biopsias Pabellón Maternidad: paciente sin número correlativo, folio hoja libro N° 344-345, biopsia tomada el 11/09/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, rut, tipo muestra "Recorte inferior hilo indica cara *antetumoral – clich* cara tumoral", N° bolsas 1, nombre cirujano

Traspaso n° 1 Pabellonera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Pabellonera a sala de acopio biopsias pabellón, registra en

libro y deja muestra. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico en Enfermería UAP quien registra timbre, firma y firma y fecha recepción 11/09/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 4566 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 11/09/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "PM" (Patología mamaria), muestra "Mama", bolsa 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/4566, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/4566. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/4566.

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 14/10/2015, entregado por Secretaria y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 15/10/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/4566.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 3.

PQ: Cardiovascular

Metodología de Constatación:

Para efectuar la trazabilidad se toma una muestra aleatoria de 3 pacientes de las 57 biopsias tomadas en el período evaluado (mayo a octubre 2015), con lo cual, se obtiene el número de correlativo a trazar.

Se procede a revisar los registros de la trazabilidad de la biopsia de cada paciente seleccionado en los libros de registro del Servicio de Pabellón Cardiovascular, de recepción de muestras en UAP, sistema computacional de UAP, entrega de informes a archivo, recepción de informe en archivo y ficha clínica.

Registros revisados (digitales o papel):

Se tienen a la vista los siguientes registros:

1. Registro de envío de biopsias: libro de actas "Biopsias Pabellón Cardiovascular", actualmente en uso, ubicado en la Unidad de Pabellón. Se constata que los datos a consignar en cada columna son:
   - Columna 1: Fecha
   - Columna 2: Nombre
   - Columna 3: N° Clínica
   - Columna 4: Tipo de muestra
   - Columna 5: N° Contenedor
   - Columna 6: Nombre Médico
   - Columna 7: Nombre Arsenalera
   - Columna 8: Nombre Receptor
   - Columna 9: Nombre Receptor Patología
   - Columna 10: Observación
2. Libro de registro de recepción de biopsias denominado "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de la Unidad de Anatomía Patológica. Se constata que los datos a consignar en cada columna son:
   - Columna 1: N° Biopsia
   - Columna 2: Fecha
   - Columna 3: Nombre y apellido paciente
   - Columna 4: Ficha / "CI" (Cédula de identidad)
   - Columna 5: Origen
   - Columna 6: Muestra
   - Columna 7: "B.R" (dato para cobro)
   - Columna 8: "7" (dígito para cobro)
   - Columna 9: Bolsa
   - Columna 10: Frasco
   - Columna 11: Origen
   - Columna 12: Taco
   - Columna 13: Lámina
   - Columna 14: Médico
3. Sistema computacional de UAP para gestión de biopsias, que considera el registro de los siguientes datos en:
   a. Ingreso de Biopsia
      - N° de biopsia

- Número Formulario
- Usuario
- Fecha Recepción
- Datos Personales: RUN, nombres, A. Paterno, A. Materno, Ficha, sexo, fecha nacimiento, edad, dirección, teléfono, n° cuenta, previsión.
- Procedencia del Paciente: Ámbito, Servicio, Procedencia, Cama
- Ingreso de exámenes: examen, cantidad, descripción, Tecnólogo, Técnico

b. Informe de Biopsia
- Datos del paciente: Nombre, RUN, edad, n° ficha, previsión, fecha recepción
- N° Informe
- Solicitante
- Fecha de toma de muestra
- Órgano
- Dr. Toma Muestra
- Tipo Biopsia
- Muestra de
- Prioritario no cáncer
- Cáncer
- Antecedentes
- Código CIE 10
- Examen macroscópico
- Examen histológico
- Fecha del informe
- Médico Anátomo Patólogo
- Estado del informe

4. Formulario de registro envío y recepción de informes a la Unidad de Archivo desde UAP, denominado "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo", que considera el registro de los siguientes datos:
- Secretaria
- Fecha listado
- Columna 1: Tipo
- Columna 2: N° biopsia
- Columna 3: SICLOPE
- Columna 4: Nombre
- Columna 5: N° Ficha
- Columna 6: Dato
- Nombre y apellidos funcionario que recibe en Unidad de Archivo
- Fecha recepción de informes de biopsias

5. Fichas clínicas (de papel) de los pacientes seleccionados.

Atributos de cumplimiento:
Teniendo en consideración las recomendaciones de la lista de chequeo, letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica), detallados en las "Orientaciones Técnicas para la Verificación de la Trazabilidad de Biopsias y Componentes Sanguíneos", de la Circular IP N°5/mayo 2013 e incluida en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015 y el documento elaborado por el prestador, se establecen los siguientes atributos de cumplimiento relacionados al procedimiento de registro:

1. Existencia en el servicio de libro para registro de etapa pre-analítica, cuyos datos mínimos a registrar serán:
- Fecha de obtención de la muestra
- Un nombre y dos apellidos del paciente,
- Ficha, cédula de identidad o DAU
- Tipo de muestra (órgano, tejido, o zona de muestra
- N° de contenedores (con muestras del paciente, es decir, frascos, bolsas, placas o tubos).
- Profesional responsable de la toma de la muestra
- Responsable de cada traspaso (identificación del funcionario que recibe y entrega)
- Responsable del traslado a UAP
- Nombre y firma de quien recepciona en UAP
- Observaciones (donde se consignan rechazos y su causal)

2. Existencia de registro de etapa analítica (en UAP), ingreso y procesamiento de muestra.
3. Existencia de registro de etapa post-analítica, entrega y recepción de informe de UAP a Unidad de Archivo.
4. Presencia de resultado de examen en ficha clínica.

Biopsias revisadas:
Con la colaboración del Enfermero Supervisor de Pabellón Cardiovascular, Secretaria de Recepción de UAP y Funcionario de Archivo se procede a la revisión de los registros de las muestras de biopsias de las pacientes seleccionadas, completando el formulario de registros primarios preparado para el efecto por la evaluadora, en base a la lista de chequeo para aplicación en

terreno letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica); puntos 1, 2, 3 y 4, del Oficio Circular IP N° 5 de 06 de mayo de 2013, sobre actualización de "Orientaciones Técnicas para la constatación de la trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos"; contenido en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015:

Muestra N° 1:

Revisión libro de biopsias Pabellón Cardiovascular: paciente sin número correlativo, folio hoja libro N° 38 - 39, biopsia tomada el 26/05/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, n° de ficha, tipo muestra "Vena safena", N° contenedor 1, nombre médico.

Traspaso n° 1 Arsenalera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Arsenalera a Auxiliar de servicio pabellón cardiovascular. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a médico UAP (Dr. Mancilla) quien registra nombre, firma y fecha recepción 26/05/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 2498 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 26/05/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "Cirugía", muestra "Válvula aortica", frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/2498, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/2498. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/2498.

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 05/08/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 06/08/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/2498.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 1.

Muestra N° 2:

Revisión libro de biopsias Pabellón Cardiovascular: paciente sin número correlativo, folio hoja libro N° 40 - 41, biopsia tomada el 07/09/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, n° de ficha, tipo muestra "Válvula aórtica", N° contenedor 1, nombre médico.

Traspaso n° 1 Arsenalera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Arsenalera a Auxiliar de servicio pabellón cardiovascular. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico de Enfermería UAP quien registra timbre, firma y fecha recepción 10/09/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 4524 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 10/09/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "PC", muestra "Vena", frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/4524, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/4524. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/4524.

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 06/10/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 06/10/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/4524.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 2.

Muestra N° 3:

Revisión libro de biopsias Pabellón Cardiovascular: paciente sin número correlativo, folio hoja libro N° 38 - 39, biopsia tomada el 09/07/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, n° de ficha, tipo muestra "Nódulo cervical izquierdo", N° contenedor 1, nombre médico.

Traspaso n° 1 Arsenalera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Arsenalera a Auxiliar de servicio pabellón cardiovascular. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico de Enfermería UAP quien registra timbre, firma y fecha recepción 09/07/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 3256 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 09/07/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "Cardiovascular", muestra "Nódulo", frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/3256, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/3256. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/3256.

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 17/07/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 20/07/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/3256.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 3.

PRO Endoscópicos: Unidad de Endoscopía

Metodología de Constatación:
La Unidad de Endoscopía realiza procedimientos endoscópicos digestivos altos y bajos, y procedimientos de fibrobroncoscopía.
Para efectuar la trazabilidad se toma una muestra aleatoria de 5 pacientes de las 450 biopsias tomadas en el período evaluado (mayo a octubre 2015), con lo cual, se obtiene el número de correlativo a trazar.
Se procede a revisar los registros de la trazabilidad de la biopsia de cada paciente seleccionado en los libros de registro de la Unidad de Endoscopia, de recepción de muestras en UAP, sistema computacional de UAP, entrega de informes a archivo, recepción de informe en archivo y ficha clínica.

Registros revisados (digitales o papel):
Se tienen a la vista los siguientes registros:

1. Registro de envío de biopsias: libro de actas "Biopsia Unidad de Endoscopía", actualmente en uso, ubicado en la Unidad de Endoscopía. Se constata que los datos a consignar en cada columna son:
   - Columna 1: N°
   - Columna 2: Fecha
   - Columna 3: Nombre del paciente
   - Columna 4: Rut
   - Columna 5: Órgano
   - Columna 6: "N° F" (número de frascos)
   - Columna 7: "N° M" (número de muestras)
   - Columna 8: Médico
   - Columna 9: "TENS"
   - Columna 10: "EU"
   - Columna 11: Auxiliar
   - Columna 12: Patología
   - Columna 13: "Obs"
2. Libro de registro de recepción de biopsias denominado "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de la Unidad de Anatomía Patológica. Se constata que los datos a consignar en cada columna son:
   - Columna 1: N° Biopsia
   - Columna 2: Fecha
   - Columna 3: Nombre y apellido paciente
   - Columna 4: Ficha / "CI" (Cédula de identidad)
   - Columna 5: Origen
   - Columna 6: Muestra

- Columna 7: "B.R" (dato para cobro)
- Columna 8: "7" (dígito para cobro)
- Columna 9: Bolsa
- Columna 10: Frasco
    - Columna 11: Origen
- Columna 12: Taco
- Columna 13: Lámina
- Columna 14: Médico

3. Sistema computacional de UAP para gestión de biopsias, que considera el registro de los siguientes datos en:
    a. Ingreso de Biopsia
        - N° de biopsia
        - Número Formulario
        - Usuario
        - Fecha Recepción
        - Datos Personales: RUN, nombres, A. Paterno, A. Materno, Ficha, sexo, fecha nacimiento, edad, dirección, teléfono, n° cuenta, previsión.
        - Procedencia del Paciente: Ámbito, Servicio, Procedencia, Cama
        - Ingreso de exámenes: examen, cantidad, descripción, Tecnólogo, Técnico
    b. Informe de Biopsia
        - Datos del paciente: Nombre, RUN, edad, n° ficha, previsión, fecha recepción
        - N° Informe
        - Solicitante
        - Fecha de toma de muestra
        - Órgano
        - Dr. Toma Muestra
        - Tipo Biopsia
        - Muestra de
        - Prioritario no cáncer
        - Cáncer
        - Antecedentes
        - Código CIE 10
        - Examen macroscópico
        - Examen histológico
        - Fecha del informe
        - Médico Anátomo Patólogo
        - Estado del informe
4. Formulario de registro envío y recepción de informes a la Unidad de Archivo desde UAP, denominado "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo", que considera el registro de los siguientes datos:
    - Secretaria
    - Fecha listado
    - Columna 1: Tipo
    - Columna 2: N° biopsia
    - Columna 3: SICLOPE
    - Columna 4: Nombre
    - Columna 5: N° Ficha
    - Columna 6: Dato
    - Nombre y apellidos funcionario que recibe en Unidad de Archivo
    - Fecha recepción de informes de biopsias
5. Fichas clínicas (de papel) de los pacientes seleccionados.

Atributos de cumplimiento:
Teniendo en consideración las recomendaciones de la lista de chequeo, letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica), detallados en las "Orientaciones Técnicas para la Verificación de la Trazabilidad de Biopsias y Componentes Sanguíneos", de la Circular IP N°5/mayo 2013 e incluida en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015 y el documento elaborado por el prestador, se establecen los siguientes atributos de cumplimiento relacionados al procedimiento de registro:

1. Existencia en la Unidad de libro para registro de etapa pre-analítica, cuyos datos mínimos a registrar serán:
    - Fecha de obtención de la muestra
    - Un nombre y dos apellidos del paciente,
    - Ficha, cédula de identidad o DAU
    - Tipo de muestra (órgano, tejido, o zona de muestra
    - N° de contenedores (con muestras del paciente, es decir, frascos, bolsas, placas o tubos).
    - Profesional responsable de la toma de la muestra

- Responsable de cada traspaso (identificación del funcionario que recibe y entrega)
- Responsable del traslado a UAP
- Nombre y firma de quien recepciona en UAP
- Observaciones (donde se consignan rechazos y su causal)

2. Existencia de registro de etapa analítica (en UAP), ingreso y procesamiento de muestra.
3. Existencia de registro de etapa post-analítica, entrega y recepción de informe de UAP a Unidad de Archivo.
4. Presencia de resultado de examen en ficha clínica.

Biopsias revisadas:

Con la colaboración de la Enfermera Supervisora de la Unidad de Endoscopía, Secretaria de Recepción de UAP y Funcionario de Archivo se procede a la revisión de los registros de las muestras de biopsias de las pacientes seleccionadas, completando el formulario de registros primarios preparado para el efecto por la evaluadora, en base a la lista de chequeo para aplicación en terreno letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica); puntos 1, 2, 3 y 4, del Oficio Circular IP N° 5 de 06 de mayo de 2013, sobre actualización de "Orientaciones Técnicas para la constatación de la trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos"; contenido en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015:

Muestra N° 1:

Revisión libro de biopsias Unidad de Endoscopía: paciente con correlativo n° 35, folio hoja libro N° 59 - 60, biopsia tomada el 15/07/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, n° de Rut, Órgano "Antro", N° F 1, N° M 3, médico.

Traspaso n° 1 Enfermera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Enfermera a Auxiliar de servicio Unidad Endoscopía. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico Enfermería UAP quien registra timbre, firma y fecha recepción 15/07/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 3342 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 15/07/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "Endoscopía", muestra "Estómago", frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/3342, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/3342. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/3342.

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 22/07/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 23/07/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/3342.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 1.

Muestra N° 2:

Revisión libro de biopsias Unidad de Endoscopía: paciente correlativo n° 22, folio hoja libro N° 66 - 67, biopsia tomada el 13/08/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, n° de Rut, **Órgano "Antro", N° F 1, N° M 5 y Órgano "Fondo", N° F 2, N° M 2**, médico.

Traspaso n° 1 Enfermera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Enfermera a Auxiliar de servicio Unidad Endoscopía. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico Enfermería UAP quien registra nombre y fecha recepción 14/08/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, **columna observación, no consigna registro**.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 3936 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 14/08/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "Endoscopía", **muestra "Estómago", frasco 1**, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/3936, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente los exámenes ingresados, con código Fonasa, cantidad 3 y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado,

para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/3936 y dos números encerrados en círculo, uno ilegible y un 2, también se constata que en la **solicitud de examen efectuada en la Unidad de Endoscopía se registra en "N° de frascos o bolsas 2" y en Detalle muestras tomadas "Frasco I (4 m) Antro – Frasco II (2 m) Fondo**"

Una vez informado el examen por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/3936.

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 03/09/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha 07/09/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/3936.

De acuerdo a los atributos de la lista de chequeo para aplicación en terreno letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica); punto 2, del Oficio Circular IP N° 5 de 06 de mayo de 2013, contenido en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015 y lo establecido en el procedimiento institucional, se constata inconsistencia de los siguientes aspectos:

a. En etapa pre analítica:
   - El registro efectuado en el "Libro Biopsia Unidad de Endoscopía" difiere de lo registrado en la "Solicitud de Examen Histopatológico", aspecto que de acuerdo al procedimiento institucional es motivo de rechazo de las muestras en la UAP, punto 7.1.6.1 "Aplicación de criterios de rechazo", letra b) la cual indica como motivo de rechazo "biopsias que no concuerden los datos de la solicitud con el rótulo de la bolsa o frasco y con el libro de registro de la unidad de origen".
   - La UAP en el libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", consigna la recepción de 1 frasco, siendo recibidos efectivamente 3 frascos.

La muestra N° 2 no cumple la trazabilidad.

Muestra N° 3:

Revisión libro de biopsias Unidad de Endoscopía: paciente con correlativo n° 59, folio hoja libro N° 69 - 70, biopsia tomada el 26/08/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, n° de Rut, Órgano "Duodeno", N° F 1, N° M 2, médico.

Traspaso n° 1 Enfermera recibe muestra, **Traspaso n° 2** de Enfermera Unidad Endoscopía a Técnico Enfermería UAP quien registra timbre, firma y fecha recepción 26/08/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 4205 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 26/08/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "Endosc", muestra "Duodeno", frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/4205, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/4205. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/4205.

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 04/09/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 07/09/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/4205.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 3.

Muestra N° 4:

Revisión libro de biopsias Unidad de Endoscopía: paciente con correlativo n° 39, folio hoja libro N° 73 - 74, biopsia tomada el 29/09/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, n° de Rut, Órgano "Lóbulo Superior Derecho", N° F 1, N° M 3, médico Zambrano.

Traspaso n° 1 Enfermera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Enfermera a Auxiliar de servicio Unidad Endoscopía. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico Enfermería UAP quien registra timbre, firma y fecha

recepción 29/09/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 4893 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 29/09/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "Endoscopia", muestra "Pulmón", frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/4893, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/4893. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/4893.

En el caso de la muestra la entrega del informe es prioritaria (menor plazo al normal establecido) debido a que el diagnóstico es de carácter maligno. Se envía una copia del informe del examen a la Unidad de Endoscopía, se constata registro en libro "Registro de Entrega de Biopsias Valores Críticos a Centros Derivadores – RG-UAP-02", ubicado en UAP, de entrega del informe y recepción por Enfermera de la Unidad el 13/10/2015 a las 09:45 hrs, en dicha área se procede al aviso al paciente. Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 13/10/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra firma y fecha recepción 14/10/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/4893.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 4.

Muestra N° 5:

Revisión libro de biopsias Unidad de Endoscopía: paciente con correlativo n° 39, folio hoja libro N° 73 - 74, biopsia tomada el 28/09/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, n° de Rut, Órgano "Lóbulo Inferior Derecho", N° F 1, N° M 3, médico.

Traspaso n° 1 Enfermera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Enfermera a Auxiliar de servicio Unidad Endoscopía **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico Enfermería UAP quien registra timbre, firma y fecha recepción 29/09/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 4879 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 29/09/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "Endoscopia", muestra "Pulmón D", frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/4879, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/4879. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP "Informe de Biopsia", el informe N° 15/4879.

En el caso de la muestra la entrega del informe es prioritaria (menor plazo al normal establecido) debido a que el diagnóstico es de carácter maligno. Se envía una copia del informe del examen al CAE (Consultorio Adosado de Especialidades), se constata registro en libro "Registro de Entrega de Biopsias Valores Críticos a Centros Derivadores – RG-UAP-02", ubicado en UAP, de entrega del informe y recepción por Enfermera Supervisora CAE el 07/10/2015 a las 15:30 hrs, en dicha área se procede al aviso al paciente. Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 08/10/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra firma y fecha 13/10/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/4879.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 5.

PRO Endoscópicos: Pabellón Cistoscopía (Pabellón Central)

Metodología de Constatación:

El pabellón de cistoscopía depende administrativamente de Pabellón Central y sus dependencias se encuentran ubicadas fuera del la Unidad de Pabellón. Cuando se toma una muestra de biopsia se sigue el procedimiento de Pabellón Central y se registra en el libro de biopsias de éste, marcándolas con destacador para su identificación.
Para efectuar la trazabilidad se toma una muestra al azar de 3 pacientes de biopsias tomadas en el período evaluado (mayo a octubre 2015).
Se procede a revisar los registros de la trazabilidad de la biopsia de cada paciente seleccionado en los libros de registro del Servicio de Pabellón Central, de recepción de muestras en UAP, sistema computacional de UAP, entrega de informes a archivo, recepción de informe en archivo y ficha clínica.

Registros revisados (digitales o papel):

Se tienen a la vista los siguientes registros:

1. Registro de envío de biopsias: libro de actas "Biopsias 2014 - 2015", actualmente en uso, ubicado en la sala de acopio de biopsias de Pabellón Central. Se constata que los datos a consignar en cada columna son:
   - Columna 1: N°
   - Columna 2: Fecha
   - Columna 3: Nombre paciente
   - Columna 4: Edad
   - Columna 5: Rut
   - Columna 6: Médico
   - Columna 7: Muestra
   - Columna 8: Arsenalera
   - Columna 9:Pabellonera
   - Columna 10: "E" (entrega)
   - Columna 11: "R" (recibe)
   - Columna 12: Observación/Rechazo
2. Libro de registro de recepción de biopsias denominado "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de la Unidad de Anatomía Patológica. Se constata que los datos a consignar en cada columna son:
   - Columna 1: N° Biopsia
   - Columna 2: Fecha
   - Columna 3: Nombre y apellido paciente
   - Columna 4: Ficha / "CI" (Cédula de identidad)
   - Columna 5: Origen
   - Columna 6: Muestra
   - Columna 7: "B.R" (dato para cobro)
   - Columna 8: "7" (dígito para cobro)
   - Columna 9: Bolsa
   - Columna 10: Frasco
   - Columna 11: Origen
   - Columna 12: Taco
   - Columna 13: Lámina
   - Columna 14: Médico
3. Sistema computacional de UAP para gestión de biopsias, que considera el registro de los siguientes datos en:
   a. Ingreso de Biopsia
      - N° de biopsia
      - Número Formulario
      - Usuario
      - Fecha Recepción
      - Datos Personales: RUN, nombres, A. Paterno, A. Materno, Ficha, sexo, fecha nacimiento, edad, dirección, teléfono, n° cuenta, previsión.
      - Procedencia del Paciente: Ámbito, Servicio, Procedencia, Cama
      - Ingreso de exámenes: examen, cantidad, descripción, Tecnólogo, Técnico
   b. Informe de Biopsia
      - Datos del paciente: Nombre, RUN, edad, n° ficha, previsión, fecha recepción
      - N° Informe
      - Solicitante
      - Fecha de toma de muestra
      - Órgano
      - Dr. Toma Muestra
      - Tipo Biopsia
      - Muestra de
      - Prioritario no cáncer
      - Cáncer
      - Antecedentes
      - Código CIE 10
      - Examen macroscópico

- Examen histológico
- Fecha del informe
- Médico Anátomo Patólogo
- Estado del informe

4. Formulario de registro envío y recepción de informes a la Unidad de Archivo desde UAP, denominado "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo", que considera el registro de los siguientes datos:
   - Secretaria
   - Fecha listado
   - Columna 1: Tipo
   - Columna 2: N° biopsia
   - Columna 3: SICLOPE
   - Columna 4: Nombre
   - Columna 5: N° Ficha
   - Columna 6: Dato
   - Nombre y apellidos funcionario que recibe en Unidad de Archivo
   - Fecha recepción de informes de biopsias
5. Fichas clínicas (de papel) de los pacientes seleccionados.

Atributos de cumplimiento:
Teniendo en consideración las recomendaciones de la lista de chequeo, letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica), detallados en las "Orientaciones Técnicas para la Verificación de la Trazabilidad de Biopsias y Componentes Sanguíneos", de la Circular IP N°5/mayo 2013 e incluida en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015 y el documento elaborado por el prestador, se establecen los siguientes atributos de cumplimiento relacionados al procedimiento de registro:

1. Existencia en el servicio de libro para registro de etapa pre-analítica, cuyos datos mínimos a registrar serán:
   - Fecha de obtención de la muestra
   - Un nombre y dos apellidos del paciente,
   - Ficha, cédula de identidad o DAU
   - Tipo de muestra (órgano, tejido, o zona de muestra
   - N° de contenedores (con muestras del paciente, es decir, frascos, bolsas, placas o tubos). Este ítem no aplica para Pabellón Central, quienes en caso de ser más de un contenedor registraran en una fila independiente las veces necesarias de acuerdo al número de contenedores.
   - Profesional responsable de la toma de la muestra
   - Responsable de cada traspaso (identificación del funcionario que recibe y entrega)
   - Responsable del traslado a UAP
   - Nombre y firma de quien recepciona en UAP
   - Observaciones (donde se consignan rechazos y su causal)
2. Existencia de registro de etapa analítica (en UAP), ingreso y procesamiento de muestra.
3. Existencia de registro de etapa post-analítica, entrega y recepción de informe de UAP a Unidad de Archivo.
4. Presencia de resultado de examen en ficha clínica.

Biopsias revisadas:
Con la colaboración de la enfermera Supervisora y Encargada de Calidad de Pabellón Central, Secretaria de Recepción de UAP y Funcionario de Archivo se procede a la revisión de los registros de las muestras de biopsias de los pacientes seleccionados, completando el formulario de registros primarios preparado para el efecto por la evaluadora, en base a la lista de chequeo para aplicación en terreno letra B. Prestador que ejecuta todas las etapas del proceso (establecimientos que poseen servicio de anatomía patológica); puntos 1, 2, 3 y 4, del Oficio Circular IP N° 5 de 06 de mayo de 2013, sobre actualización de "Orientaciones Técnicas para la constatación de la trazabilidad de biopsias y componentes sanguíneos"; contenido en el Compendio de Circulares Interpretativas de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, Versión N° 3 del 14 de enero de 2015:

Muestra N° 1:

Revisión Libro de biopsias Pabellón Central: paciente con correlativo no visible, folio hoja libro n° 94-95, biopsia tomada el 03/07/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, edad, Rut, médico, muestra "Mucosa Vesical". **Traspaso n° 1** Pabellonera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Pabellonera a sala de acopio biopsias pabellón, registra en libro y deja muestra. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado, a Técnico en Enfermería UAP quien registra timbre, firma y fecha recepción 06/07/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 3171 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 06/07/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° ficha, origen "Pab. Central", muestra Mucosa, frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/3171 los datos de

identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, , se constata solicitud con N° "15/3171". Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP Informe de Biopsia, el informe N° 15/3171

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 15/07/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 17/07/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/3171.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 1.

Muestra N° 2:

Revisión Libro de biopsias Pabellón Central: paciente sin correlativo visible, folio hoja libro n° 108-109, biopsia tomada el 27/07/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, edad, Rut, médico, muestra "Bp: Mucosa vesical".

Traspaso n° 1 Pabellonera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Pabellonera a sala de acopio biopsias pabellón, registra en libro y deja muestra. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico en Enfermería UAP quien registra timbre y fecha recepción 29/07/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 3585 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 29/07/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "Pab. Ctral", muestra "Mucosa vesical", frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/3585, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/3585. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP Informe de Biopsia, el informe N° 15/3585

Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 13/08/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra nombre, firma y fecha recepción 14/08/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/3585.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 2.

Muestra N° 3:

Revisión Libro de biopsias Pabellón Central: n° correlativo paciente y folio hojas libro no visible, biopsia tomada el 17/09/2015, se constata el registro de los datos mínimos: nombre, 2 apellidos, edad, rut, médico, muestra "Vejiga".

Traspaso n° 1 Pabellonera recibe muestra, **Traspaso N°2** desde Pabellonera a sala de acopio biopsias pabellón, registra en libro y deja muestra. **Traspaso n° 3** de Auxiliar de Servicio responsable del traslado a Técnico en Enfermería UAP quien registra timbre y fecha recepción 21/09/2015, frente a los datos de identificación de la muestra previamente descrita, columna observación, no consigna registro.

La trazabilidad continúa con la revisión de libro "Registro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01 (01/01/2015-", ubicado en la recepción de UAP, en el cual se consigna: n° biopsia 4662 (correspondiente a numeración interna de la UAP con el cual se traza la muestra durante todo el proceso de análisis), fecha 21/09/2015, Nombre y 2 apellidos paciente, N° de ficha, origen "P. Urología", muestra "Vejiga" , frasco 1, Médico (de UAP responsable del análisis).

Se procede a constatar el registro de los datos ingresados al "Sistema de Anatomía Patológica", que fueron realizados al recepcionar la muestra, para ello la secretaria de recepción UAP accede al sistema con su clave personal a solicitud de la evaluadora. Se tiene a la vista en formulario "Ingreso de Biopsia" el número de biopsia asignado 15/4662, los datos de identificación del paciente contenidos en la orden de examen, nombre de secretaria que recepciona, fecha de recepción, la procedencia del paciente y el examen ingresado, con código Fonasa, cantidad y nombre. Posterior al ingreso al sistema se deriva la muestra junto a la "Solicitud de Examen Histopatológico", a la cual se le agrega el número de biopsia asignado, para su procesamiento y análisis, se constata solicitud con N° 15/4662. Una vez informado por el Médico e ingresado al sistema de

UAP, se libera el informe para que pueda ser visualizado por los clínicos a través del Sistema de consulta "SICLOPE" y se envía copia de papel a la Unidad de Archivo para su incorporación a la ficha clínica del paciente. Se tiene a la vista en sistema UAP Informe de Biopsia, el informe N° 15/4662.

En el caso de la muestra la entrega del informe es prioritaria (menor plazo al normal establecido) debido a que el diagnóstico es de carácter maligno. Se envía una copia del informe del examen al CAE (Consultorio Adosado de Especialidades), se constata registro en libro "Registro de Entrega de Biopsias Valores Críticos a Centros Derivadores – RG-UAP-02", ubicado en UAP, de entrega del informe y recepción por Enfermera Supervisora CAE el 05/10/2015 a las 12:54 hrs, en dicha área se procede al aviso al paciente. Posteriormente se constata la entrega del informe de la biopsia al personal de la Unidad de Archivo, para ello se revisa el "Listado de Informes de Biopsias enviados a Unidad de Archivo" de fecha 06/10/2015, entregado por Secretaria UAP y recibido por Auxiliar de Archivo quien registra firma y fecha recepción 06/10/2015.

En Unidad de Archivo se constata existencia de carpeta en la cual se archiva la copia del listado antes mencionado y se registra junto a los datos del paciente cualquier situación de excepción que no permita la incorporación del informe en la ficha clínica. Se solicita la ficha clínica del paciente y se comprueba existencia del informe de la biopsia N° 15/4662.

Se constata cumplimiento de trazabilidad de la muestra N° 3.

CARACTERÍSTICA GCL 1.11 OBLIGATORIA /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	APA	PQ	PRO Endoscópicos
Primer elemento medible	1	1	1
Segundo elemento medible		1	0
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 4/5	Porcentaje obtenido: 80%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA GCL 1.12 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

GCL 1.12 – Primer elemento medible: Se describen en documento de carácter institucional los siguientes elementos relacionados con la identificación de pacientes. Se han definido los responsables de su aplicación

Dirección o Gerencia							
Nombre del documento: Procedimiento Identificación de Pacientes							
N° Resolución: 16355 del 26/09/2014		Versión: 5			Fecha: Agosto 2014		
Elaborado por: Viviana Porcile N., Subdirección de Enfermería Sandra Soto V., Subdirección de Matronería				Aprobado por: Juana Pérez M., Director (S), Hospital Regional Antofagasta			
Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 5 años			N° páginas: 16		
El documento describe la obligatoriedad de identificación al menos en: (Si/No)							
1. Recién Nacidos	Si	2. Pacientes pediátricos	Si	3. Pacientes c/compromiso conciencia	Si	4. Pacientes ingresados a pabellón	Si
El documento describe al menos los siguientes elementos: (Si/No)							
a). Tipo de identificación	Si	b). Datos a incluir en la identificación	Si	c). Responsables de la identificación			Si
Se constata el (los) documento (s) en los siguientes puntos de verificación:							
Dirección (1, 2, 3 y 4)	PQ (1 y 4)	UPC Ad (3 y 4)	UPC Ped (2)	UPC Neo (1)	Med (3)	Ped (2)	Neo (1)
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Breve descripción de los aspectos más relevantes del documento:

En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento identificación de pacientes, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, referencias, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.

En alcance, página 2, determina que el ámbito de aplicación será a todos los pacientes adultos y pediátricos que se hospitalicen, así como a todo recién nacido (RN) y paciente que ingrese a pabellón. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán las enfermeras o matronas, Técnicos paramédicos, Médicos, Profesionales no médicos de las unidades de apoyo, técnico de anestesia, Supervisor clínico de la Unidad, Jefe de Unidad Asistencial y Asistente Social. En ítem n° 4 "Definiciones", se establece la identificación se hará mediante brazalete de vinil u otro material.

En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 a 8) se detalla el elemento mediante el cual se verifica la identidad según tipo de paciente: cédula de identidad del paciente, Dato de Atención de Urgencia (DAU), cédula de identidad de la madre o certificado de nacimiento; en tabla N° 2 "Datos a incluir en el brazalete de identificación" se indican los datos a registrar según paciente: primer nombre, dos apellidos, y RUT en pacientes adultos y pediátricos. En el caso de recién nacido inmediato los datos a registrar serán "Hijo de, nombre y dos apellidos de la madre, RUT de la madre, fecha y hora de nacimiento, sexo del recién nacido, en caso de parto gemelar se consigna el orden de nacimiento agregando gemelo I o gemelo II.

En anexo 1 "Indicador" se describe la ficha técnica del indicador utilizado y en los anexos 2 y 3 las pautas de supervisión de pacientes adultos y pediátricos y del recién nacido inmediato respectivamente, utilizadas para la evaluación.

El mismo documento constatado en Dirección Médica se tiene a la vista en los servicios y unidades de los puntos de verificación detallados a continuación:

1. PQ: Unidades de Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular
2. UPC Ad: UCI, UTI MQ (Intermedio), UCI Coronaria
3. UPC Ped: Unidad de Paciente Crítico Pediátrica
4. UPC Neo: Unidad de Paciente Crítico Neonatal
5. Med: Servicio de Medicina, Unidad de Atención Progresiva al Paciente (UAPP) y Unidad de Pensionado Médico-Quirúrgico
6. Ped: Servicio de Pediatría diferenciado en Lactantes A y B, Segunda Infancia
7. Neo: Unidad de Neonatología

GCL 1.12 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

PQ: Pabellón Central / Pabellón Maternidad / Pabellón Cardiovascular	
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes identificados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo / N° total de pacientes evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 90% en pacientes adultos 100% en recién nacidos y pacientes pediátricos	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad: UCI Adulto / UTI MQ / UCI Coronaria	
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes identificados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo / N° total de pacientes evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 90% en pacientes adultos	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ped	
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes identificados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo / N° total de pacientes evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 100% en recién nacidos y pacientes pediátricos	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Neo	
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes identificados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo / N° total de pacientes evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 100% en recién nacidos y pacientes pediátricos	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med: Servicio Medicina / UAPP / Pensionado	
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes identificados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo / N° total de pacientes evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 90% en pacientes adultos	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Ped	
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes identificados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo / N° total de pacientes evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 100% en recién nacidos y pacientes pediátricos	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Neo	
Nombre del indicador	Porcentaje de pacientes identificados según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de pacientes identificados según procedimiento en un periodo de tiempo / N° total de pacientes evaluados en el mismo periodo) x 100
Umbral de cumplimiento: 100% en recién nacidos y pacientes pediátricos	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 1.12 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

PQ: Pabellón Central	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Jeannette Flores Arancibia, Supervisora Pabellón Central / Enfermeros clínicos de Recuperación
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La Unidad de Pabellón Central realiza una pauta diaria de lunes a domingo en Recuperación, el paciente a evaluar se selecciona al azar. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
PQ: Pabellón Maternidad	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Andrea Rivera Inostroza, Encargada Calidad Pabellón Maternidad
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20

	pautas/mes. La Unidad de Pabellón Maternidad realiza una pauta diaria de lunes a viernes, sólo a pacientes adultas, la paciente a evaluar se selecciona al azar. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
PQ: Pabellón Cardiovascular	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Raúl Contreras Vega, Supervisor Pabellón Cardiovascular
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La Unidad de Pabellón Cardiovascular realiza, en lo posible, una pauta diaria de lunes a viernes, el paciente a evaluar se selecciona al azar. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
UPC Ad.: UCI Adulto	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Tirsa González Antiquera, Supervisora UCI Adulto
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La UCI adultos realiza, una pauta diaria de lunes a viernes, para la selección del paciente se randomiza la semana, el día y la cama a evaluar. El criterio de sustitución utilizado es el paciente siguiente o anterior. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
UPC Ad.: UTI MQ	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Rossana Pacheco Escalera, Supervisora UTI MQ
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La UTI MQ realiza una pauta diaria de lunes a viernes, para la selección del paciente se randomiza la semana, el día y la cama a evaluar (son 24 camas). La aplica la supervisora. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
UPC Ad.: UCI Coronaria	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Magdalena Cerda Saavedra, Supervisora UCI Coronaria
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La UCI Coronaria aplica pautas 2 días a la semana de lunes a viernes. Para la selección del paciente se randomizan 2 días de la semana y la cama a evaluar (son 10 camas y se encuentra

	bloqueada la n° 6). Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
UPC Ped.	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Verónica Contreras Toro, Supervisora UPCP / Katherine Castillo Gutiérrez, Supervisora (S) UPCP
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La UPC Pediátrica realiza, una pauta diaria de lunes a viernes, para la selección del paciente randomizan la cama a evaluar. El criterio de sustitución utilizado es la cama siguiente o la anterior. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
UPC Neo	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Marcela Rojo Vera, Supervisora UPC Neonatal
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos - RG-SDEM-03-03 para recién nacido inmediato
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La UPC Neo, tiene pacientes de cuidados intensivos (UCI) y cuidados intermedios (TIM) y aplica una pauta diaria de lunes a viernes a cada tipo de pacientes, en total 40 pautas/mes. Para la selección del paciente randomizan el cupo a evaluar enumerando en forma correlativa las incubadoras. El criterio de sustitución utilizado es el paciente siguiente. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: I. Para RN inscrito pauta supervisión RG-SDEM-03-02 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad II. Para RN no inscrito pauta de supervisión RG-SDEM-03-03 1. Paciente con brazalete 2. Hijo de … 3. Primer nombre de la madre 4. 2 apellidos de la madre 5. Rut de la madre 6. Sexo del RN 7. Hora de nacimiento 8. Fecha de nacimiento Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Med.: Servicio de Medicina	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Alejandra Millies García, Supervisora Servicio de Medicina / Enfermeras Clínicas
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. El Servicio de Medicina aplica pautas 1 día a la semana de lunes a viernes. Para la selección del paciente se randomizan las semanas del año, el día de la semana y la cama a evaluar (son 64 camas). Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos

	4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Med.: UAPP	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Alejandra Cuevas Maita, Encargada de Calidad UAPP / Rosa Santander Osorio, Supervisora UAPP
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La UAPP aplica 1 diaria de lunes a viernes. Para la selección del paciente se randomizan las camas a evaluar (son 14 camas), anualmente. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Med.: Pensionado Médico-Quirúrgico	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Sandra González Erazo, Encargada de Calidad Pensionado
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La unidad de Pensionado aplica 1 diaria de lunes a viernes. Para la selección del paciente se randomizan las camas a evaluar (son 24 camas), anualmente. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Ped.	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Carolina UrRutia Oswen, Encargada de Calidad Pediatría
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. El Servicio de Pediatría aplica 1 diaria de lunes a viernes. Para la selección del paciente se randomizan el día la sala y la cama a evaluar. El criterio de sustitución es el paciente siguiente. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT 5. Legibilidad Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Neo	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Ximena Alfaro Salinas, Supervisora Neonatología
Fuente primaria	Pautas de Supervisión: - RG-SDEM-03-02 para pacientes adultos y pediátricos - RG-SDEM-03-03 para recién nacido inmediato
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La Unidad de Neonatología realiza, una pauta diaria de lunes a viernes, para la selección del paciente randomizan el cupo a evaluar. El criterio de sustitución utilizado es el paciente siguiente. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: I. Para RN inscrito, pauta supervisión RG-SDEM-03-02 1. Paciente con brazalete 2. Nombre del paciente 3. Dos apellidos 4. RUT

	5. Legibilidad II. Para RN no inscrito, pauta de supervisión RG-SDEM-03-03 1. Paciente con brazalete 2. Hijo de … 3. Primer nombre de la madre 4. 2 apellidos de la madre 5. Rut de la madre 6. Sexo del RN 7. Hora de nacimiento 8. Fecha de nacimiento Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Central

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	30	30	30	30	30	29	179
N° Total Pautas	30	30	30	30	30	30	180
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	96.7	99

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Central

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes Adultos y Pediátricos" de Pabellón Central, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 30 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la fecha de cada evaluación, el Rut del paciente, los atributos definidos y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro. Las pautas en los meses de mayo, junio, septiembre y octubre no consignan la Unidad de aplicación.

Mes /Año	Total periodo					
N° Pautas cumplidas /	179					
N° Total Pautas	180					
% Cumplimiento	99					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 99% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (179/180= 99%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Maternidad

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	19	119
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	95	99

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Maternidad

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes Adultos y Pediátricos" de Pabellón Maternidad, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la fecha de cada evaluación, el Rut del paciente, los atributos definidos. Las pautas en los meses de mayo, julio y octubre las pautas no consignan la unidad de aplicación y en los meses de mayo, junio y septiembre no consignan evaluador.

Mes /Año	Total periodo					
N° Pautas cumplidas /	119					
N° Total Pautas	120					
% Cumplimiento	99					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 99% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (119/120= 99%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Cardiovascular

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20	120
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Cardiovascular

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes Adultos y Pediátricos" de Pabellón Cardiovascular, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes y la Unidad de aplicación, la fecha de cada evaluación, el Rut del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales del evaluador frente a cada medición.

Mes /Año	Total periodo					

N° Pautas cumplidas /	120						
N° Total Pautas	120						
% Cumplimiento	100						

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (120/120= 100%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad.: UCI Adultos

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	19	19	18	116
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	95	95	90	97

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad.: UCI Adultos

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes Adultos y Pediátricos" de UCI Adultos, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes y la Unidad de aplicación, la fecha de cada evaluación, el Rut del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y la firma abreviada del evaluador frente a cada medición.

Mes /Año	Total periodo						
N° Pautas cumplidas /	116						
N° Total Pautas	120						
% Cumplimiento	97						

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 97% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (116/120= 97%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad.: UTI MQ

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	17	20	18	18	18	17	108
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	85	100	90	90	90	85	90

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad.: UTI MQ

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes adultos y pediátricos" de UTI MQ, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes y la Unidad de aplicación, la fecha de cada evaluación, el Rut del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales del evaluador frente a cada medición. Al pie de página se consiga el total de pautas aplicadas, cumplidas y el porcentaje del mes, en los meses de agosto, septiembre y octubre se consigna sustitución de pacientes, registrando el número de cama por el cual se sustituye.

Mes /Año	Total periodo						
N° Pautas cumplidas /	108						
N° Total Pautas	120						
% Cumplimiento	90						

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 97% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (108/120= 90%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad.: UCI Coronaria

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	18	19	19	19	19	20	114
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	90	95	95	95	95	100	95

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad.: UCI Coronaria

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes adultos y pediátricos" de UCI Coronaria, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes y la Unidad de aplicación, la fecha de cada evaluación, el Rut del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales del evaluador frente a cada medición.

Mes /Año	Total periodo						
N° Pautas cumplidas /	114						
N° Total Pautas	120						
% Cumplimiento	95						

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 97% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores

reportados por el prestador (114/120= 95%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ped.

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20	120
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ped.

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes adultos y pediátricos" de UPCP, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes y la Unidad de aplicación, la fecha de cada evaluación, el Rut del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales del evaluador frente a cada medición.

Mes /Año	Total periodo					
N° Pautas cumplidas /	120					
N° Total Pautas	120					
% Cumplimiento	100					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (120/120= 100%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Neo: UCI

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	17	20	20	20	20	20	117
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	85	100	100	100	100	100	97

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Neo: UCI

Describir constatación
El prestador en UPC Neo considera pacientes de cuidado intensivo (UCI) y cuidado intermedio (TIM) y evalúa en forma separada cada tipo de pacientes, motivo por el cual presenta 20 evaluaciones/mes de UCI y 20 evaluaciones/mes de TIM.
Se constata en UCI el total de evaluaciones del período revisando las "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes adultos y pediátricos y Pauta de Supervisión Identificación de recién nacido (RN) inmediato", según corresponda a RN inscrito o no inscrito.
Se tienen a la vista de los meses del periodo evaluado las pautas según se detalla:
- Mayo, 9 mediciones de RN inmediato y 11 de adulto-pediátrico
- Junio, 1 medición de RN inmediato y 19 de adulto-pediátrico
- Julio, 6 mediciones de RN inmediato y 14 de adulto-pediátrico
- Agosto, 7 mediciones de RN inmediato y 13 de adulto-pediátrico
- Septiembre, 4 mediciones de RN inmediato y 16 de adulto-pediátrico
- Octubre, 10 mediciones de RN inmediato y 10 de adulto-pediátrico

Se constata en todas ellas el registro de la Unidad y el mes evaluado, la fecha de cada medición, el Rut del paciente o de la medre según corresponda, los criterios definidos, el cumplimiento y el nombre de quien evalúa frente a cada medición.

Mes /Año	Total periodo					
N° Pautas cumplidas /	117					
N° Total Pautas	120					
% Cumplimiento	97					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 97% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (117/120= 97%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Neo: TIM

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	19	19	20	20	20	19	117
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	95	95	100	100	100	95	97

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Neo: TIM

Describir constatación
El prestador en UPC Neo considera pacientes de cuidado intensivo (UCI) y cuidado intermedio (TIM) y evalúa en forma separada cada tipo de pacientes, motivo por el cual presenta 20 evaluaciones/mes de UCI y 20 evaluaciones/mes de TIM.
Se constata en TIM el total de evaluaciones del período revisando las "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes adultos y pediátricos y Pauta de Supervisión Identificación de recién nacido (RN) inmediato", según corresponda a RN inscrito o no inscrito.
Se tienen a la vista de los meses del periodo evaluado las pautas según se detalla:
- Mayo, 7 mediciones de RN inmediato y 13 de adulto-pediátrico
- Junio, 1 medición de RN inmediato y 19 de adulto-pediátrico
- Julio, 3 mediciones de RN inmediato y 17 de adulto-pediátrico
- Agosto, 3 mediciones de RN inmediato y 17 de adulto-pediátrico
- Septiembre, 5 mediciones de RN inmediato y 15 de adulto-pediátrico
- Octubre, 10 mediciones de RN inmediato y 10 de adulto-pediátrico

Se constata en todas ellas el registro de la Unidad y el mes evaluado, la fecha de cada medición, el Rut del paciente o de la

medre según corresponda, los criterios definidos, el cumplimiento y el nombre de quien evalúa frente a cada medición.

Mes /Año	Total periodo					
N° Pautas cumplidas /	117					
N° Total Pautas	120					
% Cumplimiento	97					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 97% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (117/120= 97%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med: Servicio de Medicina

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	18	18	18	18	18	18	108
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	90	90	90	90	90	90	90

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: Servicio de Medicina

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes adultos y pediátricos" del Servicio de Medicina, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignada la fecha de cada medición, la sala y la cama, el Rut del paciente, los criterios definidos, el cumplimiento y las iniciales de quien evalúa frente a cada medición. Al pie de página se consiga el total de pautas aplicadas, cumplidas y el porcentaje del mes

Mes /Año	Total periodo					
N° Pautas cumplidas /	108					
N° Total Pautas	120					
% Cumplimiento	90					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 90% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (108/120= 90%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med: UAPP

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	18	19	18	19	20	20	114
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	90	95	90	95	100	100	95

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: UAPP

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes adultos y pediátricos" de UAPP, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes y la unidad de evaluación, la fecha de cada medición, el Rut del paciente, los criterios definidos, el cumplimiento y las iniciales de quien evalúa frente a cada medición. Al pie de página se consiga el total de pautas aplicadas, cumplidas y el porcentaje del mes.
Se constata que en el mes de mayo hubo error en la transcripción al informe, siendo 17 las evaluaciones que cumplen en lugar de las 18 consignadas. Las evaluaciones tienen registrado si el paciente corresponde a paciente de medicina o cirugía.

Mes /Año	Total periodo					
N° Pautas cumplidas /	113					
N° Total Pautas	120					
% Cumplimiento	94					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 95% para el periodo evaluado, los valores constatados se encuentran en el rango de lo reportado por el prestador (113/120= 94%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med: Pensionado

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	20	20	19	20	20	20	119
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	95	100	100	100	99

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: Pensionado

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes adultos y pediátricos" de Pensionado, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes y la unidad de evaluación, la fecha de cada medición, el Rut del paciente, los criterios definidos, el cumplimiento y las iniciales de quien evalúa frente a cada medición. Las evaluaciones tienen registrado si el paciente corresponde a paciente de medicina o cirugía.

Mes /Año	Total					

	periodo					
N° Pautas cumplidas /	119					
N° Total Pautas	120					
% Cumplimiento	99					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 99% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con lo reportado por el prestador (119/120= 99%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Ped

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20	120
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Ped

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes adultos y pediátricos" de Pensionado, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes y la unidad de evaluación, la fecha de cada medición, el Rut del paciente, los criterios definidos, el cumplimiento, las iniciales de quien evalúa frente a cada medición y el sector la sala y la cama del paciente. Al pie de página se consiga el porcentaje de cumplimiento del mes.

Mes /Año	Total periodo						
N° Pautas cumplidas /	120						
N° Total Pautas	120						
% Cumplimiento	100						

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con lo reportado por el prestador (120/120= 100%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Neo

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total periodo
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20	120
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Neo

Describir constatación
Se constata en la unidad de Neonatología el total de evaluaciones del período revisando las "Pauta de Supervisión Identificación de pacientes adultos y pediátricos y Pauta de Supervisión Identificación de recién nacido (RN) inmediato", según corresponda a RN inscrito o no inscrito.
Se tienen a la vista de los meses del periodo evaluado las pautas según se detalla:
- Mayo, 12 mediciones de RN inmediato y 8 de adulto-pediátrico
- Junio, 4 medición de RN inmediato y 16 de adulto-pediátrico
- Julio, 11 mediciones de RN inmediato y 9 de adulto-pediátrico
- Agosto, 10 mediciones de RN inmediato y 10 de adulto-pediátrico
- Septiembre, 10 mediciones de RN inmediato y 10 de adulto-pediátrico
- Octubre, 6 mediciones de RN inmediato y 14 de adulto-pediátrico

Se constata en todas ellas el registro de la Unidad y el mes evaluado, la fecha de cada medición, el Rut del paciente o de la medre según corresponda, los criterios definidos, el cumplimiento y el nombre de quien evalúa frente a cada medición.

Mes /Año	Total periodo						
N° Pautas cumplidas /	120						
N° Total Pautas	120						
% Cumplimiento	100						

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con lo reportado por el prestador (120/120= 100%), se considera cumplido el elemento medible.

GCL 1.12 – Cuarto elemento medible: Se constata identificación de pacientes

Para todos los puntos de verificación

Atributo (s) de cumplimiento verificado (s):
Los atributos de cumplimiento se verifican de acuerdo a lo establecido como contenidos mínimos en el procedimiento institucional del prestador, además de ubicación y visibilidad de los datos:
Para pacientes adultos, pediátricos y recién nacidos inscritos:
1. Paciente con brazalete
2. Nombre del paciente
3. Dos apellidos
4. RUT

Para neonato no inscrito:
1. Paciente con brazalete
2. Hijo de …

3. Primer nombre de la madre
4. Dos apellidos de la madre
5. Rut de la madre
6. Sexo del RN
7. Hora de nacimiento
8. Fecha de nacimiento
9. El brazalete indica GI o GII cuando corresponda a nacimiento gemelar

PQ Central

Metodología de constatación:
Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación y se procede a revisar en recuperación y pre ingreso a todos los pacientes existentes al momento de la visita. La constatación se realiza preguntando al paciente su nombre y número de Rut, si lo sabe, para quienes no lo saben se constata en la ficha clínica.

N° identificaciones revisadas: 5	N° de identificaciones que cumplen: 5

PQ Maternidad

Metodología de constatación:
Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación y se procede a revisar en recuperación y acceso a pabellón maternidad a todos los pacientes existentes al momento de la visita. La constatación se realiza preguntando al paciente su nombre y número de Rut, si lo sabe, para quienes no lo saben se constata en la ficha clínica.

N° identificaciones revisadas: 3	N° de identificaciones que cumplen: 3

PQ Cardiovascular

Metodología de constatación:
Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación, al momento de la constatación no se encuentran pacientes en la Unidad y de acuerdo a las recomendaciones de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", Situación 2, contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015, se constata consultando al personal presente al momento de la visita, con lo cual la evaluadora se forma la convicción de que se asegura la correcta identificación del paciente con el chequeo del brazalete previo a su ingreso a pabellón.

N° identificaciones revisadas: NA	N° de identificaciones que cumplen: NA

UPC Ad: UCI

Metodología de constatación:
Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación y se procede a revisar a todos los pacientes de la unidad al momento de la visita. La constatación se realiza preguntando al paciente su nombre y número de Rut si lo sabe y está en condiciones de responder, para quienes no se encuentran en condiciones de responder se constata en ficha clínica.

N° identificaciones revisadas: 7	N° de identificaciones que cumplen: 6

UPC Ad: UTI MQ

Metodología de constatación:
Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación y se procede a revisar a todos los pacientes de la unidad al momento de la visita. La constatación se realiza preguntando al paciente su nombre y número de Rut si lo sabe y está en condiciones de responder, para quienes no se encuentran en condiciones de responder se constata en ficha clínica.

N° identificaciones revisadas: 22	N° de identificaciones que cumplen: 20

UPC Ad: UCI Coronaria

Metodología de constatación:
Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación y se procede a revisar a todos los pacientes de la unidad al momento de la visita. La constatación se realiza preguntando al paciente su nombre y número de Rut si lo sabe y está en condiciones de responder, para quienes no se encuentran en condiciones de responder se constata en ficha clínica.

N° identificaciones revisadas: 8	N° de identificaciones que cumplen: 6

UPC Ped

Metodología de constatación:
Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación y se procede a revisar a todos los pacientes de la unidad al momento de la visita. La constatación se realiza verificando los antecedentes en la ficha clínica de cada paciente.

N° identificaciones revisadas: 5	N° de identificaciones que cumplen: 5

UPC Neo

Metodología de constatación:
Se preparan dos planillas de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación en los recién nacidos inscritos y en los recién nacidos no inscritos, se procede a revisar a todos los pacientes de la unidad al momento de la visita. La constatación se realiza verificando los antecedentes en la ficha clínica de cada paciente.

N° identificaciones revisadas:	N° de identificaciones que cumplen:

Med: Servicio de Medicina

Metodología de constatación:
Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación y se procede a revisar a todos los pacientes de la unidad al momento de la visita. La constatación se realiza preguntando al paciente su nombre y número de Rut si lo sabe y está en condiciones de responder, para quienes no se encuentran en condiciones de responder se constata en ficha clínica.

N° identificaciones revisadas: 52	N° de identificaciones que cumplen: 51

Med: UAPP

Metodología de constatación: Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación y se procede a revisar a todos los pacientes de la unidad al momento de la visita. La constatación se realiza preguntando al paciente su nombre y número de Rut si lo sabe y está en condiciones de responder, para quienes no se encuentran en condiciones de responder se constata en ficha clínica.	
N° identificaciones revisadas: 8	N° de identificaciones que cumplen: 6
Med: Pensionado	
Metodología de constatación: Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación y se procede a revisar a todos los pacientes de la unidad al momento de la visita, se exceptúa paciente en aislamiento por infección a *Clostridium*. La constatación se realiza preguntando al paciente su nombre y número de Rut si lo sabe y está en condiciones de responder, para quienes no se encuentran en condiciones de responder se constata en ficha clínica.	
N° identificaciones revisadas: 6	N° de identificaciones que cumplen: 6
Ped	
Metodología de constatación: Se prepara planilla de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación y se procede a revisar a todos los pacientes de la unidad al momento de la visita. La constatación se realiza verificando los antecedentes en la ficha clínica de cada paciente.	
N° identificaciones revisadas: 16	N° de identificaciones que cumplen: 16
Neo	
Metodología de constatación: Se preparan dos planillas de verificación de identificación de paciente con los criterios mínimos que debe contener el brazalete de identificación en los recién nacidos inscritos y en los recién nacidos no inscritos, se procede a revisar a todos los recién nacidos que se encuentran en cuidados básicos, puerperio y post operados 1 y 2, al momento de la visita. La constatación se realiza preguntando a la madre y verificando los antecedentes en la ficha clínica de cada paciente.	
N° identificaciones revisadas: 22	N° de identificaciones que cumplen: 22

CARACTERÍSTICA GCL 1.12 OBLIGATORIA /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección	PQ	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med	Ped	Neo
1° elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1
2° elemento medible		1	1	1	1	1	1	1
3° elemento medible		1	1	1	1	1	1	1
4° elemento medible		1	1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 90%	Puntaje total: 29/29		Porcentaje obtenido: 100%				Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA GCL 1.13 /HALLAZGOS

GCL 1.13 – Primer elemento medible: Se describe en un documento el procedimiento de manejo de pacientes con tratamiento con anticoagulantes orales y se han definido los responsables de su aplicación.

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento	Manejo de Usuarios con Tratamiento Anticoagulante Oral		
Fecha elab: Enero 2015	Fecha vigencia: 5 años	Versión: 01	N° páginas: 20
Elaborado por: Juan Cotoras M., Médico Cardiólogo Marcelo Troncoso P., "Coordinador Unidad Enf. Cardiovascular"		Aprobado por: Francisco Bueno Natush, Director (S) Hospital regional Antofagasta	
Responsable aplicación	Si		

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento denominado Manejo de Usuarios con Tratamiento Anticoagulante Oral, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcances, responsabilidades, definiciones, referencias, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el documento aplica a todo usuario ambulatorio y hospitalizado, en control con anticoagulante oral. Las responsabilidades (página 2) son de:

- Cardiólogos Unidad Cardiovascular, ajustar dosis de medicamento y elaborar receta.
- Médico Tratante, ingresar sus usuarios al Programa de usuarios con tratamiento anticoagulante.
- Enfermero/a Coordinador/a Unidad Cardiovascular, supervisar, gestionar y mantener al día los cambios en los pacientes del programa.
- Enfermero/a Encargada del programa, entre otros, ingreso y educación de los usuarios del Programa, programar controles, notificar resultados fuera de rango, medir el indicador mensual del procedimiento.
- Técnico en Enfermería Nivel Superior, preparar documentos para educación, imprimir examen, completar hoja diaria.

En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 4 y 5) se detallan las actividades a realizar por el paciente y los funcionarios, desde la toma del examen de control, el ajuste de la dosis de anticoagulante si corresponde, a la programación y citación al próximo control.
En anexo 1 (páginas 8 a 17) "Antecedentes Generales del manejo de Usuarios con tratamiento anticoagulante oral", se describen, entre otras, las patologías con indicación de tratamiento anticoagulante, las contraindicaciones, la pauta de inicio del tratamiento anticoagulante, el seguimiento y ajuste de dosis según resultado de INR, el ingreso al Programa de Tratamiento Anticoagulante, las complicaciones, el control de la calidad clínica del tratamiento y los temas de capacitación.
En anexo 2 la ficha técnica del indicador, anexos 3 y 4 "Nómina de ingreso usuarios al tratamiento anticoagulante oral" y "Orden de ingreso al programa de anticoagulación" respectivamente.

GCL 1.13 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

Dirección o Gerencia	
Nombre del indicador	Uso de anticoagulantes orales
Fórmula matemática	N° usuarios que reciben educación por enfermera en ingreso en un mes / N° total de ingresos en el mes de estudio x 100
Umbral de cumplimiento: Rango mínimo 80% - Máximo 100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

GCL 1.13 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

Dirección o Gerencia	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento Indicador Manejo de Pacientes con Anticoagulante Hospital Regional de Antofagasta
Responsable medición	Enfermera Supervisora CAE (Consultorio Adosado de Especialidades)
Fuente primaria	Nómina de ingreso usuarios al tratamiento anticoagulante
Fuente secundaria	Documento de Ingreso al Programa de Usuarios con tratamiento anticoagulante / Cartola de anticoagulante
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se evalúa la entrega de educación por enfermera al total de pacientes ingresados al Programa de Tratamiento anticoagulante en un mes. El ingreso al programa se realiza mediante formulario confeccionado por el médico tratante que deriva y se lleva un registro computacional al momento de realizar la educación.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Dirección o Gerencia

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas /	14	14	13	19	17	18	95
N° Total Pautas	14	14	13	19	17	18	95
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Dirección o Gerencia

Describir constatación
Para la constatación se revisa el total de las nóminas de pacientes ingresados al Programa de tratamiento anticoagulante en el período evaluado.
Se tienen a la vista los documentos denominados "Nómina Paciente TAC" de los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, en los cuales se constata el registro del nombre del paciente, número de ficha clínica, RUN, Fecha de ingreso, recibo de educación Si/No, y observaciones campo en el que se consigna la educación recibida.
Los valores constatados se encuentran en el rango de lo reportado por el Prestador, se considera cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas /	95					
N° Total Pautas	95					
% Cumplimiento	100					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con lo reportado por el prestador (95/95= 100%), se considera cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA GCL 1.13 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	1° EM:	2° EM:	3° EM:
Dirección o Gerencia	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA GCL 2.1 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

GCL 2.1 – Primer elemento medible: Se describen en documento de carácter institucional las medidas de prevención. Se han definido los responsables de su aplicación

Dirección o Gerencia				
Nombre del documento	Procedimiento Medidas de Prevención de Eventos Adversos Asociados a Procesos Quirúrgicos			
N° Resolución: 13982 del 25/11/2013	Versión: 3	Fecha: Noviembre 2013		
Elaborado por: Natalia Valenzuela S., no consigna cargo Alejandra Muñoz M., no consigna cargo	Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional de Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 11		
Considera (Si/No)	Cx.pac. equivocado: Si	Cx. lado equivocado: Si	Error tipo Cx: Si	Cuerpo extraño en sitio qx: Si
Responsable de la aplicación	Si			
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Eventos Adversos Asociados a Procesos Quirúrgicos, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el documento aplica a todos los pacientes que ingresan a los pabellones quirúrgicos de				

Matenidad, Cardiovascular y Central. Se describen, en página 2, las responsabilidades en:
a. Unidad de Hospitalización o Unidad de emergencia de Enfermera, Matrona o Técnico paramédico a cargo del paciente, el día previo a la cirugía y antes del ingreso a pabellón.
b. Unidades de Pabellón, de Enfermera o Matrona, Médico anestesista, Auxiliar de anestesia, Primer cirujano, Pabellonera y Arsenalera

En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 a 9) se indica que las medidas a realizar para la prevención de la cirugía en paciente equivocado, cirugía del lado equivocado, error del tipo de cirugía y cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico están contenidas en la "Lista de verificación de cirugía segura", la cual se aplica en las distintas etapas del procedimiento quirúrgico:
- El día previo a la cirugía, en sala o unidad de emergencia.
- Inmediatamente antes de trasladar el paciente a pabellón
- Al ingreso en pabellón
- En el quirófano:
    - Antes de la inducción anestésica
    - Antes de la incisión cutánea
    - Antes de cerrar la piel
    - Terminada la cirugía, previo a la salida del quirófano

En Anexo n° 1 la ficha técnica del indicador a evaluar.

PQ: Pabellón Central / Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular				
Nombre del documento	Procedimiento Medidas de Prevención de Eventos Adversos Asociados a Procesos Quirúrgicos			
N° Resolución: 13982 del 25/11/2013	Versión: 3		Fecha: Noviembre 2013	
Elaborado por: Natalia Valenzuela S., no consigna cargo Alejandra Muñoz M., no consigna cargo		Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional de Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años		N° páginas: 11	
Considera (Si/No)	Cx.pac. equivocado: Si	Cx. lado equivocado: Si	Error tipo Cx: Si	Cuerpo extraño en sitio qx: Si
Responsable de la aplicación	Si			

Breve descripción del contenido del documento:
En las Unidades de Pabellón central, Pabellón de Maternidad y Pabellón Cardiovascular para el punto de verificación PQ, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Eventos Adversos Asociados a Procesos Quirúrgicos, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el documento aplica a todos los pacientes que ingresan a los pabellones quirúrgicos de Matenidad, Cardiovascular y Central. Se describen, en página 2, las responsabilidades en:
a. Unidad de Hospitalización o Unidad de emergencia de Enfermera, Matrona o Técnico paramédico a cargo del paciente, el día previo a la cirugía y antes del ingreso a pabellón.
b. Unidades de Pabellón, de Enfermera o Matrona, Médico anestesista, Auxiliar de anestesia, Primer cirujano, Pabellonera y Arsenalera

En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 a 9) se indica que las medidas a realizar para la prevención de la cirugía en paciente equivocado, cirugía del lado equivocado, error del tipo de cirugía y cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico están contenidas en la "Lista de verificación de cirugía segura", la cual considera actividades específicas y se aplica en las distintas etapas del procedimiento quirúrgico:
1. El día previo a la cirugía, en sala o unidad de emergencia.
2. Inmediatamente antes de trasladar el paciente a pabellón
3. Al ingreso en pabellón
4. En el quirófano:
    a. Antes de la inducción anestésica
    b. Antes de la incisión cutánea
    c. Antes de cerrar la piel
    d. Terminada la cirugía, previo a la salida del quirófano

En Anexo n° 1 la ficha técnica del indicador a evaluar.

Cir. Adulto: Servicio de Cirugía – Bloque Quirúrgico de Especialidades - Pensionado				
Nombre del documento	Procedimiento Medidas de Prevención de Eventos Adversos Asociados a Procesos Quirúrgicos			
N° Resolución: 13982 del 25/11/2013	Versión: 3		Fecha: Noviembre 2013	
Elaborado por: Natalia Valenzuela S., no consigna cargo Alejandra Muñoz M., no consigna cargo		Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional de Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años		N° páginas: 11	
Considera (Si/No)	Cx.pac. equivocado: Si	Cx. lado equivocado: Si	Error tipo Cx: Si	Cuerpo extraño en sitio qx: Si
Responsable de la aplicación	Si			

Breve descripción del contenido del documento:
En el Servicio de Cirugía Adultos, las Unidades de Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE) y Pensionado, para el punto de verificación Cir. Adulto, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Eventos Adversos Asociados a Procesos Quirúrgicos, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el documento aplica a todos los pacientes que ingresan a los pabellones quirúrgicos de Matenidad, Cardiovascular y Central. Se describen, en página 2, las responsabilidades en:
a. Unidad de Hospitalización o Unidad de emergencia de Enfermera, Matrona o Técnico paramédico a cargo del paciente, el día previo a la cirugía y antes del ingreso a pabellón.
b. Unidades de Pabellón, de Enfermera o Matrona, Médico anestesista, Auxiliar de anestesia, Primer cirujano, Pabellonera y Arsenalera

En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 a 9) se indica que las medidas a realizar para la prevención de la cirugía en

paciente equivocado, cirugía del lado equivocado, error del tipo de cirugía y cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico están contenidas en la "Lista de verificación de cirugía segura", la cual considera actividades específicas y se aplica en las distintas etapas del procedimiento quirúrgico:

1. El día previo a la cirugía, en sala o unidad de emergencia.
2. Inmediatamente antes de trasladar el paciente a pabellón
3. Al ingreso en pabellón
4. En el quirófano:
    a. Antes de la inducción anestésica
    b. Antes de la incisión cutánea
    c. Antes de cerrar la piel
    d. Terminada la cirugía, previo a la salida del quirófano

En Anexo n° 1 la ficha técnica del indicador a evaluar.

Cir. Infantil				
Nombre del documento	Procedimiento Medidas de Prevención de Eventos Adversos Asociados a Procesos Quirúrgicos			
N° Resolución: 13982 del 25/11/2013	Versión: 3	Fecha: Noviembre 2013		
Elaborado por: Natalia Valenzuela S., no consigna cargo Alejandra Muñoz M., no consigna cargo	Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional de Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 11		
Considera (Si/No)	Cx.pac. equivocado: Si	Cx. lado equivocado: Si	Error tipo Cx: Si	Cuerpo extraño en sitio qx: Si
Responsable de la aplicación	Si			

Breve descripción del contenido del documento:

En el Servicio de Pediatría para punto de verificación Cirugía Infantil, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Eventos Adversos Asociados a Procesos Quirúrgicos, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.

En alcance, página 2, determina que el documento aplica a todos los pacientes que ingresan a los pabellones quirúrgicos de Matenidad, Cardiovascular y Central. Se describen, en página 2, las responsabilidades en:

a. Unidad de Hospitalización o Unidad de emergencia de Enfermera, Matrona o Técnico paramédico a cargo del paciente, el día previo a la cirugía y antes del ingreso a pabellón.
b. Unidades de Pabellón, de Enfermera o Matrona, Médico anestesista, Auxiliar de anestesia, Primer cirujano, Pabellonera y Arsenalera

En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 a 9) se indica que las medidas a realizar para la prevención de la cirugía en paciente equivocado, cirugía del lado equivocado, error del tipo de cirugía y cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico están contenidas en la "Lista de verificación de cirugía segura", la cual considera actividades específicas y se aplica en las distintas etapas del procedimiento quirúrgico:

1. El día previo a la cirugía, en sala o unidad de emergencia.
2. Inmediatamente antes de trasladar el paciente a pabellón
3. Al ingreso en pabellón
4. En el quirófano:
    a. Antes de la inducción anestésica
    b. Antes de la incisión cutánea
    c. Antes de cerrar la piel
    d. Terminada la cirugía, previo a la salida del quirófano

En Anexo n° 1 la ficha técnica del indicador a evaluar.

GCL 2.1 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

PQ: Central – Maternidad y Cardiovascular	
Nombre del indicador	Pacientes intervenidos en los pabellones del HRA en los cuales se constata la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.
Fórmula matemática	(N° de pacientes intervenidos con "LV" de cirugía segura aplicada correctamente / Total de pacientes intervenidos quirúrgicamente) x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 2.1 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

PQ: Central	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Jeannette Flores Arancibia, Supervisora Pabellón Central / Enfermeros clínicos de Recuperación
Fuente primaria	RG-PAB-01-01. Lista de Verificación de Cirugía Segura
Fuente secundaria	Pautas de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La Unidad de Pabellón Central realiza una pauta diaria de lunes a domingo en Recuperación (30 pautas/mes), el paciente a evaluar se selecciona al azar. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Registro completo (recepción en pabellón) 2. Registro concordante con lo observado en pabellón (recepción en pabellón) 3. Aplicación antes de la inducción anestésica (aplicación de lista en pabellón) 4. Aplicación antes de la incisión cutánea (aplicación de lista en pabellón) 5. Aplicación antes de salir del quirófano (aplicación de lista en pabellón) 6. Información anexa completa

	Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
PQ: Maternidad	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Matrona de Pabellón / Matron de turno en horario inhábil
Fuente primaria	RG-PAB-01-01. Lista de Verificación de Cirugía Segura
Fuente secundaria	Pautas de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La Unidad de Pabellón Maternidad realiza 30 pautas/mes, realiza lista de verificación de cirugía segura al momento de ingresar el paciente a pabellón, aplica pauta de supervisión al terminar el procedimiento quirúrgico, una diaria de lunes a domingo, y los pacientes a evaluar se seleccionan al azar. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Registro completo (recepción en pabellón) 2. Registro concordante con lo observado en pabellón (recepción en pabellón) 3. Aplicación antes de la inducción anestésica (aplicación de lista en pabellón) 4. Aplicación antes de la incisión cutánea (aplicación de lista en pabellón) 5. Aplicación antes de salir del quirófano (aplicación de lista en pabellón) 6. Información anexa completa Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
PQ: Cardiovascular	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Enfermero Supervisor
Fuente primaria	RG-PAB-01-01. Lista de Verificación de Cirugía Segura
Fuente secundaria	Pautas de Supervisión
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realizaran 20 pautas/mes. La Unidad de Pabellón Cardiovascular realiza 30 pautas/mes, aplica pauta de supervisión antes que el paciente salga de la Unidad, de lunes a viernes y los pacientes a evaluar se seleccionan al azar. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Registro completo (recepción en pabellón) 2. Registro concordante con lo observado en pabellón (recepción en pabellón) 3. Aplicación antes de la inducción anestésica (aplicación de lista en pabellón) 4. Aplicación antes de la incisión cutánea (aplicación de lista en pabellón) 5. Aplicación antes de salir del quirófano (aplicación de lista en pabellón) 6. Información anexa completa Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Central

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas /	28	30	30	30	30	29	177
N° Total Pautas	30	30	30	30	30	30	180
% Cumplimiento	93.3	100	100	100	100	96.7	98.3

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Central

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-PAB-01-01. Lista de Verificación de Cirugía Segura" de Pabellón Central, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 30 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la fecha de cada evaluación, el nombre del paciente, los atributos definidos y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro, no consignan la Unidad en que fueron aplicadas.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas /	177					
N° Total Pautas	180					
% Cumplimiento	98					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 98% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (177/180= 98%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Maternidad

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas /	30	30	30	30	30	30	180
N° Total Pautas	30	30	30	30	30	30	180
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Maternidad

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-PAB-01-01. Lista de Verificación de Cirugía Segura" de Pabellón Maternidad, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 30 evaluaciones.

Todos ellos tienen consignado el mes y la Unidad de aplicación, la fecha de cada evaluación, el nombre del paciente y los atributos definidos, no consignan la identificación del evaluador, con excepción del mes de octubre.						
Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas /	180					
N° Total Pautas	180					
% Cumplimiento	100					
Observaciones: El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (180/180= 100%), se considera cumplido el elemento medible.						

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Cardiovascular							
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas /	30	30	30	30	30	30	180
N° Total Pautas	30	30	30	30	30	30	180
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Cardiovascular						
Describir constatación Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista. Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-PAB-01-01. Lista de Verificación de Cirugía Segura" de Pabellón Cardiovascular, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, cada uno contiene 30 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes y la Unidad de aplicación, la fecha de cada evaluación, el nombre del paciente y los atributos definidos, no consignan la identificación del evaluador, con excepción del mes de octubre.						
Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas /	180					
N° Total Pautas	180					
% Cumplimiento	100					
Observaciones: El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (180/180= 100%), se considera cumplido el elemento medible.						

CARACTERÍSTICA GCL 2.1 OBLIGATORIA /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección	PQ	Cir. Adulto	Cir. Infantil
Primer elemento medible	1	1	1	1
Segundo elemento medible		1		
Tercer elemento medible		1		
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 6/6	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA GCL 2.2 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

GCL 2.2 – Primer elemento medible: Se describe en documento(s) de carácter institucional las medidas de prevención. Se han definido los responsables de su aplicación

Dirección o Gerencia: Error de medicación (1)		
Nombre del documento	Medidas de Prevención de Error de Medicación	
N° Resolución: 0335 del 16/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera Tirsa González Antiquera, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 28
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicación, código PO-SDEM-14, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica al personal de enfermería, matronería y técnico del establecimiento que participe en la administración de un fármaco. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los Médicos, Enfermeras y/o Matronas, Técnicos paramédicos y Enfermera o Matrona Supervisora. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 11 a 19) se detallan las medidas de prevención de error de medicación en la administración (5 correctos), los medicamentos a administrar según estamento y servicio, la transcripción, la dispensación de medicamentos, la recepción y almacenamiento de fármacos en las áreas clínicas, la preparación de medicamentos a administrar y acciones ante un error de medicación. En anexo n° 2 y n°3 los documentos "RG-SDEM-14-01 Pauta de Supervisión de Medidas de Prevención de Error de Medicación" y la Ficha técnica del indicador a evaluar respectivamente.		
Dirección o Gerencia: Caídas (2)		

Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de caídas de paciente"	
N° Resolución: 369 del 17/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera	Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 13
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de caídas de paciente, código PO-SDEM-07, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos, con riesgo de sufrir caídas. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
Dirección o Gerencia: Ulceras por presión (3)		
Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de úlceras por presión"	
N° Resolución: 3582 del 08/05/2015	Versión:2	Fecha: Abril 2015
Elaborado por: Tirsa Orellana Antiquera, Supervisora UCI Adultos Alejandra Milles García, Supervisora Medicina Janis Orellana Olivares, Supervisora "BQE" Verónica Contreras Toro, Supervisora UPC Pediátrica	Aprobado por: Francisco Bueno Natush, Director(S) Hospital Clínico Regional Leonardo Guzmán de Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 29
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de úlceras por presión, código PO-SDEM-10, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos y neonatales, con excepción de quienes tienen contraindicación médica de movilización. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Kinesiólogo y/o Terapeuta Ocupacional, Técnico Paramédico, Nutricionista y Médico. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
PRO Endoscópicos: Unidad de Endoscopía / Pabellón de Cistoscopía: Error de medicación (1)		
Nombre del documento	Medidas de Prevención de Error de Medicación	
N° Resolución: 0335 del 16/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera Tirsa González Antiquera, Enfermera	Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 28
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En las Unidades de Endoscopía y Pabellón Central (de quien depende administrativamente el pabellón de Cistoscopía) para punto de verificación PRO Endoscópicos, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicación, código PO-SDEM-14, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica al personal de enfermería, matronería y técnico del establecimiento que participe en la administración de un fármaco. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los Médicos, Enfermeras y/o Matronas, Técnicos paramédicos y Enfermera o Matrona Supervisora. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 11 a 19) se detallan las medidas de prevención de error de medicación en la administración (5 correctos), los medicamentos a administrar según estamento y servicio, la transcripción, la dispensación de medicamentos, la recepción y almacenamiento de fármacos en las áreas clínicas, la preparación de medicamentos a administrar y acciones ante un error de medicación. En anexo n° 2 y n°3 los documentos "RG-SDEM-14-01 Pauta de Supervisión de Medidas de Prevención de Error de Medicación" y la Ficha técnica del indicador a evaluar respectivamente.		
PRO Endoscópicos: Unidad de Endoscopía / Pabellón de Cistoscopía: Caídas (2)		
Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de caídas de paciente"	

N° Resolución: 369 del 17/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera	Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 13
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En las Unidades de Endoscopía y Pabellón Central (de quien depende administrativamente el pabellón de Cistoscopía) para punto de verificación PRO Endoscópicos, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de caídas de paciente, código PO-SDEM-07, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos, con riesgo de sufrir caídas. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se planifican las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
UPC Ad: UCI Adultos / "UTI MQ" / UCI Coronaria: Error de medicación (1)		
Nombre del documento	Medidas de Prevención de Error de Medicación	
N° Resolución: 0335 del 16/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera Tirsa González Antiquera, Enfermera	Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 28
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En las Unidades de UCI Adultos, UTI MQ y UCI Coronaria para punto de verificación UPC Adultos, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicación, código PO-SDEM-14, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica al personal de enfermería, matronería y técnico del establecimiento que participe en la administración de un fármaco. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los Médicos, Enfermeras y/o Matronas, Técnicos paramédicos y Enfermera o Matrona Supervisora. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 11 a 19) se detallan las medidas de prevención de error de medicación en la administración (5 correctos), los medicamentos a administrar según estamento y servicio, la transcripción, la dispensación de medicamentos, la recepción y almacenamiento de fármacos en las áreas clínicas, la preparación de medicamentos a administrar y acciones ante un error de medicación. En anexo n° 2 y n°3 los documentos "RG-SDEM-14-01 Pauta de Supervisión de Medidas de Prevención de Error de Medicación" y la Ficha técnica del indicador a evaluar respectivamente.		
UPC Ad: UCI Adultos / "UTI MQ" / UCI Coronaria: Caídas (2)		
Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de caídas de paciente"	
N° Resolución: 369 del 17/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera	Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 13
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En las Unidades de UCI Adultos, UTI MQ y UCI Coronaria para punto de verificación UPC Adultos, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de caídas de paciente, código PO-SDEM-07, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos, con riesgo de sufrir caídas. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
UPC Ad: UCI Adultos / "UTI MQ" / UCI Coronaria: Ulceras por presión (3)		
Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de úlceras por presión"	

N° Resolución: 3582 del 08/05/2015	Versión:2	Fecha: Abril 2015
Elaborado por: Tirsa Orellana Antiquera, Supervisora UCI Adultos Alejandra Milles García, Supervisora Medicina Janis Orellana Olivares, Supervisora "BQE" Verónica Contreras Toro, Supervisora UPC Pediátrica	Aprobado por: Francisco Bueno Natush, Director(S) Hospital Clínico Regional Leonardo Guzmán de Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 29
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En las Unidades de UCI Adultos, UTI MQ y UCI Coronaria para punto de verificación UPC Adultos, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de úlceras por presión, código PO-SDEM-10, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos y neonatales, con excepción de quienes tienen contraindicación médica de movilización. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Kinesiólogo y/o Terapeuta Ocupacional, Técnico Paramédico, Nutricionista y Médico. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
UPC Ped: Error de medicación (1)		
Nombre del documento	Medidas de Prevención de Error de Medicación	
N° Resolución: 0335 del 16/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera Tirsa González Antiquera, Enfermera	Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 28
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación UPC Pediátrica se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicación, código PO-SDEM-14, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica al personal de enfermería, matronería y técnico del establecimiento que participe en la administración de un fármaco. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los Médicos, Enfermeras y/o Matronas, Técnicos paramédicos y Enfermera o Matrona Supervisora. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 11 a 19) se detallan las medidas de prevención de error de medicación en la administración (5 correctos), los medicamentos a administrar según estamento y servicio, la transcripción, la dispensación de medicamentos, la recepción y almacenamiento de fármacos en las áreas clínicas, la preparación de medicamentos a administrar y acciones ante un error de medicación. En anexo n° 2 y n°3 los documentos "RG-SDEM-14-01 Pauta de Supervisión de Medidas de Prevención de Error de Medicación" y la Ficha técnica del indicador a evaluar respectivamente.		
UPC Ped: Caídas (2)		
Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de caídas de paciente"	
N° Resolución: 369 del 17/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera	Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 13
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación UPC Pediátrica se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de caídas de paciente, código PO-SDEM-07, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos, con riesgo de sufrir caídas. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
UPC Ped: Ulceras por presión (3)		
Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de úlceras por presión"	
N° Resolución: 3582 del 08/05/2015	Versión:2	Fecha: Abril 2015

Elaborado por: Tirsa Orellana Antiquera, Supervisora UCI Adultos Alejandra Milles García, Supervisora Medicina Janis Orellana Olivares, Supervisora "BQE" Verónica Contreras Toro, Supervisora UPC Pediátrica		Aprobado por: Francisco Bueno Natush, Director(S) Hospital Clínico Regional Leonardo Guzmán de Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 29
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación UPC Pediátrica se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de úlceras por presión, código PO-SDEM-10, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos y neonatales, con excepción de quienes tienen contraindicación médica de movilización. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Kinesiólogo y/o Terapeuta Ocupacional, Técnico Paramédico, Nutricionista y Médico. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
Med: Servicio Medicina / "UAPP" / Pensionado: Error de medicación (1)		
Nombre del documento	Medidas de Prevención de Error de Medicación	
N° Resolución: 0335 del 16/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera Tirsa González Antiquera, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 28
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Medicina, "UAPP" y Pensionado para punto de verificación Medicina, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicación, código PO-SDEM-14, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica al personal de enfermería, matronería y técnico del establecimiento que participe en la administración de un fármaco. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los Médicos, Enfermeras y/o Matronas, Técnicos paramédicos y Enfermera o Matrona Supervisora. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 11 a 19) se detallan las medidas de prevención de error de medicación en la administración (5 correctos), los medicamentos a administrar según estamento y servicio, la transcripción, la dispensación de medicamentos, la recepción y almacenamiento de fármacos en las áreas clínicas, la preparación de medicamentos a administrar y acciones ante un error de medicación. En anexo n° 2 y n°3 los documentos "RG-SDEM-14-01 Pauta de Supervisión de Medidas de Prevención de Error de Medicación" y la Ficha técnica del indicador a evaluar respectivamente.		
Med: Servicio Medicina / "UAPP" / Pensionado: Caídas (2)		
Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de caídas de paciente"	
N° Resolución: 369 del 17/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 13
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Medicina, "UAPP" y Pensionado, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de caídas de paciente, código PO-SDEM-07, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos, con riesgo de sufrir caídas. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
Med: Servicio Medicina / "UAPP" / Pensionado: Ulceras por presión (3)		
Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de úlceras por presión"	
N° Resolución: 3582 del 08/05/2015	Versión:2	Fecha: Abril 2015
Elaborado por:		Aprobado por:

Tirsa Orellana Antiquera, Supervisora UCI Adultos Alejandra Milles García, Supervisora Medicina Janis Orellana Olivares, Supervisora "BQE" Verónica Contreras Toro, Supervisora UPC Pediátrica		Francisco Bueno Natush, Director(S) Hospital Clínico Regional Leonardo Guzmán de Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 29
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Medicina, "UAPP" y Pensionado, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de úlceras por presión, código PO-SDEM-10, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos y neonatales, con excepción de quienes tienen contraindicación médica de movilización. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Kinesiólogo y/o Terapeuta Ocupacional, Técnico Paramédico, Nutricionista y Médico. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
Ped: Error de medicación (1)		
Nombre del documento	Medidas de Prevención de Error de Medicación	
N° Resolución: 0335 del 16/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera Tirsa González Antiquera, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 28
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Pediatría se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicación, código PO-SDEM-14, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica al personal de enfermería, matronería y técnico del establecimiento que participe en la administración de un fármaco. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los Médicos, Enfermeras y/o Matronas, Técnicos paramédicos y Enfermera o Matrona Supervisora. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 11 a 19) se detallan las medidas de prevención de error de medicación en la administración (5 correctos), los medicamentos a administrar según estamento y servicio, la transcripción, la dispensación de medicamentos, la recepción y almacenamiento de fármacos en las áreas clínicas, la preparación de medicamentos a administrar y acciones ante un error de medicación. En anexo n° 2 y n°3 los documentos "RG-SDEM-14-01 Pauta de Supervisión de Medidas de Prevención de Error de Medicación" y la Ficha técnica del indicador a evaluar respectivamente.		
Ped: Caídas (2)		
Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de caídas de paciente"	
N° Resolución: 369 del 17/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 13
Responsable de la aplicación	Si	
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Pediatría se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de caídas de paciente, código PO-SDEM-07, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos, con riesgo de sufrir caídas. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
Ped: Ulceras por presión (3)		
Nombre del documento	Procedimiento "Medidas de prevención de úlceras por presión"	
N° Resolución: 3582 del 08/05/2015	Versión:2	Fecha: Abril 2015
Elaborado por: Tirsa Orellana Antiquera, Supervisora UCI Adultos Alejandra Milles García, Supervisora Medicina		Aprobado por: Francisco Bueno Natush, Director(S) Hospital Clínico Regional Leonardo Guzmán de Antofagasta

Janis Orellana Olivares, Supervisora "BQE" Verónica Contreras Toro, Supervisora UPC Pediátrica		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 29
Responsable de la aplicación | Si		
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Pediatría se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de úlceras por presión, código PO-SDEM-10, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos y neonatales, con excepción de quienes tienen contraindicación médica de movilización. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Kinesiólogo y/o Terapeuta Ocupacional, Técnico Paramédico, Nutricionista y Médico. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
Cir: Adulto: Servicio Cirugía / Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE): Error de medicación (1)		
Nombre del documento | Medidas de Prevención de Error de Medicación		
N° Resolución: 0335 del 16/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera Tirsa González Antiquera, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 28
Responsable de la aplicación | Si		
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Cirugía Adultos y Unidad Bloque Quirúrgico de Especialidades para punto de verificación Cirugía Adulto, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicación, código PO-SDEM-14, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica al personal de enfermería, matronería y técnico del establecimiento que participe en la administración de un fármaco. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los Médicos, Enfermeras y/o Matronas, Técnicos paramédicos y Enfermera o Matrona Supervisora. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 11 a 19) se detallan las medidas de prevención de error de medicación en la administración (5 correctos), los medicamentos a administrar según estamento y servicio, la transcripción, la dispensación de medicamentos, la recepción y almacenamiento de fármacos en las áreas clínicas, la preparación de medicamentos a administrar y acciones ante un error de medicación. En anexo n° 2 y n°3 los documentos "RG-SDEM-14-01 Pauta de Supervisión de Medidas de Prevención de Error de Medicación" y la Ficha técnica del indicador a evaluar respectivamente.		
Cir. Adulto: Servicio Cirugía – Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE): Caídas (2)		
Nombre del documento | Procedimiento "Medidas de prevención de caídas de paciente"		
N° Resolución: 369 del 17/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 13
Responsable de la aplicación | Si		
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Cirugía Adultos y Unidad Bloque Quirúrgico de Especialidades para punto de verificación Cirugía Adulto, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de caídas de paciente, código PO-SDEM-07, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos, con riesgo de sufrir caídas. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
Cir: Adulto: Servicio Cirugía / Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE): Ulceras por presión (3)		
Nombre del documento | Procedimiento "Medidas de prevención de úlceras por presión"		
N° Resolución: 3582 del 08/05/2015	Versión:2	Fecha: Abril 2015
Elaborado por: Tirsa Orellana Antiquera, Supervisora UCI Adultos Alejandra Milles García, Supervisora Medicina		Aprobado por: Francisco Bueno Natush, Director(S) Hospital Clínico Regional Leonardo Guzmán de Antofagasta

Janis Orellana Olivares, Supervisora "BQE" Verónica Contreras Toro, Supervisora UPC Pediátrica		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 29
Responsable de la aplicación | Si		
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Cirugía Adultos y Unidad Bloque Quirúrgico de Especialidades para punto de verificación Cirugía Adulto, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de úlceras por presión, código PO-SDEM-10, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos y neonatales, con excepción de quienes tienen contraindicación médica de movilización. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Kinesiólogo y/o Terapeuta Ocupacional, Técnico Paramédico, Nutricionista y Médico. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
Obst-gine: Error de medicación (1)		
Nombre del documento | Medidas de Prevención de Error de Medicación		
N° Resolución: 0335 del 16/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera Tirsa González Antiquera, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 28
Responsable de la aplicación | Si		
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Gíneco-Obstetricia se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicación, código PO-SDEM-14, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica al personal de enfermería, matronería y técnico del establecimiento que participe en la administración de un fármaco. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los Médicos, Enfermeras y/o Matronas, Técnicos paramédicos y Enfermera o Matrona Supervisora. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 11 a 19) se detallan las medidas de prevención de error de medicación en la administración (5 correctos), los medicamentos a administrar según estamento y servicio, la transcripción, la dispensación de medicamentos, la recepción y almacenamiento de fármacos en las áreas clínicas, la preparación de medicamentos a administrar y acciones ante un error de medicación. En anexo n° 2 y n°3 los documentos "RG-SDEM-14-01 Pauta de Supervisión de Medidas de Prevención de Error de Medicación" y la Ficha técnica del indicador a evaluar respectivamente.		
Obst-gine: Caídas (2)		
Nombre del documento | Procedimiento "Medidas de prevención de caídas de paciente"		
N° Resolución: 369 del 17/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 13
Responsable de la aplicación | Si		
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Gíneco-Obstetricia se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de caídas de paciente, código PO-SDEM-07, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos, con riesgo de sufrir caídas. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		
URG: Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica / Unidad de Emergencia Gíneco Obstétrica: Error de medicación (1)		
Nombre del documento | Medidas de Prevención de Error de Medicación		
N° Resolución: 0335 del 16/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta

Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera Tirsa González Antiquera, Enfermera		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 28
Responsable de la aplicación | Si		
Breve descripción del contenido del documento: En las Unidades de Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco Obstétrica para punto de verificación Urgencia, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de Prevención de Error de Medicación, código PO-SDEM-14, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica al personal de enfermería, matronería y técnico del establecimiento que participe en la administración de un fármaco. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los Médicos, Enfermeras y/o Matronas, Técnicos paramédicos y Enfermera o Matrona Supervisora. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 11 a 19) se detallan las medidas de prevención de error de medicación en la administración (5 correctos), los medicamentos a administrar según estamento y servicio, la transcripción, la dispensación de medicamentos, la recepción y almacenamiento de fármacos en las áreas clínicas, la preparación de medicamentos a administrar y acciones ante un error de medicación. En anexo n° 2 y n°3 los documentos "RG-SDEM-14-01 Pauta de Supervisión de Medidas de Prevención de Error de Medicación" y la Ficha técnica del indicador a evaluar respectivamente.		
URG: Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica / Unidad de Emergencia Gíneco Obstétrica: Caídas (2)		
Nombre del documento | Procedimiento "Medidas de prevención de caídas de paciente"		
N° Resolución: 369 del 17/01/2013	Versión: 2	Fecha: Diciembre 2012
Elaborado por: Roxana Maldonado Claro, Matrona Verónica Contreras Toro, Enfermera Gloria Moraga Órdenes, Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, Enfermera		Aprobado por: Juan Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 13
Responsable de la aplicación | Si		
Breve descripción del contenido del documento: En las Unidades de Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco Obstétrica para punto de verificación Urgencia, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Medidas de prevención de caídas de paciente, código PO-SDEM-07, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todos los pacientes hospitalizados adultos y pediátricos, con riesgo de sufrir caídas. Serán responsables de su aplicación y cumplimiento la Enfermera o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio. En el ítem n° 7 "Descripción del Proceso" (páginas 5 y 6) se establece que al ingreso de un paciente a una Unidad se realizará evaluación de riesgo de caída aplicando la Escala de Riesgo de caídas, clasificando éste en alto, medio o bajo riesgo de caída. De acuerdo al riesgo evaluado se deben planificar las medidas de prevención. En anexos n° 2 y n° 3 se encuentran los instrumentos de evaluación de riesgo de caídas utilizados adulto y pediátrico. En anexo n° 4 se describen las medidas de prevención de caídas según el riesgo evaluado.		

GCL 2.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento, relacionados con el cumplimiento de las medidas de prevención.

PRO Endoscópicos: Unidad de Endoscopía / Procedimientos Urológicos	
Nombre del indicador	Porcentaje tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas de prevención para evitar errores de medicación
Fórmula matemática	N° de tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas para prevenir errores de medicación / N° total de tratamientos endovenosos administrados x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad: UCI Adultos / "UTI MQ" / UCI Coronaria: Ulceras por presión	
Nombre del indicador	Porcentaje tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas de prevención para evitar errores de medicación
Fórmula matemática	N° de tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas para prevenir errores de medicación / N° total de tratamientos endovenosos administrados x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ped	
Nombre del indicador	Porcentaje tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas de prevención para evitar errores de medicación
Fórmula matemática	N° de tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas para prevenir errores de medicación / N° total de tratamientos endovenosos administrados x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med: Servicio Medicina / "UAPP" / Pensionado	
Nombre del indicador	Porcentaje tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas de prevención para evitar errores de medicación
Fórmula matemática	N° de tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas para prevenir errores de medicación / N° total de tratamientos endovenosos administrados x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Ped	
Nombre del indicador	Porcentaje tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas de prevención para evitar errores de medicación

Fórmula matemática	N° de tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas para prevenir errores de medicación / N° total de tratamientos endovenosos administrados x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Cir. Adulto: Servicio Cirugía / Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE)	
Nombre del indicador	Porcentaje tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas de prevención para evitar errores de medicación
Fórmula matemática	N° de tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas para prevenir errores de medicación / N° total de tratamientos endovenosos administrados x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Obst-gine	
Nombre del indicador	Porcentaje tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas de prevención para evitar errores de medicación
Fórmula matemática	N° de tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas para prevenir errores de medicación / N° total de tratamientos endovenosos administrados x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
URG: Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica / Unidad de Emergencia Gíneco Obstétrica	
Nombre del indicador	Porcentaje tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas de prevención para evitar errores de medicación
Fórmula matemática	N° de tratamientos endovenosos administrados que cumplen con las medidas para prevenir errores de medicación / N° total de tratamientos endovenosos administrados x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 2.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

PRO Endoscópicos: Unidad de Endoscopía	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Nathalie Allendes Arias, Enfermera Supervisora Endoscopía
Fuente primaria	Hoja de Atención de Enfermería
Fuente secundaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. En la Unidad de Endoscopía la Técnico Paramédico registra en la hoja de atención de enfermería lo observado durante la administración de medicamentos endovenosos que realiza la enfermera de la Unidad (Profesional Única). Aplica 1 pauta diaria al final de la jornada de lunes a viernes y para la selección del registro de enfermería a evaluar randomiza diariamente los pacientes con administración de medicamentos endovenosos atendidos. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
PRO Endoscópicos: Pabellón de Cistoscopía (Pabellón central)	
Observaciones: No existe constancia de evaluación periódica, el prestador no evalúa el indicador definido.	
UPC Ad: UCI Adultos	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Tirsa González, Enfermera Supervisora UCI Adultos
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Se aplica una pauta diaria de lunes a viernes. Para la selección del procedimiento a supervisar se randomiza mensualmente la cama de la Unidad con el paciente a evaluar. El criterio de sustitución es la cama siguiente. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
UPC Ad: "UTI MQ"	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Rossana Pacheco, Enfermera Supervisora UTI MQ (S)
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica

Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Se aplica una pauta diaria de lunes a viernes, utiliza la randomización preparada por la Unidad de calidad. Para la selección del procedimiento a supervisar se randomiza mensualmente la cama de la Unidad con el paciente a evaluar. El criterio de sustitución es la cama siguiente. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
UPC Ad: UCI Coronaria	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Magdalena Cerda, Enfermera Supervisora /Maribel Donoso, Enfermera Supervisora (S)
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Para la aplicación de pautas randomizan el día y las camas de la Unidad a evaluar, aplican 2 a 3 pautas, de lunes a viernes, el día seleccionado El criterio de sustitución es la cama siguiente. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
UPC Ped	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Verónica Contreras, Enfermera Supervisora / Katherine Castillo, Enfermera Supervisora (S)
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Para la aplicación de pautas aleatorizan el día y la cama de la Unidad a evaluar, aplican 1 pauta diaria de lunes a viernes. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Med: Servicio Medicina	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Alejandra Millies, Enfermera Supervisora
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Para la aplicación de pautas enumeran en forma correlativa las 64 camas del servicio y aleatorizan mensualmente la semana, día y cama a evaluar. Aplican 5 pautas el día de la semana seleccionado. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Med: "UAPP"	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Rosa Santander, Enfermera Supervisora / Alejandra Cuevas, Encargada de Calidad

Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Para la aplicación de pautas aleatorizan mensualmente la semana y cama a evaluar. Aplican 1 pauta diaria de lunes a viernes. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Med: Pensionado	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Sandra González, Encargada de Calidad
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Para la aplicación de pautas utilizan la randomización de camas efectuada una vez al año. Aplican 1 pauta diaria de lunes a viernes. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Ped	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Carolina Urrutia, Encargada de Calidad
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Para la aplicación de pautas utilizan aleatorizan la sala por día y la cama. Aplican 1 pauta diaria de lunes a viernes. El criterio de sustitución es el paciente siguiente Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Cir. Adulto: Servicio Cirugía	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Karen Estivales, Enfermera Supervisora / Stephany Escudero, Encargada de Calidad
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Para la aplicación de pautas enumeran en forma correlativa las 90 camas del servicio y aleatorizan anualmente la semana, día (de lunes a viernes) y cama a evaluar. Aplican 5 pautas el día de la semana seleccionado. El criterio de sustitución es la cama siguiente. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Cir. Adulto: Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE)	

Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Janis Orellana, Enfermera Supervisora. -.Encargada de Calidad/ Karen Chepillo, Encargada de Calidad (S)
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Para la aplicación de pautas aleatorizan a los Técnicos Paramédicos y lo evalúan (de lunes a viernes) al administrar tratamiento a los pacientes que tienen a su cargo. El criterio de sustitución es el paciente siguiente a la derecha. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
Obst-gine	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Matrona Clínica diurna
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Ficha clínica
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Para la aplicación de pautas aleatorizan mensualmente las camas y evalúan al Técnico Paramédico asignado a ella al administrar tratamiento. Aplican 1 pauta diaria de lunes a viernes. El criterio de sustitución es la paciente siguiente con tratamiento endovenoso. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
URG: Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Paulina Leila C., Encargada de Calidad / Enfermera Diurna de Pediatría
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Dato de Atención de Urgencia (DAU)
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Para la aplicación de pautas enumeran en forma correlativa las 28 camillas, adulto y pediátricas del servicio y aleatorizan anualmente día y cama a evaluar. Aplican 1 pauta diaria de lunes a viernes. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.
URG: Unidad de Emergencia Gíneco Obstétrica	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Carol Araya J., Matrona Encargada de Calidad Emergencia Gíneco-Obstétrica
Fuente primaria	RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación
Fuente secundaria	Dato de Atención de Urgencia (DAU)
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente determinó que se realicen 20 pautas/mes. Aplican 1 pauta diaria de lunes a viernes, la selección de la paciente es al azar. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Selecciona él o los fármacos correctos con las tarjetas de tratamiento 2. Calcula la dosis del fármaco a administrar 3. Verifica al paciente correcto con brazalete de identificación 4. Verifica vía de administración 5. Registra los medicamentos administrados con ticket e iniciales del responsable de la

	administración en terapia. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PRO Endoscópicos: Unidad de Endoscopía							
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PRO Endoscópicos: Unidad de Endoscopía							
Describir constatación Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista. Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" de la Unidad de Endoscopía, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro, no consignan la Unidad en que fueron aplicadas.							
Mes /Año	Total del periodo						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	120						
	120						
% Cumplimiento	100						
Observaciones: El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (120/120= 100%), se considera cumplido el elemento medible.							
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PRO Endoscópicos: Pabellón de Cistoscopía							
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	Sin evaluación	Sin evaluación	Sin evaluación	Sin evaluación	Sin evaluación	Sin evaluación	
Observaciones: El prestador no evalúa el indicador definido, no presenta antecedentes.							
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PRO Endoscópicos: Procedimientos Urológicos							
Observaciones: El prestador no evalúa el indicador definido, no presenta antecedentes. No cumple el elemento medible.							
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UCI Adultos							
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	19	19	18	20	19	115
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	95	95	90	100	95	96
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UCI Adultos							
Describir constatación Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista. Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" de la UCI Adultos, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro, al pie de página se registra si se sustituyó algún paciente, el motivo y la nueva cama.							
Mes /Año	Total del periodo						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	115						
	120						
% Cumplimiento	96						
Observaciones: El prestador reporta un cumplimiento de 96% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (115/120= 96%), se considera cumplido el elemento medible.							
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: "UTI MQ"							
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	20	20	17	18	18	113
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	85	90	90	94
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: "UTI MQ"							

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" de la UTI MQ, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro, al pie de página se registra si se sustituyó algún paciente, el motivo y la nueva cama.

Mes /Año	Total del periodo						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	113						
	120						
% Cumplimiento	94						

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 94% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (113/120= 94%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UCI Coronaria

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	18	18	18	18	19	19	110
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	90	90	90	90	95	95	92

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UCI Coronaria

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" de la UCI Coronaria, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro.

Mes /Año	Total del periodo						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	110						
	120						
% Cumplimiento	92						

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 92% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (110/120= 92%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ped

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ped

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" de la UPC Pediátrica, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro.

Mes /Año	Total del periodo						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	120						
	120						
% Cumplimiento	100						

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (120/120= 100%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med: Servicio Medicina

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	20	15	19	17	18	109
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	75	95	85	90	91

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: Servicio Medicina

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" del Servicio de Medina, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad (con excepción de septiembre), la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento, las iniciales de quien evalúa frente a cada registro y el nombre del funcionario evaluado. En algunas de las evaluaciones que no cumplen registran las iniciales del funcionario y el medicamento administrado.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	109					
	120					
% Cumplimiento	91					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 91% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (109/120= 91%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med: "UAPP"

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	18	17	17	18	20	19	109
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	90	85	85	90	100	95	91

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: "UAPP"

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" de "UAPP", aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento, las iniciales de quien evalúa frente a cada registro y las iniciales del funcionario evaluado.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	109					
	120					
% Cumplimiento	91					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 91% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (109/120= 91%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med: Pensionado

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: Pensionado

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" de la Unidad de Pensionado, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro. Marcan con destacador las evaluaciones que corresponden a pacientes quirúrgicos.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	120					
	120					
% Cumplimiento	100					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (120/120= 100%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Ped

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Ped

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" del Servicio de Pediatría, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y el nombre de quien evalúa frente a cada registro.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	120					
	120					
% Cumplimiento	100					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (120/120= 100%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Cir Adulto: Servicio Cirugía

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	19	20	13	20	20	19	111
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	95	100	65	100	100	95	92

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Cir Adulto: Servicio Cirugía

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" del Servicio de Cirugía, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y el nombre de quien evalúa frente a cada registro.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	111					
	120					
% Cumplimiento	92					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 92% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (111/120= 92%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Cir Adulto: Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE)

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	20	20	20	18	20	118
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	90	100	98

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Cir Adulto: Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE)

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" del BQE, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y el nombre de quien evalúa frente a cada registro. Ninguna consigna la Unidad evaluada.
Se deja constancia que la aplicación de las pautas no se realiza de acuerdo a los días y cantidades randomizadas. Octubre:

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	118					
	120					
% Cumplimiento	98					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 98% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (118/120= 98%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Obst-gine

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo

N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20	120
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Obst-gine

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" del Servicio de Gíneco-Obstetricia, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y el nombre de quien evalúa frente a cada registro, no consignan la Unidad en que fueron aplicadas. Al pie de página el total de pautas aplicadas, las que cumplen y el porcentaje de cumplimiento

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	120					
	120					
% Cumplimiento	100					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (120/120= 100%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG: Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	13	18	19	15	17	102
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	65	88	95	75	85	85

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG: Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica

Describir constatación
Del total de 120 pautas del periodo evaluado tenidas a la vista aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre de 2015, y de acuerdo a las recomendaciones de las Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno Situación 1, siendo el resultado del periodo reportado por el prestador 85%, se procede a tomar una muestra randomizada de 30 evaluaciones en las cuales se constata cumplimiento.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" de la Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la Unidad, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y el nombre de quien evalúa frente a cada registro. Al pie de página el total de pautas aplicadas, las que cumplen y el porcentaje de cumplimiento.
Se constata error en el cálculo del mes de julio, dice 88% y el valor corresponde a 90%

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	23					
	30					
% Cumplimiento	77					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 85% para el periodo evaluado, los valores constatados se encuentran en el rango de los valores reportados por el prestador (23/30= 77%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG: Unidad de Emergencia Gíneco Obstétrica

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20	20	18	20	19	20	117
	20	20	20	20	20	20	120
% Cumplimiento	100	100	90	100	95	100	97

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG: Unidad de Emergencia Gíneco Obstétrica

Describir constatación
Del total de 120 pautas del periodo evaluado tenidas a la vista aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre de 2015, y de acuerdo a las recomendaciones de las Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno Situación 1, siendo el resultado del periodo reportado por el prestador 97%, se procede a tomar una muestra randomizada de 30 evaluaciones en las cuales se constata cumplimiento de las 7 primeras.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-SDEM-14 Pauta de Supervisión de medidas de prevención de error de medicación" de la Unidad de Emergencia Gíneco-Obstétrica, un documento por cada mes, cada uno contiene 20 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la fecha de cada evaluación, el número de ficha del paciente, los atributos definidos, el cumplimiento y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro, excepto el mes de agosto, no consignan la Unidad evaluada (excepto junio). Al pie de página el total de pautas aplicadas, las que cumplen y el porcentaje de cumplimiento

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7					
	7					
% Cumplimiento	100					
Observaciones: El prestador reporta un cumplimiento de 97% para el periodo evaluado, se constata el cumplimiento de la revisión de las siete primeras pautas de la muestra de 30 seleccionadas, se da por cumplido el elemento medible.						

CARACTERÍSTICA GCL 2.2 OBLIGATORIA /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje (1-0-NA)	Dirección	PRO Endos.	UPCAd	UPCPed	Med	Ped	Cir.Adulto	Obst-gine	URG
1° elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2° elemento medible		1	1	1	1	1	1	1	1
3° elemento medible		0	1	1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 24/25		Porcentaje obtenido: 96%				Cumple: Si		

CARACTERÍSTICA GCL 2.3 /HALLAZGOS

GCL 2.3 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención, que contempla al menos. Se han definido los responsables de su aplicación.

Dirección o Gerencia									
Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento son los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico. En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes. Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado. En anexos los siguientes formularios: Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora Se tiene a vista documento anterior obsoleto, código PO-UCSP-2, versión 1, de fecha Julio 2014.									
PQ: Pabellón Central / Pabellón Maternidad / Pabellón Cardiovascular									
Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								
Breve descripción del contenido del documento: En las Unidades de Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la									

Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

PRO: Unidad de Hemodinamia / Procedimientos Endoscópicos / Pabellón Cistoscopía (Pabellón Central)								
Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"							
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02			Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta				Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años			N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si
Responsable de la aplicación	Si							

Breve descripción del contenido del documento:
En las Unidades de Hemodinamia, Procedimientos Endoscópicos y Pabellón Central (de quien depende administrativamente Pabellón de Cistoscopía) para punto de verificación PRO, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

UPC Ad: UCI Adultos / UTI MQ / UCI Coronaria								
Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"							
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02			Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta				Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años			N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si
Responsable de la aplicación	Si							

Breve descripción del contenido del documento:
En las Unidades de UCI Adultos, UTI MQ y UCI Coronaria para punto de verificación UPC Ad, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.

En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

UPC Ped

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación UPC Pediátrica, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

UPC Neo

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación UPC Neonatal, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de

Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora
Se tiene a vista documento anterior obsoleto, código PO-UCSP-2, versión 1, de fecha Julio 2014.

Med: Servicio Medicina / Unidad Atención Progresiva de Pacientes (UAPP)

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En Servicio de Medicina y UAPP para punto de verificación Med., se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

Cir Ad.: Servicio Cirugía / Bloque Quirúrgico de Especialidades (BQE)

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En Servicio de Cirugía y BQE para punto de verificación Cir. Ad., se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.

En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

Cir Inf.

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En Servicio de Pediatría para punto de verificación Cir. Inf., se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

Ped

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En Servicio Pediatría se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía,

Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

Neo

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En Unidad de Neonatología se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

Obst-Gine

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En Servicio Obstetricia y Ginecología se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.

Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

APF

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En Unidad de Farmacia se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

APQ: Unidad Quimioterapia Adulto / Unidad Quimioterapia Infantil

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En las Unidades de Quimioterapia Adulto y Quimioterapia Infantil para punto de verificación APQ, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

API									
Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								
Breve descripción del contenido del documento: En Unidad Imagenología se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico. En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes. Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado. En anexos los siguientes formularios: Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora									

APA									
Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"								
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02				Fecha: Julio 2015				
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta					Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)				
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21				
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								
Breve descripción del contenido del documento: En Unidad Anatomía Patológica se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico. En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes. Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado. En anexos los siguientes formularios: Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela. Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora									

Dental			
Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"		
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02	Fecha: Julio 2015	
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona		Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de	

Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta	Antofagasta (s)

Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21			
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En Servicio Dental se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

URG: Unidad Emergencia Adulto-Pediátrica / Unidad Emergencia Gíneco-Obstetricia

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"		
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02	Fecha: Julio 2015	
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta		Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)	

Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 5 años				N° páginas: 21			
Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si	
Responsable de la aplicación	Si								

Breve descripción del contenido del documento:
En las Unidades de Emergencia Adulto-Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

Pensionado Médico-Quirúrgico

Nombre del documento	Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención"		
N° Resolución: 6396 del 02/08/15	Versión: 02	Fecha: Julio 2015	
Elaborado por: Jessica Bravo R., Matrona Mariela Berrios A., Enfermera Rosa Jirón A, Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital Regional Antofagasta		Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director (S) Hospital Regional de Antofagasta (s)	

Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 21

Considera Si/No	Eventos adversos:	Si	Eventos centinela:	Si	Sistema vigilancia:	Si	Proced. reporte:	Si
Responsable de la aplicación	Si							

Breve descripción del contenido del documento:
En Unidad de Pensionado Médico-Quirúrgico para puntos de verificación Cir.Ad. y Med, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento "Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención", código PO-UCSP-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todas las Unidades Clínicas y de apoyo del Hospital. Los responsables de la aplicación y cumplimiento serán los que a continuación se detallan: Director del Hospital, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP), Profesional UCSP, Secretaria UCSP, Gestor de Usuario, Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo, Funcionarios y Químico Farmacéutico.
En ítem 7 "Descripción del Proceso", punto 7.1 establece que el Sistema de Vigilancia es pasivo y se inicia una vez que ingresa una notificación voluntaria de un evento adverso o centinela. En los punto 7.2 a 7.4 detalla los eventos adversos a vigilar según si están asociados a procedimientos o atención médica, procedimientos o atención de enfermería, matronería y tecnología médica y asociados a insumos y medicamentos. En punto 7.5 detalla los eventos centinela a vigilar asociados a la: Seguridad de la cirugía, Atención obstétrica, Seguridad de la medicina transfusional y asociados a la Atención y cuidados de los pacientes.
Describe las formas de obtener el formulario de notificación, cuándo se reporta y el procedimiento de análisis e informes de un evento adverso o centinela notificado.
En anexos los siguientes formularios:
Anexo n° 1: RG-UCSP-04-00 Formulario de notificación de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 2: RG-UCSP-05-00 Informe de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 3: RG-UCSP-06-00 Informe de monitorización del plan de mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n° 4: RG-UCSP-08-00 Formulario de análisis de incidentes. Eventos Adversos y Eventos Centinela.
Anexo n°5: RG-UCSP-02-01 Plan de Mejora

GCL 2.3 – **Segundo elemento medible**: Existen registros implementados y en uso para reportes de EA de acuerdo al sistema de vigilancia local.

PQ: Pabellón Central /Pabellón MaternidadPabell / Pabellón Cardiovascular	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en las tres Unidades, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
PRO: Unidad Procedimientos Endoscópicos / Pabellón Cistoscopía / Unidad Hemodinamia	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en las tres Unidades, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
UPC Ad: UCI Adulto / UCI Coronaria / UTI MQ	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en las tres Unidades, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia

	- Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
UPC Ped	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en UPC Pediátrica, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
UPC Neo	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en UPC Neonatal, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
Med: Servicio Medicina / Unidad Atención Progresiva de Pacientes (UAPP)	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Servicio de Medicina y UAPP, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
Cir Ad.: Servicio Cirugía / Bloque Quirúrgico de Especialidades	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Servicio de Cirugía y BQE, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
Cir Inf.: Servicio Pediatría	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Servicio de Pediatría, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento

	- Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
Ped	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Servicio de Pediatría, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
Neo	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Unidad Neonatología, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
Obst-Gine	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Servicio Obstetricia y Ginecología, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
APF	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Unidad de farmacia, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
APQ: Unidad Quimioterapia Adulto / Unidad Quimioterapia Infantil	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Unidades de Quimioterapia Adulto e Infantil, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos:

	- N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
API	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Unidad de Imagenología, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
APA	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Unidad Anatomía patológica, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
Dental	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Servicio Dental, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)
URG: Emergencia Adulto-Pediátrica / Emergencia Gíneco-Obstétrica	
Sistema de reporte	Se constata existencia de documento "RG-UCSP-04-00 Formulario de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela", en Servicio Obstetricia y Ginecología, al cual accede el funcionario que realiza la notificación.
Contenido del Reporte	El contenido del Formulario individualizado en cuadro anterior considera los siguientes contenidos: - N° de reporte (llenado por la UCSP), - Establecimiento, - Fecha de notificación, - Unidad en que ocurre el evento - Persona que hace el reporte - Tipo de evento adverso o incidente - Sexo del paciente - Fecha y hora de ocurrencia - Insumos médicos - Fármacos (reacción adversa a medicamentos)

GCL 2.3 – Tercer elemento medible: Se constata análisis de eventos centinelas, según lo definido por el Prestador

PQ: Pabellón Central /Pabellón Maternidad / Pabellón Cardiovascular	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Pabellón central: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 2. Pabellón Maternidad: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 3. Pabellón Cardiovascular: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
PRO: Unidad Procedimientos Endoscópicos / Pabellón Cistoscopía / Unidad Hemodinamia	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Unidad Procedimientos Endoscópicos: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 2. Pabellón Cistoscopía: se constata en Pabellón Central, de quien depende administrativamente el Pabellón de Cistoscopía, los Informes del 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 3. Unidad Hemodinamia: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
UPC Ad: UCI Adulto / UCI Coronaria	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinela, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. UCI Adultos: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 2. UCI Coronaria: Informes del 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
UPC Ad: UTI MQ	
Nombre documento	- Informe Eventos Centinela, código INF-UCSP-02. Segundo y tercer trimestre 2015. - Formulario de Notificación de Incidentes , eventos Adversos y Eventos Centinela, RG-UCSP-04-00 - Informe de Incidentes, Eventos Adversos y/o Eventos Centinela, RG-UCSP-05-00 - Formulario de análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela, RG-UCSP-08-00 y Plan de Mejora - Informe monitorización del Plan de Mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela, RG-UCSP-06-00
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Informe de 2° trimestre en cual se declara la existencia de 5 eventos centinelas en la Unidad, firmado por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 2. Informe de 3° trimestre en cual se declara la existencia de 3 eventos centinelas en la Unidad, firmado por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. De los Eventos Centinelas reportados se constata el cumplimiento del procedimiento institucional en su análisis y manejo, se tiene a la vista: a. Informe de Incidentes, Eventos Adversos y/o Eventos Centinela, reportes n° 62, 65, 70, 77, 121,187, 267 y 269, elaborados por la jefatura de la unidad en el cual se describe el evento, se categoriza el daño, se clasifica el evento, se determina si hubo quiebre en las medidas de prevención y se propone el plan de mejora inicial. b. Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela, reportes n° 62, 65, 70, 77, 121,187, 267 y 269, emitidos por el equipo de análisis (conformado por Jefatura, funcionarios del Servicio y representante de la UCSP), en los cuales se realiza análisis causal de los evento, identificación de las causas que los provocaron y ajuste de los planes de mejora. c. Informe de Monitorización del Plan de Mejora, reportes n° 62, 65, 70, 77, 121,187, 267 y 269, que contempla las intervenciones programadas y el seguimiento a corto y mediano plazo. Cumple lo solicitado por el elemento medible.
UPC Ped	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. UPC Ped: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
UPC Neo	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. UPC Pediátrica: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el

	Director del Hospital.
Med: Servicio Medicina	
Nombre documento	- Informe Eventos Centinela, código INF-UCSP-02. Segundo y tercer trimestre 2015. - Formulario de Notificación de Incidentes , eventos Adversos y Eventos Centinela, RG-UCSP-04-00 - Informe de Incidentes, Eventos Adversos y/o Eventos Centinela, RG-UCSP-05-00 - Formulario de análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela, RG-UCSP-08-00 y Plan de Mejora - Informe monitorización del Plan de Mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela, RG-UCSP-06-00
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Informe de 2° trimestre en cual se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 2. Informe de 3° trimestre en cual se declara la existencia de 1 evento centinela en la Unidad. Del Evento Centinela reportado se constata el cumplimiento del procedimiento institucional en su análisis y manejo, se tiene a la vista: a. Informe de Incidentes, Eventos Adversos y/o Eventos Centinela, reporte n° 167, elaborado por la jefatura de la unidad en el cual se describe el evento, se categoriza el daño, se clasifica el evento, se determina si hubo quiebre en las medidas de prevención y se propone el plan de mejora inicial. b. Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela, reporte n° 167, emitido por el equipo de análisis (conformado por Jefatura, funcionarios del Servicio y representante de la UCSP), en el cual se realiza análisis causal del evento, identificación de las causas que lo provocaron y ajuste del plan de mejora. c. Informe de Monitorización del Plan de Mejora, reporte n° 167, que contempla la intervención programada y el seguimiento a corto y mediano plazo. Cumple lo solicitado por el elemento medible.
Med: UAPP	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. UPC Pediátrica: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
Cir Ad.: Servicio Cirugía / Bloque Quirúrgico de Especialidades	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, Código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Servicio Cirugía: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en el Servicio, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 2. Bloque Quirúrgico Especialidades: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
Pensionado Médico-Quirúrgico	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Pensionado MQ: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
Cir Inf.	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Unidad Cirugía Infantil: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
Ped	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Servicio Pediatría: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en el Servicio, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
Neo	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Unidad Neonatología: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
Obst-Gine	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Servicio Obstetricia y Ginecología: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en el Servicio, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
APF	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02

Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Unidad Farmacia: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
APQ: Quimioterapia Adulto / Quimioterapia Infantil	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Unidad Quimioterapia Adulto: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 2. Unidad Quimioterapia Infantil: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
API	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Unidad Imagenología: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
APA	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Unidad Anatomía Patológica: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
Dental	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Servicio Dental: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en el Servicio, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.
URG: Unidad Emergencia Adulto-Pediátrica	
Nombre documento	- Informe Eventos Centinela, código INF-UCSP-02 - Formulario de Notificación de Incidentes , eventos Adversos y Eventos Centinela, RG-UCSP-04-00 - Informe de Incidentes, Eventos Adversos y/o Eventos Centinela, RG-UCSP-05-00 - Formulario de análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela, RG-UCSP-08-00 y Plan de Mejora - Informe monitorización del Plan de Mejora por Eventos Adversos y Eventos Centinela, RG-UCSP-06-00
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Informe de 2° trimestre en cual se declara la existencia de 1 evento centinela en la Unidad, firmado por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 2. Informe de 3° trimestre en cual se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmado por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital. 3. . Del Evento Centinela reportado se constata el cumplimiento del procedimiento institucional en su análisis y manejo, se tiene a la vista: a. Informe de Incidentes, Eventos Adversos y/o Eventos Centinela, reporte n° 125, elaborado por la jefatura de la unidad en el cual se describe el evento, se categoriza el daño, se clasifica el evento, se determina si hubo quiebre en las medidas de prevención y se propone el plan de mejora inicial. b. Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela, reporte n° 125, emitido por el equipo de análisis (conformado por Jefatura, funcionarios del Servicio y representante de la UCSP), en el cual se realiza análisis causal del evento, identificación de las causas que lo provocaron y ajuste del plan de mejora. c. Informe de Monitorización del Plan de Mejora, reporte n° 125, que contempla la intervención programada y el seguimiento a corto y mediano plazo. Cumple lo solicitado por el elemento medible.
URG: Unidad Emergencia Gíneco-Obstétrica	
Nombre documento	Informe de Eventos Centinelas, código INF-UCSP-02
Contenido	Se tienen a la vista los informes que a continuación se detallan: 1. Unidad Emergencia Gíneco-Obstétrica: Informes de 2° y 3° trimestre en los cuales se declara la no existencia de eventos centinela en la Unidad, firmados por la Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y el Director del Hospital.

CARACTERÍSTICA GCL 2.3 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	Dirección	PQ	PRO End	PRO HD	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med	Cir Ad	Cir Inf	Ped	Neo	Obst Gne	APF	APQ	API	APA	APT	APR	Dental	URG
1°	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	NA	1	1
2°		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	NA	1	1
3°		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	NA	1	1

Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 55/55	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA GCL 3.1 /HALLAZGOS

GCL 3.1 – Primer elemento medible: Existe un Comité de Infecciones Intrahospitalarias designado por la Dirección del establecimiento, con descripción explicita de sus integrantes y su ámbito de acción.

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento I	Resolución Exenta N° 2068		
Fecha elab: 20/04/2012	Fecha vigencia: NA	Versión: NA	N° páginas: 2
Elaborado por: NA		Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional de Antofagasta	
Comité Si/No	Designado por la Dirección: Si	Descripción explícita integrantes: No	Describe ámbito acción: Si
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista Resolución Exenta que crea la "Unidad Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y Epidemiología del Hospital Regional de Antofagasta", dependiente de la Dirección Médica del hospital. El documento establece que dicha Unidad será la responsable institucional del Programa de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud detallando sus funciones y ámbito de acción, de acuerdo a lo establecido en el Norma Técnica N° 124 del Minsal.			
Nombre del documento II	Resolución Exenta N° 6540		
Fecha elab: 24/06/2013	Fecha vigencia: NA	Versión: NA	N° páginas: 2
Elaborado por: NA		Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional de Antofagasta	
Comité Si/No	Designado por la Dirección: Si	Descripción explícita integrantes: Si	Describe ámbito acción: No
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista Resolución Exenta que actualiza los integrantes de la Unidad de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y Epidemiología del Hospital, de acuerdo a lo establecido en la Norma Técnica N° 124, quedando constituido según se detalla: - Médico Titular IAAS: Dra. María Elena Hartard A. (33 horas) - Médico Subrogante IAAS: Dra. Natalia Valenzuela - Enfermera Control IAAS: Patricia Cáceres Jara (44 horas) - 1° Subrogante Control IAAS: Claudia Fuenteseca (44 hrs) - 2° Subrogante Control IAAS: Mariluz Varela Collao (22 hrs) - Microbiología Titular TM: Eva Mejías (22 hrs) - 1° Subrogante TM: Ximena Rojo - 2° Subrogante TM: Karen Contreras - Delegado de Epidemiología: Mariluz Varela Collao (22 hrs) - 1°Subrogante: Claudia Fuenteseca - 2°Subrogante: Patricia Cáceres El documento también establece los encargados de: la Prevención y Contención de la resistencia microbiana, el "VIH", la Salud Ocupacional, el Manejo de residuos Hospitalarios, la Tuberculosis y la Bioseguridad del Laboratorio Clínico En Resolución Exenta N° 7911 del 30/09/2015, tenida a la vista, se actualizan los integrantes de Microbiología quedando de la siguiente manera: - Microbiología Titular TM: Paula Martínez Borbarán (22 hrs) - 1° Subrogante TM: Karen Araya Collao - 1° Subrogante TM: Ximena Rojo Monroy Con la presentación de los 2 documentos descritos se cumple lo solicitado por elemento medible.			

GCL 3.1 – Segundo elemento medible: Existe un médico encargado del programa y una enfermera o matrona de Infecciones Intrahospitalarias que cuentan con la capacitación necesaria (al menos curso de 80 horas en la materia), descripción de sus funciones y tiempo asignado.

Dirección o Gerencia			
Documento que designa médico encargado IIH: Resolución Exenta N° 6540			
Fecha elab: 24/06/2013	Fecha vigencia: NA	Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional de Antofagasta	
Considera:	N° horas asignadas: Si	Descripción funciones: No	Capacitación necesaria (IIH): No
Documento que designa enfermera: Resolución Exenta N° 6540			
Fecha elab: 24/06/2013	Fecha vigencia: NA	Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional de Antofagasta	
Considera:	N° horas asignadas: Si	Descripción funciones: No	Capacitación necesaria (IIH): No
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista Resolución Exenta que actualiza los integrantes de la Unidad de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y Epidemiología del Hospital, nombra al médico y enfermera a cargo con las horas asignadas para desarrollar la función: - Médico Titular IAAS: Dra. María Elena Hartard A. (33 horas) - Médico Subrogante IAAS: Dra. Natalia Valenzuela - Enfermera Control IAAS: Patricia Cáceres Jara (44 horas)las - 1° Subrogante Control IAAS: Claudia Fuenteseca (44 hrs) - 2° Subrogante Control IAAS: Mariluz Varela Collao (22 hrs) También se tienen a la vista las copias de los certificados de la formación de los profesionales encargados y subrogantes:			

1. Dra. María Elena Hartard Arriagada, curso 86 horas de "Actualización en IAAS para la Gestión en Salud", Sociedad Chilena De Control de Infecciones y Epidemiología Hospitalaria, mayo de 2015.
2. Enfermera Patricia Cáceres Jara, curso 200 horas "Diplomado en prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias", Pontificia Universidad Católica de Chile, enero 2011.
3. Enfermera Claudia Fuenteseca Palavecino, curso 80 horas, "Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud", e-Campus de Medwave, septiembre 2013.
4. Enfermera Mariluz Varela Collao, curso 210 horas, Diplomado prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud", Pontificia Universidad Católica de Chile, enero 2013.

Como documento complementario se tiene a la vista el documento de caracter institucional denominado Manual de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud - IAAS, código MA-IIH-01, versión 1, en el cual de detallan las Funciones a desarrollar por el Médico y la Enfermera de la Unidad de IAAS y Epidemiología e indica la capacitación que ambos profesionales requieren para desarrollar su función.

GCL 3.1 – Tercer elemento medible: Se constata funcionamiento del Comité de Infecciones Intrahospitalarias, verificándose al menos 3 reuniones anuales.

Dirección o Gerencia								
Tipo documento que respalda las reuniones: Se tienen a la vista las actas de las reuniones efectuadas durante el año 2015, denominadas "Actas de Reunión ampliada Infecciones Asociadas a la Atención en Salud – IAAS", cada una de ellas con el temario tratado, conclusiones y acuerdos y sus correspondientes registros de asistencia que individualiza nombre, unidad y firma del asistente.								
Considera Si/No	Al menos 3 reuniones anuales:	Si	Fecha 1:	14/01/2015	Fecha 2:	11/05/2015	Fecha 3:	05/08/2015

GCL 3.1 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA GCL 3.2 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

GCL 3.2 – Primer elemento medible: Existe un documento de carácter institucional que describe el sistema de vigilancia activo en infecciones intrahospitalarias, donde se explicitan IIH vigiladas, procedimiento de vigilancia y criterios de notificación.

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento	Manual de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud – IAAS		
N° Resolución: 15180 del 12/12/2013	Versión: 1	Fecha: Noviembre 2013	
Elaborado por: Patricia Cáceres J. Enfermera Unidad IAAS y Epidemiología	Aprobado por: Juan P. Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 46	
Considera (Si/No)	1. IIH vigiladas: Si	2. Procedimientos de vigilancia: Si	3. Criterios de notificación: Si

Breve descripción del contenido del documento:

En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Manual de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud - IAAS, código MA-IIH-01 que incluye, entre otros aspectos, objetivos, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.

En página n° 4, ítem "Objetivo" señala que el sistema de vigilancia epidemiológica de las IAAS forma parte del Programa de prevención y Control de IAAS y detalla objetivos específicos. En ítem n° 3 describe las responsabilidades en el sistema de vigilancia de la Unidad de Prevención y Control de IAAS y Epidemiología, el médico de IAAS, la enfermera de IAAS y el Tecnólogo Médico de microbiología.

En página n° 11, ítem 6 "Descripción del Proceso" se describe que el sistema de vigilancia es mediante búsqueda activa y selectiva en los servicios clínicos y de apoyo en pacientes seleccionados por tener factores de riesgo, utilizando tasas específicas para cada tipo de infección de dos tipos: Pacientes infectados/Pacientes expuestos y Episodios de IIH/Días de exposición.

En el punto 6.5 del mismo ítem se detallan los criterios de notificación según localización de las siguientes IAAS:

1. Infecciones urinarias (ITU)
2. Infecciones del torrente sanguíneo (ITS)
3. Neumonía Intrahospitalaria, en pacientes en ventilación mecánica
4. Endometritis puerperal (EP)
5. Infección de herida operatoria (IHO)
6. Infección gastrointestinal (IINT)
7. Infecciones respiratorias virales agudas en lactantes (IRA)
8. Infecciones del sistema nervioso central asociada a la instalación de válvulas derivativas.

Los resultados de la vigilancia epidemiológica serán consolidados mensualmente y enviados a los Jefes de Servicio y supervisores para implementación de los planes de mejora que corresponda. En página 24, punto 6.7 se indica por tipo de infección los servicios clínicos en que se vigilarán.

En anexos n° 1y n° 2los "Indicadores para la vigilancia de IAAS y el "Indicador de la evaluación interna del sistema de vigilancia"

GCL 3.2 – Segundo elemento medible: Se han definido indicadores y umbrales para cada una de las IIH vigiladas

Dirección o Gerencia		
Nombre del indicador 1	Infección del tracto urinario (ITU) asociada a catéter urinario permanente (CUP)en pacientes adultos	
Fórmula matemática	N° ITU asociada a CUP / Total de días de uso de CUP x 1000 En el mismo periodo de tiempo. Por Servicio Clínico	
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015		Periodicidad de la evaluación: Mensual

Indicador de referencia Nacional: Medicina: 5.9 Cirugía: 5.1 UPC: 5,3	
Nombre del indicador 2	Neumonia en pacientes con ventilación mecánica (NVM)
Fórmula matemática	N° NVM / Total de días de uso de VM x 1000 días En el mismo periodo de tiempo. Por Servicio Clínico vigilado
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Adulto: 14.8 Pediátrico: 5.3 Neonatología: 6.3	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 3	Endometritis puerperal (EP) asociada a parto vaginal
Fórmula matemática	N° EP en parto vaginal en un mes / Total de pacientes con parto vaginal en el mimo periodo de tiempo x 100
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Parto Vaginal: 0,5	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 4	Endometritis puerperal asociada a parto por cesárea con trabajo de parto y sin trabajo de parto
Fórmula matemática	N° EP en parto cesárea en un mes / Total de pacientes con parto cesárea en el mimo periodo de tiempo) x 100 Registro separado con y sin trabajo de parto
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Cesárea con trabajo de parto: 0,4 Cesárea sin trabajo de parto: 0,1	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 5	Infección del Torrente Sanguíneo (ITS) asociado al uso de catéter venoso central (CVC)
Fórmula matemática	N° ITS asociado a CVC en un mes / Total de días de uso de CVC en el mismo periodo de tiempo) x 1000
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Catéteres venosos centrales en adultos: 2,9 Catéteres venosos centrales en niños: 2,6	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 6	Infección del Torrente Sanguíneo asociado al uso de catéter venoso central en hemodiálisis
Fórmula matemática	N° ITS asociadas catéter de hemodiálisis en un mes / Total de días de uso de catéter de hemodiálisis en el mismo periodo de tiempo) x 1000
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Catéteres venosos centrales hemodiálisis: 1.4	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 7	Infección del Torrente Sanguíneo asociado al uso de catéter umbilical (CU)
Fórmula matemática	N° ITS asociadas a CU en un mes / Total de días de uso de CU en el mismo periodo de tiempo x 1000
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Catéteres umbilicales en neonatos: 3,2	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 8	Infección del Torrente Sanguíneo asociado a indicación de nutrición parenteral (NPT)
Fórmula matemática	N° ITS asociadas a NPT en un mes / Total de días de NPT en el mismo periodo de tiempo) x 1000
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Nutrición parenteral total en adultos: 2,1 Nutrición parenteral total en niños: 2,3	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 9	Infección intestinal en lactantes y neonatos
Fórmula matemática	N° infecciones gastrointestinales en un mes / Total de días de hospitalización en el mismo periodo de tiempo x 100
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Lactantes: 1.7 Neonatología: 0,01	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 10	Infección respiratoria aguda en lactantes
Fórmula matemática	N° infecciones respiratorias agudas en un mes / Total de días de hospitalización en el mismo periodo de tiempo x 100
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Lactantes: 1.4	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 11	Infección de herida operatoria (IHOP) hernia inguinal en adultos
Fórmula matemática	N° IHOP hernia inguinal en un mes / Total de cirugías de hernia inguinal en el mismo período de tiempo x 100
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Hernias inguinales adulto: 0,4	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 12	Infección de herida operatoria colecistectomía por laparotomía

Fórmula matemática	N° IHOP colecistectomía por laparotomía en un mes / Total de cirugías de colecistectomías por laparotomía en el mismo período de tiempo x 100
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Colecistectomía por laparotomía: 0,9	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 13	Infección de herida operatoria colecistectomía por laparoscopía
Fórmula matemática	N° IHOP colecistectomía por laparoscopía en un mes / Total de cirugías de colecistectomías por laparoscopías en el mismo período de tiempo x 100
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Colecistectomía por laparoscopía: 0,2	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 14	Infección de herida operatoria cesárea
Fórmula matemática	N° IHOP de cesáreas en un mes / Total de cirugías de cesáreas en el mismo período de tiempo x 100
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Cesáreas: 0.9	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 15	Infección de herida operatoria tumor neuroquirúrgico
Fórmula matemática	N° IHOP de craneotomía en un mes / Total de cirugías de craneotomías por tumor neuroquirúrgico en el mismo período de tiempo x 100
Umbral de cumplimiento: Sin tasa referencia Minsal	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 16	Infección de herida operatoria prótesis de cadera
Fórmula matemática	N° IHOP de prótesis de cadera en un mes / Total de cirugías de prótesis de cadera en el mismo período de tiempo x 100
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Prótesis de cadera: 2.0	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 17	Infecciones del sistema nerviosos central (SNC) asociado a la instalación de válvulas derivativas externas en adulto
Fórmula matemática	N° de infecciones del SNC en un mes / Total de cirugías de instalación de válvulas derivativas externas en adulto en el mismo período de tiempo x 100
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: No hay	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 18	Infecciones del sistema nerviosos central (SNC) asociado a la instalación de válvulas ventrículo peritoneales niños y adultos
Fórmula matemática	N° de infecciones del SNC en un mes / Total de cirugías de instalación de la primera válvula ventrículo peritoneal en el mismo período de tiempo en niños y adultos x 100
Umbral de cumplimiento: Tasa referencia Minsal mayo 2015 Indicador de referencia Nacional: Válvula derivativa ventrículo peritoneal adultos: No hay Válvula derivativa ventrículo peritoneal pediatría: No hay	Periodicidad de la evaluación: Mensual

GCL 3.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia que se ha realizado vigilancia en forma periódica

Dirección o Gerencia
Describir la verificación de la vigilancia periódica de IIH: Se constata la vigilancia en forma periódica de las infecciones definidas, a través de los Informes de tasas mensuales efectuados por la enfermera de la Unidad de IAAS y Epidemiología a cargo de la vigilancia epidemiológica del Hospital, en los que se detallan tablas, con los resultados de las tasas de cada una las infecciones vigiladas por Servicio o Unidad Clínica Se tiene a la vista el "Informe Mensual RG – IIH - 15, que contiene los resultados de los meses de enero a octubre de 2015, con las tasas del indicador de la infección vigilada por servicio. También utilizan la plataforma computacional Sistema de Información de Calidad de Atención y Resultados Sanitarios (SICARS), a la cual accede la encargada del programa con su clave personal.

CARACTERÍSTICA GCL 3.2 OBLIGATORIA /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1°EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA GCL 3.3 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

GCL 3.3 – Primer elemento medible: Se describen en documentos de carácter institucional las medidas de prevención de IIH que consideran:

Precauciones estándar (1)			
Nombre del documento	Instructivo Componentes de las Precauciones Estándar		
Fecha elab: Enero 2013	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 2	N° páginas: 17
Elaborado por: Claudia Fuenteseca P., Enfermera		Aprobado por: Juan P. Mattatall L., Director Hospital Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Responsable aplicación: Si		
Se constata documento descrito en los siguientes puntos de verificación:			

PQ	Med.	Cir. Ad.	Cir. Inf.	Ped.	Neo	Obst-gine	APD	APQ	URG	Dental
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los Servicios o Sectores que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
El documento descrito en cuadro precedente se tiene a la vista en los puntos de verificación según se detalla:

1. Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ::
   Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado quirúrgico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
2. Servicio de Medicina y "UAPP" para punto de verificación Med.:
   Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado clínico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
3. Unidad de Pensionado para puntos de verificación Med y Cir Ad.
   Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado clínico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
4. Servicio de Cirugía y Bloque quirúrgico de Especialidades para punto de verificación Cir Ad.:
   Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado clínico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
5. Servicio de Pediatría para puntos de verificación Ped. y Cir. Inf.:
   Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado clínico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
6. Unidad de Neonatología:
   Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado clínico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
7. Servicio Obstetricia y Ginecología
   Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado clínico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
8. Unidad de Hemodiálisis para punto de verificación APD:
   Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado clínico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
9. Unidad de Quimioterapia Adulto e Infantil para punto de verificación APQ:
   Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado clínico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
10. Unidad de Emergencia Adulto - Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica para punto de verificación URG:
    Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado clínico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
11. Unidad Dental
    Se constata documento institucional, se evalúa procedimiento de lavado clínico de manos. Cumple lo solicitado en el elemento medible.

Observaciones:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, tipo Instructivo, Resolución N° 1231 de fecha 19/02/2013, código IT–IIH-11
El alcance (página 2) es a todas las Unidades clínicas de apoyo y transporte, donde se realice atención directa de pacientes y debe ser cumplida por todos los funcionarios del establecimiento, docentes y estudiantes, visitas y acompañantes de los enfermos. En página 4, ítem 5, detalla las responsabilidades en la aplicación del Instructivo de la Dirección del Hospital, los Profesionales Supervisores de las Unidades Asistenciales y de Apoyo Diagnóstico, los Profesionales y Técnicos de las Unidades Asistenciales y de Apoyo de Diagnóstico y las Enfermeras de IAAS.
En ítem 7 "Procedimiento" los procedimientos de cada componente de las precauciones estándares:

1. Lavado de manos: clínico, quirúrgico e higienización en seco.
2. Uso de guantes
3. Uso de pechera o delantal desechable
4. Uso de mascarilla o respirador particulado
5. Uso de antiparras o escudo facial
6. Uso de Gorro

De cada uno de los componentes el documento describe los procedimientos y actividades a realizar para su cumplimiento.
Complementa el documento de Precauciones Estándar, el documento "Norma Técnica Higiene de Manos", de julio 2015, versión 1, código NT-IIH-14, en la cual se describen las técnicas y oportunidades de la higiene de manos. En página 16 del documento la ficha técnica del indicador evaluado.

Aislamientos (2)

Nombre del documento	Norma Precauciones Basadas en la Transmisión de Agentes Infecciosos		
Fecha elab: Febrero 2013	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 3	N° páginas: 25
Elaborado por: Patricia Cáceres J. y Claudia Fuenteseca P., Enfermeras Unidad de IAAS y Epidemiología		Aprobado por: Juan P. Mattatall L., Director Hospital Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Responsable aplicación: Si		

Se constata documento descrito en los siguientes puntos de verificación:

PQ	Med.	Cir. Ad.	Cir. Inf.	Ped.	Neo	Obst-gine	APD	APQ	URG	Dental
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	NA

Registrar los Servicios o Sectores que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
El documento descrito en cuadro precedente se tiene a la vista en los puntos de verificación según se detalla:

1. Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ::
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
2. Servicio de Medicina y "UAPP" para punto de verificación Med.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
3. Unidad de Pensionado para puntos de verificación Med y Cir Ad.
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
4. Servicio de Cirugía y Bloque quirúrgico de Especialidades para punto de verificación Cir Ad.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
5. Servicio de Pediatría para puntos de verificación Ped. y Cir. Inf.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
6. Unidad de Neonatología:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
7. Servicio Obstetricia y Ginecología
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
8. Unidad de Hemodiálisis para punto de verificación APD:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
9. Unidad de Quimioterapia Adulto e Infantil para punto de verificación APQ:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
10. Unidad de Emergencia Adulto - Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica para punto de verificación URG:
    Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.

Observaciones:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, tipo Norma, Resolución Exenta N° 1224 de fecha 19/02/2013, código NT–IIH-03
El alcance (página 2) es a todas las Unidades clínicas, de apoyo diagnóstico y Unidades de Movilización, donde se realice atención directa de pacientes sospechosos o con diagnóstico de síndromes infecciosos y debe ser cumplida por el personal de los distintos estamentos, docentes y alumnos, familiares y acompañantes de los pacientes. En página 3, ítem 4, detalla las responsabilidades en la aplicación de la Norma del Director del Hospital, de la Unidad de IAAS y Epidemiología, los Jefes y Supervisores de Unidades Clínicas y de Apoyo y los Médicos tratantes.
En páginas 6 a 17, ítem 8, describe el tipo de aislamiento según el mecanismo de transmisión del agente infeccioso:

1. Precauciones estándar, como componente general sumado a las medidas específicas según vía de transmisión del agente infeccioso.
2. Prevención de infecciones de agentes transmitidos por contacto (aislamiento de contacto)
3. Prevención de infecciones de agentes transmitidos por vía aérea o aerosoles
4. Prevención de infecciones de agentes transmitidos por gotitas

De cada uno de ellos, el documento describe los procedimientos y actividades a realizar para su cumplimiento.
Complementaria a la resolución que aprueba el documento se tiene a la vista la Resolución Exenta N° 2046 del 25/03/2013, que corrige el número de hojas del documento aprobado, dice 26 hojas y debe decir 25 hojas.

Prevención de infección de herida operatoria (3)

Nombre del documento	Prevención y control de infección de sitio quirúrgico (ISQ)		
Fecha elab: Agosto 2013	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 2	N° páginas: 24
Elaborado por: Patricia Cáceres J. y Claudia Fuenteseca P., Enfermeras Unidad de IAAS y Epidemiología		Aprobado por: Juan P. Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Responsable aplicación: Si		

Se constata documento descrito en los siguientes puntos de verificación:

PQ	Med.	Cir. Ad.	Cir. Inf.	Ped.	Neo	Obst-gine	APD	APQ	URG	Dental
Si	NA	Si	Si	NA	NA	Si	NA	NA	NA	NA

Registrar los Servicios o Sectores que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
El documento descrito en cuadro precedente se tiene a la vista en los puntos de verificación según se detalla:

1. Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ::
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
2. Servicio de Cirugía, Unidad de Pensionado y Bloque quirúrgico de Especialidades para punto de verificación Cir Ad.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
3. Servicio de Pediatría para punto de verificación Cir. Inf.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
4. Servicio Obstetricia y Ginecología
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.

Observaciones:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, tipo Norma, Resolución Exenta N° 9482 de fecha 23/08/2013, código NT-IIH.07.
En alcance (página 5) indica que la norma aplica a todas las Unidades Clínicas y de Apoyo e incluye al personal profesional médico y paramédico, Técnicos Paramédicos, docentes y estudiantes durante todo el proceso de atención. En página 5, ítem 3, detalla las responsabilidades en la aplicación de la Norma del Director del Hospital, del Subdirector Médico y Administrativo, de los profesionales de la Unidad de IAAS y Epidemiología, del Jefe del Centro de Responsabilidad de Atención Cerrada, de los(as) Subdirector(as) de Enfermería y de Matronería, los Jefes y Supervisores de Unidades Asistenciales y de Apoyo y el personal profesional y técnico de las Unidades Asistenciales y de Apoyo.
En páginas 7 a 17, ítem 7, "Descripción del Proceso" describe las actividades a realizar para la prevención de infecciones de sitio quirúrgico en el preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.

Prevención de endometritis (4)

Nombre del documento	Norma prevención Endometritis Puerperal		
Fecha elab: Abril 2014	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 2	N° páginas: 14
Elaborado por: Patricia Cáceres J., Mariluz Varela C. y Claudia Fuenteseca P., Enfermeras Unidad de IAAS y Epidemiología		Aprobado por: Juan Pablo Mattatall, Director Hospital	
Carácter institucional: Si	Responsable aplicación: Si		

Se constata documento descrito en; Obstetricia – Ginecología: Si

Observaciones:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, tipo Norma, Resolución Exenta N° 6095 de fecha 17/04/2014, código NT-IIH.08.
En alcance (página 3) indica que la norma aplica a toda Unidad Asistencial en que se atiendan partos por vía vaginal o cesárea, e incluye al personal profesional y técnico, docentes, alumnos e internos.
En ítem 8 "Descripción del Proceso" establece 4 normas para la prevención de la endometritis puerperal:
1. Técnica aséptica
2. Personal con lesiones en las manos
3. Indicación de tactos vaginales
4. Antibioprofilaxis en cesárea

En cada una de ellas se describen las medidas y actividades a efectuar y los responsables de la supervisión y el cumplimiento.

Prevención de infecciones asociadas a procedimientos invasivos (5)

Nombre del documento I	Norma de Prevención de Infecciones del Torrente Sanguíneo (ITS) asociadas a procedimientos invasivos de acceso vascular		
Fecha elab: Enero 2015	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 3	N° páginas: 21
Elaborado por: Patricia Cáceres J., Claudia Fuenteseca P., y Mariluz Varela C. Enfermeras Unidad de IAAS y Epidemiología		Aprobado por: Francisco Bueno N., Director(S) Hospital Clínico Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Responsable aplicación: Si		

Se constata documento descrito en los siguientes puntos de verificación:

PQ	Med.	Cir. Ad.	Cir. Inf.	Ped.	Neo	Obst-gine	APD	APQ	URG	Dental
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	NA

Registrar los Servicios o Sectores que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
El documento descrito en cuadro precedente se tiene a la vista en los puntos de verificación según se detalla:
1. Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
2. Servicio de Medicina y "UAPP" para punto de verificación Med.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
3. Unidad de Pensionado para puntos de verificación Med y Cir Ad.
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
4. Servicio de Cirugía y Bloque quirúrgico de Especialidades para punto de verificación Cir Ad.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
5. Servicio de Pediatría para puntos de verificación Ped. y Cir. Inf.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
6. Unidad de Neonatología:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
7. Servicio Obstetricia y Ginecología
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
8. Unidad de Hemodiálisis para punto de verificación APD:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
9. Unidad de Quimioterapia Adulto e Infantil para punto de verificación APQ:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
10. Unidad de Emergencia Adulto - Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica para punto de verificación URG:
    Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.

Observaciones:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, tipo Norma, Resolución Exenta N° 0200 de fecha 14/01/2015, código NT-IIH.05.
En alcance (página 3) indica que la norma aplica a todas las Unidades Clínicas y de Apoyo donde se indica y atienden pacientes con catéteres vasculares de tipo: venoso periférico, venoso central, de hemodiálisis, percutáneo, umbilical, tunelizado e implantable con reservorio subcutáneo; incluye a los profesionales médicos, no médicos y técnicos paramédico, docentes tutores de práctica, alumnos e internos. En página 5, ítem 3, detalla las responsabilidades en la aplicación de la Norma del Médico Jefe de Unidad Clínica y pabellones, Médicos tratantes y residentes, Enfermera y/o Matrona Supervisora, Enfermera o Matrona Clínica, Técnicos Paramédicos, Docentes, Tutores y Estudiantes y Unidad de IAAS y Epidemiología.
En páginas 7 a 16, ítem 7 "Descripción del Procedimiento" establece las medidas de prevención de ITS y las actividades a realizar en relación a indicación, instalación, manejo y retiro de:
- Catéteres venosos periféricos (VVP)
- Catéteres venosos centrales (CVC)
- Nutrición parenteral

En anexos n° 1, 2, 3 y 4 las pautas de supervisión de la indicación médica de uso y retiro de procedimientos invasivos vigilados, instalación y mantención de CVC y mantención de VVP respectivamente.

Nombre del documento II	Norma: Prevención de infecciones del tracto urinario (ITU) asociado al uso de catéter urinario permanente (CUP)		
Fecha elab: Octubre 2013	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 3	N° páginas: 13
Elaborado por:		Aprobado por:	

Patricia Cáceres J., Claudia Fuenteseca P., Enfermeras Unidad de IAAS y Epidemiología	J. Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional Antofagasta
Carácter institucional: Si	Responsable aplicación: Si

Se constata documento descrito en los siguientes puntos de verificación:

PQ	Med.	Cir. Ad.	Cir. Inf.	Ped.	Neo	Obst-gine	APD	APQ	URG	Dental
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	NA

Registrar los Servicios o Sectores que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
El documento II descrito en cuadro precedente se tiene a la vista en los puntos de verificación según se detalla:

1. Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
2. Servicio de Medicina y "UAPP" para punto de verificación Med.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
3. Unidad de Pensionado para puntos de verificación Med y Cir Ad.
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
4. Servicio de Cirugía y Bloque quirúrgico de Especialidades para punto de verificación Cir Ad.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
5. Servicio de Pediatría para puntos de verificación Ped. y Cir. Inf.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
6. Unidad de Neonatología:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
7. Servicio Obstetricia y Ginecología
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
8. Unidad de Hemodiálisis para punto de verificación APD:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
9. Unidad de Quimioterapia Adulto e Infantil para punto de verificación APQ:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
10. Unidad de Emergencia Adulto - Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica para punto de verificación URG:
    Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.

Observaciones:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, tipo Norma, Resolución Exenta N° 11754 de fecha 11/10/2013, código NT-IIH.06.
En alcance (página 3) indica que la norma aplica a todas las Unidades Clínicas y de Apoyo e incluye al personal y Técnicos Paramédicos. En página 5, ítem 3, detalla las responsabilidades en la aplicación de la Norma de la Unidad de IAAS y Epidemiología, del médico, la enfermera o Matrona y los Técnicos de enfermería nivel superior.
En páginas 6 a 10, ítem 7 "Descripción del Proceso" establece 7 normas para la prevención de ITU:

1. Indicación de uso
2. Instalación por personal capacitado
3. Instalación con técnica aséptica
4. Mantención del circuito cerrado
5. Evitar reflujo de orina
6. Manipulación de la bolsa recolectora
7. Vigilancia epidemiológica

En cada una de ellas describe medidas generales y actividades para la prevención de la ITU.
En anexos n° 1 y 2 las "Pautas de Supervisión de la Instalación y Mantención del Catéter Urinario Permanente"

Uso de antisépticos y desinfectantes (6)

Nombre del documento	Norma Uso de Antisépticos y Desinfectantes		
Fecha elab: Enero 2013	Fecha vigencia: 3 años	Versión: 2	N° páginas: 18
Elaborado por: Claudia Fuenteseca P., Patricia Cáceres J., Enfermeras Unidad de IAAS y Epidemiología		Aprobado por: J. P. Mattatall Larkin, Director(S)	
Carácter institucional: Si	Responsable aplicación: Si		

Se constata documento descrito en los siguientes puntos de verificación:

PQ	Med.	Cir. Ad.	Cir. Inf.	Ped.	Neo	Obst-gine	APD	APQ	URG	Dental
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los Servicios o Sectores que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
El documento descrito en cuadro precedente se tiene a la vista en los puntos de verificación según se detalla:

1. Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
2. Servicio de Medicina y "UAPP" para punto de verificación Med.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
3. Unidad de Pensionado para puntos de verificación Med y Cir Ad.
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
4. Servicio de Cirugía y Bloque quirúrgico de Especialidades para punto de verificación Cir Ad.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
5. Servicio de Pediatría para puntos de verificación Ped. y Cir. Inf.:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
6. Unidad de Neonatología:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
7. Servicio Obstetricia y Ginecología
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
8. Unidad de Hemodiálisis para punto de verificación APD:

Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.

9. Unidad de Quimioterapia Adulto e Infantil para punto de verificación APQ:
   Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
10. Unidad de Emergencia Adulto - Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica para punto de verificación URG:
    Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.
11. Unidad Dental
    Se constata documento institucional. Cumple lo solicitado en el elemento medible.

Observaciones:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, tipo Norma, Resolución N° 1228 del 19/02/2013, código NT-IIH-09.
En alcance (página 3) indica que la norma aplica a todas las Unidades Clínicas y de Apoyo y debe ser cumplida por los profesionales, técnicos, auxiliares, pacientes, visitas, alumnos, docentes y todo el personal del equipo de salud. En ítem 4, detalla las responsabilidades en la aplicación de la norma de la Unidad de IAAS, Farmacia, Abastecimiento, Bodega de farmacia Galénica y Central, Supervisores y personal profesionales y técnicos de Unidades Clínicas y de Apoyo.
En páginas 6 a 13, ítem 8 "Descripción del Proceso" detalla las actividades a realizar en relación a la selección y adquisición de los productos, distribución a Unidades clínicas y de Apoyo, almacenamiento, manipulación y supervisión de la manipulación de antisépticos y desinfectantes.
En anexo n° 1 y 2 detalla los antisépticos y desinfectantes de uso en el hospital respectivamente.

GCL 3.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

PQ: Pabellón Central/Pabellón Maternidad/Pabellón Cardiovascular	
Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med.: Servicio Medicina/"UAPP"/Pensionado	
Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Cir. Ad.: Servicio de Cirugía/Bloque Quirúrgico de Especialidades	
Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Cir. Infant.: Servicio de Pediatría	
Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Ped	
Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Neo.	
Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Obst-Gine	
Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
APD	
Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
APQ: Quimioterapia Adulto/Quimioterapia Infantil	
Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
URG: Emergencia Adulto-Pediátrica/Emergencia Gíneco-Obstétrica	
Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Dental	

Nombre del indicador	Lavado de manos realizado en forma correcta
Fórmula matemática	N° de observaciones que cumplen con la totalidad de los requisitos evaluados / N° total de observaciones realizadas x 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

GCL 3.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación en forma periódica

PQ: Pabellón Central	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Jeannette Flores Arancibia, Supervisora Pabellón Central
Fuente primaria	RG-IIH-19. Pauta de supervisión de lavado quirúrgico de manos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. La Unidad de Pabellón Central (el enfermero clínico encargado de IAAS en Pabellón) aplica pautas a los equipos de Cirugía los días lunes-martes y viernes y a los equipos de especialidades quirúrgicas los días miércoles y jueves, el equipo a evaluar se selecciona al azar. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Presenta uñas cortas y sin esmalte 2. Retira reloj y accesorios 3. Sube mangas hasta el codo 4. Refuerza la limpieza de uñas e interdigital 5. Enjuaga desde manos hacia los codos 6. Aplica nuevamente jabón de clorhexidina al 2% y jabona con movimientos circulares hasta la mitad del antebrazo 7. Enjuaga desde manos hacia los codos 8. Realiza un último lavado exclusivamente de las manos 9. Enjuaga con abundante agua corriente desde la punta de los dedos hacia los codos 10. Cierra la llave con el codo o con pie 11. Seca cuidadosamente las manos y luego los antebrazos con compresas estériles Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de duración del lavado de manos y el número de veces que se aplica jabón.
PQ: Pabellón Maternidad	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Matrona de Pabellón Encargada de Calidad
Fuente primaria	RG-IIH-19. Pauta de supervisión de lavado quirúrgico de manos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. La Unidad de Pabellón Maternidad aplica pautas diarias de lunes a viernes y supervisan a la arsenalera y al médico al momento de la cirugía, la selección se realiza al azar Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Presenta uñas cortas y sin esmalte 2. Retira reloj y accesorios 3. Sube mangas hasta el codo 4. Refuerza la limpieza de uñas e interdigital 5. Enjuaga desde manos hacia los codos 6. Aplica nuevamente jabón de clorhexidina al 2% y jabona con movimientos circulares hasta la mitad del antebrazo 7. Enjuaga desde manos hacia los codos 8. Realiza un último lavado exclusivamente de las manos 9. Enjuaga con abundante agua corriente desde la punta de los dedos hacia los codos 10. Cierra la llave con el codo o con pie 11. Seca cuidadosamente las manos y luego los antebrazos con compresas estériles Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de duración del lavado de manos y el número de veces que se aplica jabón.
PQ: Pabellón Cardiovascular	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Enfermero Supervisor
Fuente primaria	RG-IIH-19. Pauta de supervisión de lavado quirúrgico de manos
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo a octubre de 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. La Unidad de Pabellón Cardiovascular aplica pautas diarias de lunes a viernes y supervisa el primer lavado de manos al personal del momento, la selección se realiza al azar. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Presenta uñas cortas y sin esmalte 2. Retira reloj y accesorios

	3. Sube mangas hasta el codo 4. Refuerza la limpieza de uñas e interdigital 5. Enjuaga desde manos hacia los codos 6. Aplica nuevamente jabón de clorhexidina al 2% y jabona con movimientos circulares hasta la mitad del antebrazo 7. Enjuaga desde manos hacia los codos 8. Realiza un último lavado exclusivamente de las manos 9. Enjuaga con abundante agua corriente desde la punta de los dedos hacia los codos 10. Cierra la llave con el codo o con pie 11. Seca cuidadosamente las manos y luego los antebrazos con compresas estériles Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de duración del lavado de manos y el número de veces que se aplica jabón.
Med.: Servicio Medicina	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Alejandra Millies, Enfermera Supervisora / Enfermera Supervisora(S)
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas enumeran en forma correlativa las 64 camas del servicio y aleatorizan mensualmente la semana, día y cama a evaluar. Aplican 5 pautas el día de la semana seleccionado, supervisando al personal designado a la atención de la cama aleatorizada. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60” (A) y 20-30” (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
Med.: “UAPP”	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Rosa Santander, Enfermera Supervisora / Alejandra Cuevas, Encargada de Calidad
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas aleatorizan mensualmente la semana y cama a evaluar. Aplican 2 pautas según estamento, supervisando al personal designado a la atención de la cama aleatorizada. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60” (A) y 20-30” (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a

	contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
Med.: Pensionado	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Sandra González, Encargada de Calidad / Mónica González, Enfermera Supervisora
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas seleccionan al personal al azar de diferentes estamentos. Aplican 1 a 2 pautas diarias de lunes a viernes. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60” (A) y 20-30” (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
Cir. Ad.: Servicio de Cirugía	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Karen Estivales, Enfermera Supervisora / Stephany Escudero, Encargada de Calidad
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas seleccionan al personal al azar de diferentes estamentos. Aplican 1 a 2 pautas diarias de lunes a viernes. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60” (A) y 20-30” (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
Cir. Ad.: Bloque Quirúrgico de Especialidades	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Janis Orellana, Enfermera Supervisora. -.Encargada de Calidad/ Karen Chepillo, Encargada de Calidad (S)
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas aleatorizan el día de la semana a evaluar, seleccionan al personal al azar de todos los estamentos presentes. Aplican 3 pautas el día aleatorizado.

	Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60" (A) y 20-30" (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
Cir. Infant.: Servicio de Pediatría	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Carolina Urrutia, Encargada de Calidad
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas aleatorizan el día y la cama. Aplican 1 pauta diaria de lunes a viernes, al personal de la sala seleccionada. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60" (A) y 20-30" (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
Ped	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Carolina Urrutia, Encargada de Calidad
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas aleatorizan el día y la cama. Aplican 1 pauta diaria de lunes a viernes, al personal de la sala seleccionada. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60" (A) y 20-30" (OH) 12. Enjuaga con abundante agua

	13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
Neo.	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Ximena Alfaro Salinas, Supervisora Neonatología
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Aplican pautas de lunes a viernes seleccionando el personal al azar. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60” (A) y 20-30” (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
Obst-gine	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Matrona Clínica diurna
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas enumeran las camas en forma correlativa y aleatorizan anualmente las camas a evaluar. Aplican 1 – 2 pautas diarias de lunes a viernes, al personal que atiende al paciente de la cama seleccionada. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60” (A) y 20-30” (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
APD	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Ana Bacarreza R., Enfermera Supervisora - Encargada de calidad
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al

	equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas aleatorizan el día y el personal a evaluar. Aplican 8 pautas semanales de lunes a jueves, 2 pautas cada día al personal seleccionado. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60" (A) y 20-30" (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
APQ: Adultos	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Romina Aguilar R., Enfermera clínica - Encargada de calidad
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas aleatorizan el personal a evaluar. Aplican 8 pautas semanales Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60" (A) y 20-30" (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
APQ: Infantil	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Romina Aguilar R., Enfermera clínica - Encargada de calidad
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas aleatorizan el personal a evaluar. Aplican 8 pautas semanales Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60" (A) y 20-30" (OH)

	12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
URG.: Emergencia Adulto-Pediátrica	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Paulina Leila C., Encargada de Calidad
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Aplican 1 a 2 pautas diarias de lunes a viernes, por oportunidad y conveniencia. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60” (A) y 20-30” (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
URG.: Emergencia Gíneco-Obstétrica	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Carol Araya J., Matrona Encargada de Calidad Emergencia Gíneco-Obstétrica
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al equipo interdisciplinario. Aplican 1 a 2 pautas diarias de lunes a viernes, por oportunidad y conveniencia al personal que se encuentre en el momento de la supervisión.. Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60” (A) y 20-30” (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.
Dental	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Dra. Jimena Carrasco O.
Fuente primaria	RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel
Fuente secundaria	NA
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	Por conveniencia la Unidad de IAAS y Epidemiología determinó que se realizaran 32 pautas/mes al

	equipo interdisciplinario. Para la aplicación de pautas aleatorizan el personal a evaluar. Aplican 8 pautas semanales Los criterios de cumplimiento considerados en la pauta de supervisión aplicada son: 1. Antes contacto paciente 2. Antes técnica aséptica 3. Después contacto fluidos 4. Después contacto entorno 5. Otras 6. Alcohol gel (OH) / Agua y jabón (A) 7. Presenta uñas cortas y sin esmalte 8. Retira joyas y accesorios 9. Sube mangas hasta el codo 10. Dispensa toalla de papel 11. Higieniza manos y antebrazos. Duración 40-60" (A) y 20-30" (OH) 12. Enjuaga con abundante agua 13. Seca primero manos y luego antebrazos con toalla desechable 14. Cierra llave con toalla sin contaminarse. Se considera cumplido con el 100% de los criterios presentes. Nota: La Unidad de IAAS y Epidemiología realizó cambio en las pautas de supervisión a aplicar, a contar de las evaluaciones del mes de septiembre de 2015, el cambio efectuado está en relación al tiempo de exposición al jabón o alcohol gel según corresponda.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Central

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	26	29	28	28	27	30	168
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	81.25	90.63	87.5	87.5	84.38	93.75	88

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Central

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-19. Pauta de supervisión de lavado quirúrgico de manos" de Pabellón Central para punto de verificación PQ, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, las iniciales del nombre y estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro.
Se constata que en el mes de julio 12 de las evaluaciones efectuadas se registran en formulario "RG-IIH-18, Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" y en el mes de octubre 16 evaluaciones se registran en el formulario "RG-IIH-19. Pauta de supervisión de lavado quirúrgico de manos" que fue dejado no vigente a contar septiembre de 2015.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	168					
	192					
% Cumplimiento	88					

Observaciones:
Si bien los valores de las evaluaciones constatados se encuentran en el rango de lo reportado por el prestador, el hecho de realizar las mediciones en formularios que miden criterios distintos a los establecidos para la Unidad de Pabellón Central, como es el caso de la Pauta de Supervisión de lavado clínico de manos y evaluar con un instrumento no vigente, incumple el procedimiento institucional. No cumple el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Maternidad

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	30	31	32	30	30	31	184
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	93.75	96.88	100	93.75	93.75	96.88	96

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Maternidad

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-19. Pauta de supervisión de lavado quirúrgico de manos" de Pabellón Maternidad para punto de verificación PQ, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, las iniciales del nombre y estamento del personal evaluado, los atributos definidos y la fecha de cada evaluación, no se consigna identificación de quien realiza la supervisión.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	184					
	192					
% Cumplimiento	96					

Observaciones:

El prestador reporta un cumplimiento de 96% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (184 /192= 96%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Cardiovascular

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	32	32	32	32	32	32	192
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Cardiovascular

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-19. Pauta de supervisión de lavado quirúrgico de manos" de Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, las iniciales del nombre y estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro.
Se constata que en los meses de septiembre y octubre se registran las evaluaciones en el formulario "RG-IIH-19. Pauta de supervisión de lavado quirúrgico de manos" que fue dejado no vigente a contar septiembre de 2015, registrándose 6 evaluaciones de "2° lavado del día cuya duración es de 3 minutos y no 5 minutos para todos los lavados como se establece en la pauta vigente.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	192					
	192					
% Cumplimiento	100					

Observaciones:
Si bien los valores de las evaluaciones constatados se encuentran en el rango de lo reportado por el prestador, el hecho de realizar las mediciones en formularios de instrumento no vigente, incumple el procedimiento institucional. No cumple el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med.: Servicio Medicina

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	28	28	30	30	28	29	173
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	87.5	87.5	93.75	93.75	87.5	90.63	90

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med.: Servicio Medicina

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" del Servicio de Medina, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, las iniciales del nombre y estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro.
Se constata que en el mes de agosto se registran las evaluaciones en el formulario "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" que entra en vigencia a contar de septiembre de 2015, registrándose en él 32 evaluaciones desde el día 06/08/2015 en adelante.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	173					
	192					
% Cumplimiento	90					

Observaciones:
Si bien los valores de las evaluaciones constatados se encuentran en el rango de lo reportado por el prestador, el hecho de realizar las mediciones en los meses de mayo y julio con un instrumento cuyo uso se inicia a contar del mes de septiembre, hace inconsistente el momento real de la medición. No cumple el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med.: "UAPP"

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	31	31	30	30	29	30	181
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	96.88	96.88	93.75	93.75	90.63	93.75	94

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med.: "UAPP"

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" de la "UAPP" para punto de verificación Med., aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes, con excepción de los meses de septiembre y octubre los que

agrupan las 32 evaluaciones en un formulario. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, las iniciales del nombre y estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación (excepto los meses de mayo y junio) y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro.
Se constata que en los meses de junio y julio se registran las evaluaciones en el formulario "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" que entró en vigencia a contar de septiembre de 2015 y en los meses de septiembre y octubre se registran las evaluaciones en el formulario "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" que fue dejado no vigente a contar septiembre de 2015.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	181					
	192					
% Cumplimiento	94					

Observaciones:
Si bien los valores de las evaluaciones constatados se encuentran en el rango de lo reportado por el prestador, el hecho de realizar las mediciones en los meses de junio y julio con un instrumento cuyo uso se inicia a contar del mes de septiembre, hace inconsistente el momento real de la medición, y el uso de instrumento no vigente en los meses de septiembre y octubre incumple el procedimiento institucional. No cumple el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med.: Pensionado

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	30	31	31	32	30	32	186
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	93.75	96.88	96.88	100	93.75	100	97

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med.: Pensionado

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" de la Unidad de Pensionado, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad (con excepción de septiembre y octubre), las iniciales del nombre y estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	186					
	192					
% Cumplimiento	97					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 97% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (186 /192= 97%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Cir. Ad.: Servicio de Cirugía

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	27	32	30	30	30	30	179
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	84	100	93.7	93.7	93.7	93.7	93

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Cir. Ad.: Servicio de Cirugía

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" del Servicio de Cirugía, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, las iniciales del nombre y estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y el nombre de quien evalúa frente a cada registro.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	179					
	192					
% Cumplimiento	93					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 93% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (179 /192= 93%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Cir. Ad.: Bloque Quirúrgico de Especialidades

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas /	32	32	31	32	29	32	188

N° Total Pautas	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	100	100	96.88	100	90.63	100	98

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Cir. Ad.: Bloque Quirúrgico de Especialidades

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" del Bloque Quirúrgico de Especialidades para punto de verificación Cir. Ad., aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, las iniciales del nombre del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y el nombre de quien evalúa frente a cada registro, no consigna estamento evaluado.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	188					
	192					
% Cumplimiento	98					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 98% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (188/192= 98%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Cir. Infant.: Servicio de Pediatría

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	32	32	32	32	32	32	192
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Cir. Infant.: Servicio de Pediatría

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" en el Servicio de Pediatría para punto de verificación Cir. Infant., aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes, con excepción de los meses de septiembre y octubre los que agrupan las 32 evaluaciones en un formulario. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, el nombre y estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y el nombre de quien evalúa frente a cada registro.
Se constata que en los meses de mayo y julio se registran 20 evaluaciones de cada mes en el formulario "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" que entró en vigencia a contar de septiembre de 2015.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	192					
	192					
% Cumplimiento	100					

Observaciones:
Si bien los valores de las evaluaciones constatados se encuentran en el rango de lo reportado por el prestador, el hecho de realizar las mediciones en los meses de mayo y julio con un instrumento cuyo uso se inicia a contar del mes de septiembre, hace inconsistente el momento real de la medición. No cumple el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Ped

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	32	32	32	32	32	32	192
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Ped

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" del Servicio de Pediatría, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, el nombre y el estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y el nombre de quien evalúa frente a cada registro.
Se deja constancia que en el mes de agosto se registran 20 evaluaciones en el formulario "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" que entra en vigencia a contar de septiembre de 2015 y 12 evaluaciones en el formulario vigente a ese mes.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	192					
	192					

% Cumplimiento	100					

Observaciones:
Si bien los valores de las evaluaciones constatados se encuentran en el rango de lo reportado por el prestador, el hecho de realizar las mediciones en el mes de agosto con un instrumento cuyo uso se inicia a contar del mes de septiembre, hace inconsistente el momento real de la medición. No cumple el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Neo

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	31	32	32	32	32	30	189
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	96.88	100	100	100	100	93.75	98

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Neo

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" de la Unidad de Neonatología, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la unidad, el nombre y el estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y el nombre de quien evalúa frente a cada registro.
Se deja constancia que la periodicidad de aplicación de las evaluaciones en el mes de agosto, difiere de lo indicado en la metodología, aplicándose el 100% de las evaluaciones durante la primera quincena del mes.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	189					
	192					
% Cumplimiento	98					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 98% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (189 /192= 98%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Obst-gine

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	28	30	28	22	29	29	166
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	87.50	93.75	81.50	68.75	90.63	90.63	86

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Obst-gine

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" del Servicio de Gíneco-Obstetricia, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, las iniciales del nombre y el estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro. No consigna la unidad evaluada.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	166					
	192					
% Cumplimiento	86					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 86% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (166 /192= 86%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en APD

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	27	27	28	29	29	27	167
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	84.38	84.38	87.50	90.62	90.62	84.38	87

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APD

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" de la Unidad de Diálisis, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la Unidad, las iniciales del nombre y el estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro.

Mes /Año	Total del					

	periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	167					
	192					
% Cumplimiento	87					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 87% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (167 /192= 87%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en APQ Adulto

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	30	32	32	32	32	32	190
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	93.75	100	100	100	100	100	99

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APQ Adulto

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" de la Unidad de Quimioterapia Adulto para punto de verificación APQ, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la Unidad, las iniciales del nombre del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro. No consigna el estamento del personal evaluado y del mes de julio en adelante no registra la oportunidad del procedimiento evaluado.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	190					
	192					
% Cumplimiento	99					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 99% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (190 /192= 99%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en APQ Infantil

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	32	32	32	32	32	32	192
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	100	100	100	100	100	100	100

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APQ Infantil

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" de la Unidad de Quimioterapia Infantil para punto de verificación APQ, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la Unidad, el apellido del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y el apellido de quien evalúa frente a cada registro. No consigna el estamento del personal evaluado.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	192					
	192					
% Cumplimiento	100					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 100% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (192/192= 100%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en URG.: Emergencia Adulto-Pediátrica

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	19	16	23	24	22	29	143
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	59.37	50	71.88	75.00	68.75	90.63	74

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG.: Emergencia Adulto-Pediátrica

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" de la Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica para punto de verificación URG, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la Unidad, las iniciales del nombre y el estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	143					
	192					
% Cumplimiento	74					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 74% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (143/192= 74%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG.: Emergencia Gíneco-Obstétrica

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	31	30	30	30	30	29	180
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	96.88	93.75	93.75	93.75	93.75	90.63	94

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG.: Emergencia Gíneco-Obstétrica

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" de la Unidad de Emergencia Gíneco-Obstétrica para punto de verificación URG, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, la Unidad, las iniciales del nombre y el estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro sólo en los meses de septiembre y octubre.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	180					
	192					
% Cumplimiento	94					

Observaciones:
El prestador reporta un cumplimiento de 94% para el periodo evaluado, los valores constatados son consistentes con los valores reportados por el prestador (180/192= 94%), se considera cumplido el elemento medible.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Dental

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Total del periodo
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	28	31	30	28	30	28	175
	32	32	32	32	32	32	192
% Cumplimiento	87.50	96.88	93.75	87.50	93.75	87.50	91

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Dental

Describir constatación
Se constata cumplimiento en las pautas de supervisión del período tenidas a la vista.
Se tienen a la vista los documentos denominados "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" de la Unidad Dental, aplicadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, dos documentos por cada mes, en total 32 evaluaciones por mes. Todos ellos tienen consignado el mes de aplicación, las iniciales del nombre y el estamento del personal evaluado, los atributos definidos, la fecha de cada evaluación y las iniciales de quien evalúa frente a cada registro. No consigna la unidad evaluada.
Se constata que en el mes de agosto cumplen 27 evaluaciones en lugar de las 28 registradas.
Se constata que en los meses de de septiembre y octubre se registran las evaluaciones en el formulario "RG-IIH-18. Pauta de supervisión de lavado de manos clínico y uso de alcohol gel" que fue dejado no vigente a contar septiembre de 2015.

Mes /Año	Total del periodo					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	174					
	192					
% Cumplimiento	91					

Observaciones:
Si bien los valores de las evaluaciones constatados se encuentran en el rango de lo reportado por el prestador, el hecho de realizar las mediciones en formularios de instrumento no vigente, incumple el procedimiento institucional. No cumple el elemento medible.

CARACTERÍSTICA GCL 3.3 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	PQ	Med.	Cir. Ad.	Cir. Infant	Ped.	Neo.	Obst-gine	APD	APQ	URG	Dental
Primer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Segundo elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tercer elemento medible	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0
Umbral de la característica:≥ 75%	Puntaje total: 29/33				Porcentaje obtenido: 88%					Cumple: Si	

ÁMBITO ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

CARACTERÍSTICA AOC 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

AOC 1.1 – Primer elemento medible: Está descrito, en documento de carácter institucional, el sistema de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia.

Nombre del documento: "Procedimiento de alerta y organización de la atención en situaciones de riesgo vital "					
N° Resolución:1956 Código: PO-URG-02	Versión:05			Fecha Resolución: 23 Marzo 2015 Fecha Documento :Febrero 2015	
Elaborado por: Dra. Alejandra Muñoz M- Dra. Natalia Valenzuela, Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP) No consigna cargo		Aprobado por: Dr. Francisco Bueno, Director (S) Hospital Regional Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia:5 años			N° páginas:8	
Considera: (Si/No)	1. Sistema de alerta	Si	2. Organización		Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento "Procedimiento de alerta y organización de la atención en situaciones de riesgo vital", contiene Objetivo y alcance. En el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe por cargo las responsabilidades correspondientes a cada uno de ellos, las que incluye a los siguientes: Jefe Unidad Clínica y de las Unidades de Apoyo (Clínico y Administrativo), a quien le corresponde la difusión del procedimiento en su unidad y de la organización de ésta ante una situación de riesgo vital. Supervisor de la unidad, es responsable de verificar de manera periódica el conocimiento de este documento. Personal cercano al evento, es el responsable de activar y dar la atención inmediata a la persona en situación de riesgo vital y de dar aviso inmediato a un funcionario del hospital si se trata de empresa externa. Personal que recepciona la alerta del riesgo vital quien responde el llamado, es responsable de dar aviso al profesional que corresponda. Equipo médico de llamada, es responsable de asistir al lugar de la emergencia, evaluar a la persona, realizar las maniobras y decidir el traslado. Funcionario del Hospital Regional de Antofagasta, es responsable de conocer y dominar este procedimiento y por último el Comité de emergencia, que es responsable de efectuar simulacros periódicos de situaciones de riesgo vital.
En página 5 se indica que el Sistema de Alerta se denomina "Alerta Azul", en el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", detalla la descripción por pasos del proceso:

- Paso 1, describe lo que debe realizar el funcionario que detecta la emergencia, considerado como el funcionario 1: quien debe mantenerse en todo momento con la persona y solicitar al funcionario más cercano considerado como funcionario 2: quien realiza la activación de la alerta azul. En caso de encontrarse solo, primero debe dar asistencia y luego activa la alerta azul.
- Paso 2, contiene la descripción del número al cual debe llamar el funcionario, mencionando la Alerta azul.
- Paso 3, describe la información que el digitador registra, la cual incluye: fecha y hora, digitador, nombre de quien activa la alerta, identifica al afectado si es adulto o niño y el sector del evento / unidad. Finalizado el llamado el digitador entrega de manera inmediata la información a la Enfermera jefe de turno.
- Paso 4, la Enfermera Jefe de la Unidad de Emergencia coordina la asistencia inmediata del equipo médico.
- Paso 5, posterior a la atención de la alerta, la enfermera jefe de turno deja registros de la atención.

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación:

Sectores espera de público Cons. Amb. 1	Sectores espera de público Cons. Amb. 2	Sectores de Hospitalización	Toma de Muestras	API	PRO Endoscópicos	APK	APQ
Si	**Si**	**Si**	**Si**	**Si**	**Si**	**Si**	**Si**

Registrar los Servicios o Sectores que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
Sectores de Espera público Consulta Ambulatorias Adulto y Pediátrico 1 y 2: Se constata la presencia del documento Procedimiento Alerta y Organización de la Atención en Situación de Riesgo Vital en oficina de la Enfermera jefe de Consultorio Adosado de Especialidades.
Sectores de Hospitalización: Se contata en los Servicios de Medicina, Bloque Quirúrgico de Especialidades, Pensionado, Unidad de Atención Progresiva del Paciente, Pensionado, Pediatría y Unidad Paciente Crítico Adulto.
Toma de Muestra: Se realiza entrevista a Tecnólogo Médico de la unidad de Toma de muestra en el Edificio Ex Oncológico, donde se constata documento de carácter institucional "Procedimiento de alerta y organización de la atención en situaciones de riesgo vital" aprobado por Resolución N° 1956, Código: PO-URG-02. Se da por cumplido el elemento medible en el punto de verificación.
API: Se realiza entrevista a Tecnólogo Médico Encargado de Calidad de la Unidad de Imagenología que incluye; Recepción, despacho de informes e Imagenología. Se constata documento de carácter institucional "Procedimiento de alerta y organización de la atención en situaciones de riesgo vital" aprobado por Resolución N° 1956, Código: PO-URG-02. Se da por cumplido el elemento medible en el punto de verificación.
PRO Endoscópicos: Se realiza entrevista a Enfermera encargada de calidad de Procedimientos Endoscópicos Digestivos y Broncopulmonar en Edifico Ex Oncológico, se constata documento de carácter institucional "Procedimiento de alerta y organización de la atención en situaciones de riesgo vital", aprobado por Resolución N° 1956, Código: PO-URG-02. Se da por cumplido el elemento medible en el punto de verificación.
APQ: Se realiza entrevista a Enfermera de la Unidad de APQ adulto y a Enfermera encargada de calidad de APQ Infantil en ambos puntos de verificación se constata documento de carácter institucional "Procedimiento de alerta y organización de la atención en situaciones de riesgo vital" aprobado por Resolución N° 1956, Código: PO-URG-02. Se da por cumplido el elemento medible en el punto de verificación.
APK: Se realiza entrevista a Kinesióloga de la Unidad, que incluye Medicina física y rehabilitación, donde se constata documento de carácter institucional "Procedimiento de alerta y organización de la atención en situaciones de riesgo vital" aprobado por Resolución N° 1956, Código: PO-URG-02. Se da por cumplido el elemento medible en el punto de verificación.

Observaciones: En todos los puntos de verificación se cumple con lo requerido por el elemento medible.

AOC 1.1 – Segundo elemento medible: Se constata conocimiento del sistema de alerta en personal entrevistado

Punto de verificación	N° Entrevistados	N° Respuestas correctas	N° Respuestas incorrectas	% Cumplimiento
Sectores de espera público Consultas Ambulatorias 1	16	48	0	100%
Sectores de espera público Consultas Ambulatorias 2	15	45	0	100%
Sectores de Hospitalización	35	102	3	97,1%
Toma de Muestras	3	9	0	100%
API	8	24	0	100%
Pro Endoscópicos	6	15	3	83,3%
APK	4	12	0	100%
APQ	3	9	0	100%
Total	**90**	**264**	**6**	**97,8%**
Observaciones: A cada entrevistado se le realizan las mismas 3 preguntas.				

CARACTERÍSTICA AOC 1.1 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado por punto de verificación (1-0-NA)	1° EM	2° EM
Sectores de espera público Consultas Ambulatorias 1	1	1
Sectores de espera público Consultas Ambulatorias 2	1	1
Sectores de Hospitalización	1	1
Toma de Muestras	1	1
API	1	1
Pro Endoscópicos	1	1
APK	1	1
APQ	1	1

Umbral de la característica:≥ 75%	Puntaje total: 16/16	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple:Si

CARACTERÍSTICA AOC 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

AOC 1.2 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de categorización de pacientes en la unidad de emergencia indicando: criterios a utilizar, tiempos de respuesta y registro y se han definido los responsable de su aplicación.

URG ADULTO-URG PED			
Nombre del documento	"Procedimiento: Priorización de la atención de urgencia Adulto- Pediátrico"		
N° Resolución: 9424 Código: PO-URG-01	Versión:03	Fecha Resolución: 23 Noviembre 2015 Fecha documento: Agosto 2015	
Elaborado por: EU. Mafalda Tomicic, Enfermera Supervisora - EU. Paulina Leila	Aprobado/firmado por: Dr. Juan Urrutia, Director (T y P), Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 20	
Considera (Si/No)	1. Criterios a utilizar: Si	2. Tiempo de respuesta: Si	3. Registro: Si
Responsable de la aplicación	Enfermera de turno de la unidad		
Breve descripción del contenido del documento: Prestador presenta versión 02, obsoleta de Mayo 2013 de documento denominado "Priorización en la Atención de Urgencia" y versión 03 actualizada de documento de carácter institucional denominado "Priorización de la atención de urgencia Adulto-Pediátrico", contiene en el punto 3 denominado "Responsabilidades ", la descripción explícita que la categorización será realizada por enfermeras, las que rotarán en sistema de cuarto turno cubriéndose de lunes a domingo durante las 24 horas en horario continuado los 365 días del año. Incluye a otros enfermeros en caso que lo estime la situación. En el punto 4.10 denominado "Escala de Categorización de paciente de la UEH", describe que la escala ha sido estructurada en base a los siguientes tipos de atención: - Emergencia: incluye la categoría C1-C2. - Urgencia: incluye las categorías C3-C4. - Consulta general: incluye la categoría C5. En el punto 4.10.4 denominado "Emergencia Hospitalaria", incluye la definición de la categoría C1 y C2, el tiempo límite de atención y listado de condiciones médicas asociadas. En el punto 4.10.5 denominado "Urgencia Hospitalaria", incluye la definición de las categorías C3 y C4, el tiempo límite de atención y listado de condiciones médicas asociadas. En el punto 4.10.6 denominado "Consulta general", incluye la definición, listado de condiciones médicas asociadas y describe de forma explícita que el tiempo de atención estará dado por la demanda asistencial. En el punto 4.11 denominado "Casos especiales categorización", incluye listado de condiciones médicas y categorización a aplicar para la atención. En el punto 7 denominado "Descripción del proceso", incluye los pasos a realizar desde la solicitud de atención en admisión, ingreso a unidad selector de demanda, categorización, registro en Hoja de Urgencia (DAU) y atención médica. Incluye en los anexos los indicadores a evaluar para Categoría C1 y C2 en paciente adulto y pediátrico.			
URG GÍNECO-OBSTÉTRICA			
Nombre del documento 2	"Priorización de la atención de urgencia Gíneco - Obstétrica"		
N° Resolución: 9422 Código: PO-OBS-01	Versión:02	Fecha Resolución : 23 Noviembre 2015 Fecha Documento : Octubre 2015	
Elaborado por: Ruth Ramos Bradanovic, Matrona Supervisora Parto y Pabellón Maternidad - Carol Araya Julio, Matrona Encargada Calidad Urgencia Gíneco- obstétrica	Aprobado/firmado por: Sr. Juan Urrutia Reyes, Director (T y P) Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 17	

Considera (Si/No)	1. Criterios a utilizar: Si	2. Tiempo de respuesta: Si	3. Registro: Si
Responsable de la aplicación		Matrona Urgencia Gíneco- Obstétrica, es responsable de realizar el TRIAGE.	
Breve descripción del contenido del documento: Prestador presenta Documento versión 1, obsoleto, de Enero 2013, denominado "Priorización de la atención de urgencia Gíneco-Obstétrica" y Documento actualizado versión 02, denominado "Priorización de la atención de urgencia Gíneco-Obstétrica", contiene un objetivo general, orientado a "Estandarizar la categorización de pacientes" y describe tres objetivos específicos orientados a "Disminuir tiempos de espera en emergencias de riesgo vital, asegurar la atención expedita y coordinar de forma eficiente los recursos". Con un alcance para todo paciente Gíneco-Obstétrico. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe por estamentos las responsabilidades y acciones a realizar por cada uno de ellos, entre ellos, indica que la Matrona de Urgencia Gíneco-Obstétrica será la responsable de realizar la categorización y atención del paciente. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso" incluye la descripción de los siguientes Ítem; Atención administrativa, priorización la cual incluye la recepción y acogida del paciente, valoración, categorización y distribución. Incluyendo los tipos de categorización a utilizar de la siguiente forma: - Emergencia que incluye la descripción de las condiciones de la categorización C1 y C2. - Urgencia: C3 y C4. - Consulta general: C5 y los tiempos de atención. Describe que los registros de categorización se realizarán en Sistema digital "Urgencia". En el punto 9 denominado "Anexos" describe el anexo 1 denominado "Indicador de medición de Sistema de Categorización de pacientes C1 en la Unidad de Emergencia Gíneco-Obstétrica" y anexo 2 denominado "Indicador de medición de Sistema de Categorización de pacientes C2 en la Unidad de Emergencia Gíneco-Obstétrica".			

AOC 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

URG ADULTO		
Nombre del indicador 1	Porcentaje de pacientes adultos categorizados C1 que cumplen con los tiempos de atención establecidos, según la Priorización en la atención de urgencia(5 minutos)	
Fórmula matemática	N° pacientes adultos categorizados C1 atendidos dentro de los primeros 5 minutos X 100 N° total de pacientes adultos categorizados C1	
Umbral de cumplimiento: 100%		Periodicidad de la evaluación: Mensualmente
Observación: Se constata el mismo indicador para documento actualizado y versión anterior.		
Nombre del indicador 2	Porcentaje de pacientes adultos categorizados C2 que cumplen con los tiempos de atención establecidos, según la Priorización en la atención de urgencia (30 minutos)	
Fórmula matemática	N° pacientes adultos categorizados C2 atendidos dentro de los primeros 30 minutos X 100 N° total de pacientes adultos categorizados C2	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
Observación: Se constata el mismo indicador para documento actualizado y versión anterior.		

URG PEDIÁTRICA		
Nombre del indicador 1	Porcentaje de pacientes pediátricos categorizados C1 que cumplen con los tiempos de atención establecidos, según la Priorización en la atención de urgencia (5 minutos)	
Fórmula matemática	N° pacientes pediátricos categorizados C1 atendidos dentro de los primeros 5 minutos X 100 N° total de pacientes pediátricos categorizados C1	
Umbral de cumplimiento:100%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
Observación: Se constata el mismo indicador para documento actualizado y versión anterior.		
Nombre del indicador 2	Porcentaje de pacientes pediátricos categorizados C2 que cumplen con los tiempos de atención establecidos, según la Priorización en la atención de urgencia (30 minutos)	
Fórmula matemática	N° pacientes pediátricos categorizados C2 atendidos dentro de los primeros 30 minutos X 100 N° total de pacientes pediátricos categorizados C2	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
Observación: Se constata el mismo indicador para documento actualizado y versión anterior.		

URG GÍNECO - OBSTÉTRICA		
Nombre del indicador 1	Porcentajes de pacientes C1 atendidos en menos de 5 minutos	
Fórmula matemática	N° de pacientes C1 atendidos en menos de 5 minutos X 100 N° total de pacientes C1	
Umbral de cumplimiento:100%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
Nombre del indicador 2	Porcentajes de pacientes C2 atendidos en menos de 10 minutos	
Fórmula matemática	N° de pacientes C2 atendidos en menos de 10 minutos X 100 N° total de pacientes C2	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Mensual

AOC 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

URG ADULTO (Indicador 1)	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Enfermera Supervisora y/o Enfermera Encargada de Calidad de la Unidad

Fuente primaria	Registro DAU
Fuente secundaria	Planilla Excel con listado de paciente
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica pauta de cotejo al universo de pacientes adultos categorizados en C1 (Total de registros en Planilla de listado de pacientes categorizados C1 en el mes), aplica pauta de cotejo a registro en Planilla Excel de Listado de pacientes clasificados C1, si cumple los tiempos de atención según lo establecido en el indicador, se aplica la pauta a cada registro al final del mes.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG ADULTO

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	3	19	41	8	6	22
N° Total Pautas	13	26	48	9	10	29
% Cumplimiento	20%	73%	85%	89%	60%	76%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG ADULTO

Describir constatación**:** Se selecciona, de forma aleatoria el mes de Julio para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes**.** Se selecciona por muestreo sistematizado desde el número 2 cada 2 las 30 pautas a revisar, se constata que la séptima pauta no cumple los criterios establecidos, se completa la constatación de las 30 pautas. De las 30 pautas revisadas, 21 pautas cumplen con los criterios establecidos en el indicador y 9 no cumplen (21/30=70%).Constatándose inconsistencia entre lo informado por el prestador y los registros revisados. Se da por no cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.

Mes /Año	Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	21					
N° Total Pautas	30					
% Cumplimiento	70%					

Observaciones:

URG PEDIATRICA (Indicador 1)	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Enfermera Supervisora y/o Enfermera Encargada de Calidad de la Unidad
Fuente primaria	Registro DAU
Fuente secundaria	Planilla Excel con listado de paciente
Periodo evaluado	Mayo- Junio- Julio-Agosto-Septiembre- Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica pauta de cotejo al universo de pacientes pediátricos categorizados en C1 (Total de registros en Planilla de listado de pacientes categorizados C1 en el mes), aplica pauta de cotejo a registro en Planilla Excel de Listado de pacientes clasificados C1, si cumple los tiempos de atención según lo establecido en el indicador, se aplica la pauta a cada registro al final del mes.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG PEDIÁTRICA

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	4	4	7	1	6	3
N° Total Pautas	4	4	8	1	6	3
% Cumplimiento	100%	100%	87,5%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG PEDIÁTRICA

Describir constatación**:** Se selecciona, los registros de pautas de cotejo de todos los meses del periodo de retrospectividad evaluados, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. Constatando consistencia en lo declarado por el prestador y los registros. Dándose por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	4	4	7	1	6	3
N° Total Pautas	4	4	8	1	6	3
% Cumplimiento	100%	100%	87,5%	100%	100%	100%

Observaciones:

URG GÍNECO- OBSTÉTRICA (Indicador 1)	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Matrona Supervisora y/o Enfermera Encargada de Calidad de la Unidad
Fuente primaria	Registro DAU
Fuente secundaria	Planilla Excel con listado de paciente
Periodo evaluado	Mayo- Junio- Julio-Agosto-Septiembre- Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica pauta de cotejo al universo de pacientes adultos Gineco – Obstétricas categorizados en C1 (Total de registros en Planilla de listado de pacientes categorizados C1 en el mes), aplica pauta de cotejo a registro en Planilla Excel de Listado de pacientes clasificados C1, si cumple los tiempos de atención según lo establecido en el indicador, se aplica la pauta a cada registro al final del mes.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG GÍNECO- OBSTÉTRICA

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	0	0	0	0	1	0
N° Total Pautas	2	1	5	3	2	3

% Cumplimiento	0%	0%	0%	0%	50%	0%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG GÍNECO- OBSTÉTRICA						
Describir constatación**:** Se selecciona, los registros de pautas de cotejo de todos los meses del periodo de retrospectividad evaluados, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. Constatando consistencia en lo declarado por el prestador y los registros. Dándose por cumplido el elemento medible.						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	0	0	0	0	1	0
N° Total Pautas	2	1	5	3	2	3
% Cumplimiento	0%	0%	0%	0%	50%	0%
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA AOC 1.2 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Urgencia	1° EM:1	2° EM:1	3° EM: 0
Umbral de la característica:≥ 66%	Puntaje total: 2/3	Porcentaje obtenido: 66,6%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA AOC 1.3 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

AOC 1.3 – Primer elemento medible: Se describen en documento(s) las situaciones o resultados críticos que requieren notificación, el procedimiento de notificación y se han definido los responsables de su aplicación.

APL			
Nombre del documento	Procedimiento Notificación de Valores Críticos Unidad Laboratorio Clínico		
Fecha elab: Julio 2015	Fecha vigencia: 2 años	Versión: 04	N° páginas: 17
Elaborado por: Karen Araya C., Tecnólogo Médico	Aprobado por: Dr. Francisco Bueno Natush, Director Subrogante Hospital Regional de Antofagasta.		
Considera (Si/No)	1. Resultados críticos que requieren notificación: Si	2. Procedimiento de notificación: Si	
Responsable aplicación	Tecnólogo Médico que valida el resultado es responsable de notificar telefónicamente al lugar de procedencia y registrar la notificación en formato digital.		

Breve descripción del contenido del documento: En el alcance se consigna que el procedimiento aplica a los exámenes especificados en el Anexo 1 con Resultados Críticos de pacientes beneficiarios y/o no beneficiarios solicitados en las distintas Unidades Clínicas, Unidad de Emergencia, pacientes ambulatorios o de otros establecimientos.

En el punto 7 "Descripción del proceso", desde la páginas 5 a la 8, se consigna, entre otros aspectos del procedimiento:
Punto 7.2: La notificación de valores críticos debe realizarse del profesional del laboratorio al profesional encargado del paciente.
Punto 7.2.1: Se define cómo notificar. Se especifica que la notificación se realiza por teléfono directamente al profesional a cargo del paciente (médico, en su defecto enfermera o matrona). Se debe solicitar el nombre y apellido a quien recibe la notificación y que repita la información entregada. Se informa que el resultado está en pantalla para ser visualizado. El tecnólogo médico debe dejar la solicitud en el archivo, registrando la solicitud en el archivo, consignando la hora de la notificación para constatar, posteriormente, su pertinencia, independientemente si la notificación fue exitosa o no.
Punto 7.2.2: La notificación vía telefónica debe intentarse 3 veces, en un lapso no mayor no mayor a 2 horas (120 minutos). En caso de no ocurrir, dejar registro no mayor de los intentos de comunicación en el informe de resultado, en el reverso de la solicitud y en el documento RG-LAB-01-02 con la sigla NC anotando las horas en las cuales se trató de establecer la comunicación. Se consigna que, en el caso de no establecer la comunicación, se envía un mail a la supervisora y jefe de la unidad indicando lo estipulado en el punto 7.2.1 del procedimiento, informando, además, los intentos por establecer la comunicación y que no fue exitosa. La información de no notificación debe entregarse a la supervisora o jefe de la unidad de laboratorio, quienes enviarán reporte vía mail a la unidad correspondiente.
Punto 7.2.3: El sistema de registros definido es digital en el formato RG-LAB-01-02 "Notificación de resultados críticos de Laboratorio". Se definen los campos que se deben completar.
Punto 7.2.4: La notificación de valores críticos en pacientes dializados, de exámenes derivados de otros laboratorios y en el caso de pacientes ambulatorios.

En el punto 8 del documento "Documentos asociados", se consignan los siguientes:
- RG-LAB-10: Solicitud del examen
- RG-LAB-01-02: Registro digital en google drive de "Notificación de resultados críticos de Laboratorio"
- RG-LAB-07: Sistema Omega de laboratorio
- RG-LAB-08: Sistema informático del hospital

En el Anexo 1 "Listado de resultados y valores críticos de notificación inmediata", se incluyen los valores críticos de analitos de Química sanguínea, Toxicología, Análisis de orina, Hematología y coagulación y Microbiología. Entre otros:

Química sanguínea:
- Glucosa: ‹ 50 y > 400 mg/dl (Pacientes adultos). En el caso de pacientes pediátricos y neonatología: ‹ 4 semanas: ≤ 40 y > 300 mg/dl; ≥ 4 semanas: ≤ 50 y > 400 mg/dl
- Sodio: ‹120 y >160 meq/L
- Ph: ‹7,2 y >7,6
- CK: > 10.000 U/l (Pacientes adultos), > 4.000 U/l (Pacientes pediátricos y neonatología)

Toxicología:
- Ácido valproico ≥ 200 ug/ml
- Fenitoína ≥ 30 ug/ml

Análisis de orina:

- Cilindros eritrocitarios 1+ o más
- Eritrocitos dismórficos >50%

Hematología y coagulación:

- Protrombina (INR): INR > 4,5
- TTPK: >100 seg.
- Hemoglobina: Pacientes adultos (≤6 y ≥20 g/dl), Pacientes pediátricos (> 7 sem: ≤6,0 y ≥20,0 g/dl) y Pacientes neonatología (0-7 sem: ≤6,0 y 24,0 g/dl)

Microbiología:

- Tinción de Gram positiva en una muestra de líquido o sitio estéril: LCR, líquido articular, líquido pericárdico, líquido pleural, líquido peritoneal y tejidos obtenidos en acto quirúrgico.
- Cultivo (+) a *Neisseria meningitidis*
- *Toxina de C. Difficile* (+) en paciente hospitalizado o en la unidad de emergencia.

Observaciones: Se constata la versión 03 del documento "Procedimiento Notificación de Valores Críticos Unidad de Laboratorio Clínico" (Código PO-LAB-03) de 16 páginas, de fecha de emisión Febrero 2015. Vigencia de 2 años. Elaborado por TM Eva Mejías Durán, Encargada de Calidad y Tecnólogos Médicos del Laboratorio Clínico y aprobado por Dr. Francisco Bueno Natush, Director Hospital Regional de Antofagasta. El documento cumple con lo requerido. Se da por cumplido el elemento medible.

APA

Nombre del documento	Procedimiento Notificación de Valores Críticos Unidad de Anatomía Patológica		
Fecha elab: Agosto 2015	Fecha vigencia: 3 años	Versión:04	N° páginas:17
Elaborado por: TM Roxana Parra Lara, Supervisora Unidad Anatomía Patológica	Aprobado por: Dr. Hugo Benítez Cáceres, Jefe Unidad Anatomía Patológica		
Considera (Si/No)	1. Resultados críticos que requieren notificación: Si	2. Procedimiento de notificación: Si	
Responsables aplicación	Si		

Breve descripción del contenido del documento: En el alcance del procedimiento, se especifica que aplica a los distintos servicios clínicos de Atención Cerrada, Unidades y Policlínicos de Atención Abierta del Hospital Regional de Antofagasta, Además, aplica a centros de salud extrahospitalarios de la Red Pública de Atención, que reciban informes de biopsias y citologías de la Unidad de Anatomía Patológica del Hospital Regional de Antofagasta.

En el punto 7 "Descripción del proceso para biopsias diferidas y citologías misceláneas", se consigna la oportunidad de la notificación. El plazo de notificación exitoso al centro derivador de un informe clasificado como "Prioritario", será menor a tres días hábiles, siguientes a la fecha de emisión del informe.
En el punto 7.2 se estipula que al momento de realizar el informe, el médico Anatomopatólogo debe validar un valor crítico con la palabra "Prioritario".
En el punto 7.2.1 se explicitan los valores críticos para biopsias diferidas, entre otros:

- Neoplasia maligna
- Neoplasia benigna que causa parálisis
- En biopsias de cuello uterino, NIE II o NIE III
- Otro diagnóstico de gravedad que a criterio del médico Anatomopatólogo constituya un valor crítico.

En el punto 7.2.2 se explicitan los valores críticos para citologías misceláneas:

- Informe citológico positivo para células neoplásicas malignas
- Informe citológico con diagnóstico "Atípico"

En el punto 7.3 se define el registro del valor crítico en biopsias y citologías misceláneas. Entre otros aspectos, se estipula que:

- El médico Anatomopatólogo le hace entrega a la secretaria en turno de biopsias o citología, todos los informes histopatológicos o citológicos una vez revisados y firmados.
- Cada secretaria separa los informes clasificados como "Prioritarios" y los entrega registrados en el formulario RG-UAP-02 (Registro de Notificación de Valores Críticos de Biopsias Diferidas) o en el formulario RG-UAP-65 (Registro de ingreso y entrega de informes de Citologías Misceláneas. Notificación de Valores Críticos de Citología Miscelánea), según corresponda.

En el punto 7.4 se consigna el procedimiento de Notificación de Valores Críticos en Atención Cerrada y Abierta del HRA.
En el punto 7.5 se define el procedimiento de Notificación de Valores Críticos de biopsias diferidas y citología miscelánea a centros de salud extrahospitalarios (Centros de Atención Primaria u otros hospitales de la II Región).

En el punto 8 se describe el proceso de notificación para exámenes citológicos de Papanicolaou.

En el punto 3 "Responsabilidades", se consignan, entre otras:

- Médico Anatomopatólogo: Responsable de realizar el diagnóstico, validando el informe como "Prioritario", cuando corresponde a un valor crítico.
- Tecnólogo Médico Supervisor de la Unidad de Anatomía Patológica: Responsable de coordinar con atención abierta y cerrada del establecimiento la notificación oportuna de los valores críticos.
- Tecnólogo Médico coordinador de valores críticos: Responsable de la notificación de valores críticos a centros de salud extrahospitalarios y resguardo de los procesos de seguimiento.
- Tecnólogo Médico designado en turno de supervisión de valores críticos: Responsable del chequeo de pacientes hospitalizados y de su registro, supervisar el registro de entrega de informes intrahospitalarios y mantener planilla de registro interno (RG-UAP-54), confeccionar documentos de seguimiento y resumen mensual para el indicador relacionado.

Adicionalmente, se especifican las responsabilidades de distintos integrantes del equipo: Tecnólogo médico de Citología, de la secretaria en turno de biopsia, secretaria en turno de citología, estafeta, enfermera o matrona supervisoras de unidades de atención abierta del Hospital Regional de Antofagasta (HRA), responsable designado de recepción de valores críticos en unidades de atención abierta HRA y médico tratante, entre otros.

Observaciones: Se constata la versión 03 del documento "Procedimiento Notificación de Valores Críticos Unidad Anatomía Patológica" (Código PO-UAP-03) de 19 páginas, de fecha de emisión Octubre 2014. Vigencia de 3 años. Elaborado por TM Heriberto Opazo M., y TM Andrés Estay F., y aprobado por Dr. Miguel Cerón T., Jefe (s) Unidad Anatomía Patológica Hospital Regional de Antofagasta. Se da por cumplido el elemento medible.

API			
Nombre del documento	Procedimiento Notificación de Resultados Críticos Unidad de Imagenología		
Fecha elab: Octubre 2014	Fecha vigencia: 5 años	Versión:02	N° páginas:19
Elaborado por: Rossana Huerta M., Tecnólogo Médico Unidad Apoyo Imagenología	Aprobado por: Dr. Marcelo Ávila Jaramillo, Médico Jefe Unidad de Apoyo Imagenología		
Considera (Si/No)	1. Resultados críticos que requieren notificación: Si	2. Procedimiento de notificación: Si	
Responsable aplicación	Radiólogo: Notificar telefónicamente al lugar de procedencia el resultado crítico, una vez emitido el informe y dejar registro en la planilla de notificación de resultados críticos de imagenología. Tecnólogo Médico: Notificar telefónicamente al lugar de procedencia el resultado una vez emitido el informe, en ausencia del radiólogo y dejar registro en la planilla de notificación de resultados críticos de imagenología.		

Breve descripción del contenido del documento: En el punto 7 "Descripción del proceso" se consigna el procedimiento de Notificación de Resultados Críticos (NRC) en Atención Cerrada, Atención Abierta y Atención Urgencia por Teleradiología.

- Notificación de Resultados Críticos en Atención Cerrada: Al momento de realizar el informe radiológico y en presencia de un RC de un paciente hospitalizado el médico radiólogo debe enviar el resultado vía correo electrónico a la dirección de correo establecida por la Unidad de Imagenología (notificacioncriticos@gmail.com), para luego ser remitida esta información al médico tratante del paciente. De no hallarse éste, al personal de turno (matrona, enfermera, médico residente). El registro de la notificación lo hará el personal de turno de Imagenología. El funcionario que notifica se asegurará que el receptor de la notificación haya entendido perfectamente la información, además del nombre completo del paciente afectado y que lo repita a la persona que está notificando. Se consigna que el profesional dejará registro de la notificación telefónica en el documento RG-IMA-08-00 Registro Notificación de Resultados Críticos Imagenología Atención Cerrada. Se especifican los datos que se deben registrar.
- Notificación de Resultados Críticos en Atención Abierta: Al momento de realizar el informe radiológico y en presencia de un RC de un paciente ambulatorio el médico radiólogo debe enviar el resultado vía correo electrónico a la dirección de correo establecida por la Unidad de Imagenología (notificacioncriticos@gmail.com). El registro de la notificación lo hará el personal administrativo de Imagenología. El funcionario que notifica se asegurará que el receptor de la notificación haya entendido perfectamente la información. La secretaria de Imagenología llamará al paciente, indicándole retirar su examen lo antes posible y dirigirse en forma inmediata donde su médico tratante u otra entidad que lo evalúe. Deberá registrar la información entregada en el documento RG-IMA-09-00 Registro Notificación de Resultados Críticos Imagenología Atención Abierta. Se especifican los datos que se deben registrar. Se explicita el procedimiento a seguir en el caso que el examen no sea retirado (envío al domicilio del paciente); si el domicilio no es ubicado y el informe es devuelto; como también, en el caso que el paciente no puede ser contactado.
- Notificación de Resultados Críticos en Atención Urgencia por Teleradiología: Al momento de realizar el informe radiológico y en presencia de un RC de un paciente de urgencia, del sistema de informes a través de teleradiología, debe enviar el resultado vía correo electrónico a la dirección de correo establecida por la Unidad de Imagenología (notificacioncriticos@gmail.com). El registro de la notificación lo hará el personal de Imagenología. El funcionario que notifica se asegurará que el receptor de la notificación haya entendido perfectamente la información, además del nombre completo del paciente afectado y que lo repita a la persona que está notificando. El profesional dejará registro de la notificación telefónica en el documento RG-IMA-08-00 Registro Notificación de Resultados Críticos Imagenología Atención Cerrada. Se especifican los datos que se deben registrar.
- En el Anexo 2 "Nómina de Resultados Críticos de Unidad Imagenología" se consignan los resultados críticos de escáner y ecotomografía. Entre otros, se especifican:
- Escaner:
    - Angiotac tórax, Tromboembolismo pulmonar
    - TAC Tórax, Neumotórax masivo
    - TAC Tórax, Abdomen y Pelvis, Sangramiento activo en pacientes politraumatizados
- Ecotomografía:
    - Abdominal, Apendicitis aguda
    - Doppler extremidades, Oclusión arterial extremidades
- En el Anexo 3 "Nómina de Resultados Críticos del Sistema Teleradiología", entre otros, se especifican:
    - Trombosis Venosa Profunda (TVP)
    - Neumotórax a tensión
    - Perforación de víscera hueca
    - Traumatismos complicados (Laceración o fractura de órganos con hemorragia activa, entre otros)
    - Complicaciones cerebrales (Hipertensión endocraneana, entre otros)
    - Cuadro de abdomen agudo No sospechados (Pancreatitis aguda, Colangitis e invaginación intestinal, entre otros)
    - Torsión testicular, Fracturas expuestas y Cuerpo extraño en vía aérea o en tubo digestivo en el contexto de un proceso agudo.
- En el Anexo 6 "Registro Notificación de Resultados Críticos Imagenología Atención Cerrada", se incluye el formato de registros RG-IMA-08-00, explicitando los campos de datos a llenar.
- En el Anexo 7 "Registro Notificación de Resultados Críticos Imagenología Atención Abierta", se incluye el formato de registros RG-IMA-09-00, explicitando los campos de datos a llenar.
- En el Anexo 8 "Formato de contacto de llamada telefónica al paciente ambulatorio" se consigna un instructivo y un guión para la notificación de RC que debe ser aplicado por la secretaria de Imagenología.

AOC 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

APL	
Nombre del indicador	Cumplimiento de la notificación de valores críticos

Fórmula matemática	(N° de valores críticos con notificación exitosa/ N° total de valores críticos) x 100
Umbral de cumplimiento: ≥85%	Periodicidad de la evaluación: bimensual
APA	
Nombre del indicador	Cumplimiento de Notificaciones de Valores Críticos de biopsias diferidas
Fórmula matemática	N° de biopsias diferidas con Valores Críticos notificadas en un plazo menor a 3 días hábiles en un período de tiempo/ N° total de biopsias diferidas diagnosticadas con Valores Críticos en el mismo período x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Medición mensual, informe trimestral
API	
Nombre del indicador	% notificación de resultados críticos de exámenes de Imagenología según procedimiento
Fórmula matemática	(N° de exámenes con RC notificados según procedimiento en el período/ N° total de exámenes con RC a notificar en el mismo período) x 100
Umbral de cumplimiento: ≥90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

AOC 1.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

APL						
Nombre documento	Informe del indicador cumplimiento de la notificación de valores críticos Laboratorio Clínico					
Responsable medición	Encargada de calidad laboratorio					
Fuente primaria	Registros digitales de notificación de valores críticos de laboratorio (RG-LAB-01-02), correos electrónicos enviados por los tecnólogos médicos a supervisora y jefe de la unidad de laboratorio, con los resultados críticos "no notificados en forma exitosa" y registros al reverso de las solicitudes de exámenes con datos de las notificaciones telefónicas.					
Fuente secundaria	Informes bimensuales del indicador					
Periodo evaluado	Mayo –Octubre 2015					
Metodología de medición	El encargado de calidad revisa los registros digitales de notificaciones de valores críticos, para verificar el cumplimiento del procedimiento definido. Se considera que es exitosa una notificación con valor crítico, cuando el resultado de un analito con los valores consignados en el procedimiento institucional, es notificado al personal de la unidad clínica de origen de la muestra. No considera aquellos llamados telefónicos en los cuales no ocurre recepción de los resultados.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en APL						
Mes /Año	Mayo-Junio 2015	Julio-Agosto 2015	Septiembre-Octubre 2015			
N° de Notificaciones Resultados Críticos que cumplen /	371	483	496			
N° de Notificaciones a realizar	483	618	535			
% Cumplimiento	76,8%	78,2%	92,7%			
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APL						
Describir constatación: Se selecciona, en forma aleatoria, el bimestre septiembre y octubre 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros. Se randomiza una muestra de 30 casos. Se revisan los primeros 7, constatando que en uno de ellos, no se cumple el procedimiento institucional. Se revisan los registros de 30 notificaciones y se constata que, en 26 casos, se cumple el procedimiento institucional. Se da por cumplido el elemento medible de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Septiembre-Octubre 2015					
N° de Notificaciones Resultados Críticos que cumplen /	26					
N° de Notificaciones a realizar	30					
% Cumplimiento	87%					
Observaciones:						
APA						
Nombre documento	Informe indicador Cumplimiento de Notificaciones de Valores Críticos de biopsias diferidas					
Responsable medición	Tecnólogo médico encargado de turno mensual					
Fuente primaria	Registros en formularios "RG-UAP-02. Registro de Notificación de Valores Críticos de Biopsias Diferidas", base de datos del programa computacional de la Unidad de Anatomía Patológica y registros en formularios "FO-UAP-01. Formato de Seguimiento de Valores Críticos en pacientes hospitalizados en el Hospital Regional de Antofagasta".					
Fuente secundaria	Informe indicador Cumplimiento de Notificaciones de Valores Críticos de biopsias diferidas					
Periodo evaluado	II y III Trimestre 2015					
Metodología de medición	Mensualmente, el tecnólogo médico encargado revisa los registros de los exámenes que presentan Valor Crítico. Verifica que las notificaciones se hayan realizado y que, los procedimientos se ajusten a establecido en la institución. Se consideran los Valores Críticos de exámenes de atención abierta, atención cerrada y extrahospitalarios. Se considera un plazo de notificación exitoso al centro derivador cuando se notifica en un tiempo menor a tres días hábiles.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en APA						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre	Octubre

					2015	2015
N° Pautas cumplidas /	144	119	122	110	194	155
N° Total Pautas	151	124	124	120	201	155
% Cumplimiento	95,36%	95,97%	98,39%	91,67%	96,52%	100%
Observaciones: El Prestador realiza mediciones mensuales e informes trimestrales.						

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APA

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el III Trimestre para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros existentes. Se randomiza una muestra de 30 registros de RC de un total de 445. Se revisan los 7 primeros constatando que se cumple el procedimiento institucional. Se da por cumplido el elemento medible de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	III Trimestre 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

API

Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador de Notificación de Valores Críticos
Responsable medición	Encargado de Calidad Unidad de Imagenología
Fuente primaria	Registros de resultados de exámenes y de notificaciones realizadas en la unidad- Informes de exámenes imagenológicos con RC
Fuente secundaria	Planilla de Notificación de Valores Críticos (RG-IMA-08-00)
Periodo evaluado	Mayo a Octubre de 2015
Metodología de medición	El médico consigna el RC enviando el resultado a un correo electrónico definido en la unidad (notificacioncriticos@gmail.com). El registro de la notificación lo realiza el personal de turno de Imagenología en el documento RG-IMA-08-00. El encargado de calidad de la unidad, mensualmente, elabora el indicador revisando los registros y procedimientos de NRC para chequear el cumplimiento del procedimiento institucional.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en API

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° NRC que cumplen /	34	35	29	25	42	23
N° Total RC a notificar	34	38	29	26	42	23
% Cumplimiento	100%	92%	100%	96%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para API

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de agosto 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros. Se revisa el total de registros de NRC, constatando que hay consistencia entre el resultado presentado y los registros. Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Agosto 2015					
N° Pautas cumplidas /	25					
N° Total Pautas	26					
% Cumplimiento	96%					
Observaciones:						

AOC 1.3 – Cuarto elemento medible: Se constata registro de notificaciones realizadas

APL

Total de exámenes seleccionados	30	Total de exámenes que cumplen de acuerdo a norma	26

Detalle de los exámenes constatados

Examen revisado	Hemoglobina 5,1 g/dl	Fecha	27 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Sodio 118 meq/L	Fecha	15 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Hemoglobina 5,6 g/dl	Fecha	1 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	CK Total 10.610 U/l	Fecha	7 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Potasio 2,24 meq/L	Fecha	29 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Calcio iónico 0,76 mmol/L	Fecha	27 septiembre 2015	Notificación según norma	No	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR 7,78	Fecha	25 septiembre	Notificación según norma	No	Documento/ registro	Registro electrónico Notificación de exámenes

			2015			revisado	críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Ph 7,11	Fecha	2 septiembre 2015	Notificación según norma	No	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Cloro 133,7 meq/L	Fecha	14 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Hemoglobina 5,8 g/dL	Fecha	18 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Sodio 117,8 meq/L	Fecha	7 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Glicemia 37 mg/dl	Fecha	3 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Calcio 5,9 mg/dl	Fecha	13 septiembre 2015	Notificación según norma	No	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Creatinina 10,21 mg/dl	Fecha	21 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Calcio 5,9 mg/dl	Fecha	21 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Ph 7,16	Fecha	2 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Potasio 2,65	Fecha	15 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Calcio iónico 0,26 mmol/L	Fecha	5 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR > 4,5	Fecha	19 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR > 4,5	Fecha	13 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR > 4,5	Fecha	14 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR > 4,5	Fecha	27 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Hemoglobina 5,5 g/dl	Fecha	20 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR > 4,5	Fecha	19 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR > 4,5	Fecha	15 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR > 4,5	Fecha	26 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR > 4,5	Fecha	23 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR > 4,5	Fecha	13 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	INR > 4,5	Fecha	8 octubre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Examen revisado	Glicemia 583 mg/dl	Fecha	1 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Registro electrónico Notificación de exámenes críticos (RG-LAB-01-02)
Observaciones: Se selecciona, en forma aleatoria, el bimestre de septiembre y octubre 2015 para constatar el registro de las							

notificaciones realizadas**.** Se randomiza una muestra de 30 casos. Se revisan los 7 primeros registros de Notificación de Resultados Críticos, constatando que en uno de los casos, no se cumple el procedimiento definido por el Prestador. Se revisa la totalidad de los casos seleccionados constatando que, en 26 de 30 casos, se cumple el procedimiento institucional. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la Situación 1 de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" del Ord. Circular IP N° 2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.							
APA							
Total de exámenes seleccionados			7	Total de exámenes que cumplen de acuerdo a norma			7
Detalle de los exámenes constatados							
Examen revisado	Carcinoma mama	Fecha	17 julio 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Libro "Registro de Ingreso de biopsias RG-UAP-01"
Examen revisado	Carcinoma Basocelular	Fecha	2 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Libro "Registro de Ingreso de biopsias RG-UAP-01"
Examen revisado	Ca Endometrio	Fecha	2 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Libro "Registro de Ingreso de biopsias RG-UAP-01"
Examen revisado	Neoplasia intraepitelial NIE 3	Fecha	23 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Libro "Registro de Ingreso de biopsias RG-UAP-01"
Examen revisado	Carcinoma Basocelular	Fecha	07 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Libro "Registro de Ingreso de biopsias RG-UAP-01"
Examen revisado	Mesotelioma Epitelioideo	Fecha	11 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Libro "Registro de Ingreso de biopsias RG-UAP-01"
Examen revisado	Queratoacantoma	Fecha	2 septiembre 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Libro "Registro de Ingreso de biopsias RG-UAP-01"
Observaciones: Se selecciona en forma aleatoria el III Trimestre 2015 para constatar el registro de las notificaciones realizadas**.** Se randomiza el total de casos notificados (426). Se revisan los 7 primeros, constatando que se cumple el procedimiento institucional de Notificación de Resultados Críticos definido por el Prestador. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la Situación 1 de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" del Ord. Circular IP N° 2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.							
API							
Total de exámenes seleccionados			7	Total de exámenes que cumplen de acuerdo a norma			7
Detalle de los exámenes constatados							
Examen revisado	Angiotac Pelvis. Dg: Enfermedad Arterial Oclusiva	Fecha	23 agosto 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Planilla de Notificación de valores críticos (RG-IMA-08-00) e Informe en Sistema Informático MEDBUS-Carestream
Examen revisado	TAC Abdomen, Pelvis y Columna Lumbar. Dg: Trauma Raquimedular	Fecha	1 agosto 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Planilla de Notificación de valores críticos (RG-IMA-08-00) e Informe en Sistema Informático MEDBUS-Carestream
Examen revisado	TAC Abdomen y Pelvis. Dg: Neumoperitoneo	Fecha	16 agosto 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Planilla de Notificación de valores críticos (RG-IMA-08-00) e Informe en Sistema Informático MEDBUS-Carestream
Examen revisado	TAC Cerebro sin contraste. Dg: Isquemia Occipital	Fecha	29 agosto 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Planilla de Notificación de valores críticos (RG-IMA-08-00) e Informe en Sistema Informático MEDBUS-Carestream
Examen revisado	Angiotac Abdomen. Dg: Perforación Intestinal	Fecha	7 agosto 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Planilla de Notificación de valores críticos (RG-IMA-08-00) e Informe en Sistema Informático MEDBUS-Carestream
Examen revisado	Angiotac Tórax. Dg: Disección Aórtica	Fecha	17 agosto 2015	Notificación según norma	Si	Documento/ registro revisado	Planilla de Notificación de valores críticos (RG-IMA-08-00) e Informe en Sistema Informático MEDBUS-Carestream
Examen	TAC Abdomen y	Fecha	7 agosto	Notificación según	Si	Documento/	Planilla de Notificación de

revisado	Pelvis. Dg: Colecistitis aguda		2015	norma		registro revisado	valores críticos (RG-IMA-08-00) e Informe en Sistema Informático MEDBUS-Carestream
Observaciones: Se selecciona en forma aleatoria el mes de agosto 2015 para constatar el registro de las notificaciones realizadas**.** Se randomiza el total de casos notificados (25). Se revisan los 7 primeros, constatando que se cumple el procedimiento institucional de Notificación de Resultados Críticos definido por el Prestador. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la Situación 1 de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" del Ord. Circular IP N° 2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.							

CARACTERÍSTICA AOC 1.3 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0 - NA)	1° EM	2° EM	3° EM	4° EM
APL	1	1	1	1
APA	1	1	1	1
API	1	1	1	1
Umbral de la característica:≥ 75%	Puntaje total: 12/12	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA AOC 2.1 / HALLAZGOS

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

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento	Procedimiento de Derivaciones de Pacientes Vía Unidad Gestión Centralizada de Camas (UGCC) a la Red Público/Privada		
N° Resolución:12678 del 28/07/2014	Versión:00	Fecha: Julio 2014	
Elaborado por: Krasna Jiménez C. y Julia Urquieta H., Enfermeras Unidad de Gestión de Pacientes	Aprobado por: Dra. Juana Pérez, Directora (s) Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 14	
El documento define los siguientes atributos:			
1. Responsable que decide derivación	Si	2. Red de derivación y procedimiento	Si
3. Tipo y condiciones de transporte	Si	4. Información que acompaña al paciente	Si
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento de Derivaciones de Pacientes Vía Unidad Gestión Centralizada de Camas (UGCC) a la Red Público/Privada, código PO-UGCC-02, que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. En alcance, página 2, determina que el procedimiento aplica a todo paciente beneficiario de FONASA que deba trasladarse por falta de cama crítica. El responsable institucional de la derivación es el Director del Hospital, Subdirector Médico o el Médico Jefe de turno de Unidad de Emergencia. En ítem 7 "Descripción del Proceso" se detalla la Red de derivación y su procedimiento. Se describe tipo y condiciones del transporte Aéreo o terrestre y los documentos asociados que deben acompañar al paciente, entre ellos: Ficha clínica, Informe médico de traslado, verificador de FONASA actualizado, solicitud de traslado en ambulancia, carta de resguardo en caso de derivación a Clínica Privada y plan de vuelo. En anexos: Carta de respaldo, Instructivo de sistema de traslado aéreo medicalizado, Formulario de traslado UGCC / Compra de Servicio y Consentimiento informado de Traslado de pacientes críticos y Excepciones al procedimiento			

CARACTERÍSTICA AOC 2.1 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0 - NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: 1	
Umbral de la característica:100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA AOC 2.2 / HALLAZGOS

AOC 2.2 – Primer elemento medible: Se describe en documento(s) de carácter institucional el sistema de entrega de turnos, que contempla al menos: datos mínimos a informar y registrar por cada estamento (enfermeras, matronas, médicos).

Sistema de entrega de turno Enfermeras			
Nombre del documento	Procedimiento: "Sistema de Entrega de Turno de Enfermería"		
N° Resolución: 8426 del 27/05/2014	Versión: 1	Fecha: Mayo 2014	
Elaborado por: Verónica Contreras T., Enfermera Tirsa González A., Enfermera Alejandra Milles, Enfermera Janis Orellana O., Enfermera	Aprobado por: Juana Pérez Moraga, Director Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 17	
Datos mínimos a informar y registrar	Si		
Breve descripción del contenido del documento: En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento: "Sistema de			

Entrega de Turno de Enfermería", código PO-SDE-01 que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, establece que el documento aplica a las unidades asistenciales de: Pacientes críticos adultos, Unidad Coronaria, Unidad de paciente crítico pediátrico, Pediatría, Medicina, Unidad de cuidados medios o agudos, Pensionado, Cirugía adulto, Bloque quirúrgico de especialidades (BQE) y Unidad de emergencia adulto-pediátrico. En página 3 y 4 establece las responsabilidades de la aplicación y supervisión del procedimiento de la Enfermera supervisora, enfermera diurna, Enfermera residente y Enfermera en rol de turno UPC.
En páginas 4 a 8, ítem 7 "Descripción del Proceso" indica que la entrega de turno oral y escrita se realiza diariamente al inicio y término del turno, entregando información clínico asistencial del paciente y clínico administrativa de la Unidad. El registro escrito es en el documento foliado denominado "RG-SDE-01_00 Formulario de entrega/recepción de turno enfermería", cuyo almacenamiento se mantiene durante un año. El criterio de elección para la entrega de enfermería de los pacientes corresponde a aquellos que posean categorización riesgo / dependencia A y B en sus tres niveles.
Los datos a registrar corresponden a los existentes en el formulario antes mencionado, se consideran datos mínimos los siguientes:

a. Nombre de la Unidad Asistencial
b. Fecha y jornada de trabajo.
c. Número o letra de sala y cama
d. Nombre del paciente
e. Categorización
f. Información relevante (exámenes, tratamiento especial, evaluación médica, etc.)
g. Nombre o timbre y firma de la enfermera entrante, la saliente y la supervisora que revisa la información.

En anexo n°1 el documento "RG-SDE-01_00 Formulario de entrega/recepción de turno enfermería".

Sistema de entrega de turno de matronas

Nombre del documento I	Entrega de Turno Matronería U.A. Obstetricia y Ginecología	
N° Resolución: 1733 del 13/03/2015	Versión: 1	Fecha: Febrero 2014
Elaborado por: Dayanna Hernández, Matrona Ruth Ramos, Matrona Marione Cisternas, Matrona	Aprobado por: Francisco Bueno N., Director(S) Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 11
Datos mínimos a informar y registrar	Si	

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Entrega de Turno Matronería U.A. Obstetricia y Ginecología, código PO-SDMT-12 que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, establece que el documento aplica en: la Unidad asistencial de Obstetricia y Ginecología, Hospitalización, Urgencia Gíneco-Obstétrica y Unidad de Partos y pabellón maternidad. En la misma página establece las responsabilidades de la aplicación y supervisión del procedimiento de la Matrona supervisora, Matrona Jefe de turno y Matrona clínica.
En páginas 3 a 5, ítem 7 "Descripción del Proceso" describe la entrega de turno oral y escrita para las áreas de Hospitalización Gíneco-Obstétrica, Urgencia Gíneco-Obstétrica y Partos-Pabellón Maternidad, detallando los aspectos clínico-administrativos a entregar.
Los datos a registrar dependerán del área que se entrega, se realizará en libro foliado denominado "Libro de entrega de turno", se consideran datos mínimos los siguientes:

a. Área de Hospitalización Gíneco-Obstétrica
   - Fecha y hora
   - Nombre del personal en turno
   - Nombre, dos apellidos y diagnóstico de la paciente (de aquellas con factores de riesgo, cuidados especiales, procedimiento o exámenes pendientes o requerimiento de mayor vigilancia)
   - Disponibilidad de equipos médicos
   - Camas disponibles por sección
   - Situaciones o novedades relevantes
   - Nombre o firma del profesional que registra y quien recibe la información
   - Revisión de matrona supervisora con fecha, hora, nombre y firma.
b. Área de Urgencia Gíneco-Obstétrica
   - Fecha y hora
   - Nombre, apellidos y diagnóstico de usuarias en observación o tratamiento
   - Indicaciones especiales o procedimientos pendientes
   - Nombre y apellidos del personal en turno
   - Nombre o firma del profesional que registra y quien recibe la información
c. Área de Partos-Pabellón Maternidad
   - Fecha y hora
   - Nombre y apellidos de usuarias en pabellón o recuperación de anestesia
   - Diagnóstico pre o post operatorio
   - Indicaciones especiales o procedimientos pendientes
   - Nombre o firma del profesional que registra y quien recibe la información
   - Revisión de matrona supervisora con fecha, hora, nombre y firma.

En anexo n°1 el detalle de la información verbal a entregar.

Nombre del documento II	Entrega de Turno de Matronería U.A. Neonatología	
N° Resolución: 1734 del 13/03/2015	Versión: 1	Fecha: Febrero 2015
Elaborado por: Rebeca Téllez, Matrona Marjorie Cisternas, Matrona	Aprobado por: Francisco Bueno N., Director(S) Hospital Regional Antofagasta	

Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 10
Datos mínimos a informar y registrar	Si	

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Entrega de Turno Matronería U.A. Neonatología, código PO-SDMT-13 que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, establece que el documento aplica a matronas(es) de las Unidades asistenciales de cuidados básicos, inmediatos y recién nacido sano de la Unidad de Neonatología. En la misma página establece las responsabilidades de la aplicación y supervisión del procedimiento de la Matrona supervisora, Matrona Jefe de turno y Matrona clínica.
En páginas 3 a 5, ítem 7 "Descripción del Proceso" describe la entrega de turno verbal y escrita detallando los aspectos clínico-administrativos a entregar, por la matrona que entrega y su relevo.
Los datos se registrarán en libro foliado denominado "Libro de entrega de turno" y se consideran datos mínimos los siguientes:

- Fecha y hora
- Nombre del personal en turno
- Nombre, dos apellidos, diagnóstico y número de cama del paciente (de aquellos con factores de riesgo, cuidados especiales, procedimiento o exámenes pendientes, ingresos o traslados)
- Disponibilidad de equipos médicos, insumos, materiales y medicamentos especiales
- Camas disponibles por sección
- Situaciones de gravedad o relevantes del turno
- Nombre o firma del profesional que registra y quien recibe la información
- Revisión de matrona supervisora con fecha, hora, nombre y firma.

En anexo n°1 el detalle de la información verbal a entregar.

Nombre del documento III	Entrega de Turno UPC Neonatal	
N° Resolución: 1735 del 13/03/2015	Versión: 1	Fecha: Febrero 2015
Elaborado por: Roxana Maldonado, Matrona Marjorie Cisternas, Matrona	Aprobado por: Francisco Bueno N., Director(S) Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 9
Datos mínimos a informar y registrar	Si	

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Entrega de Turno UPC Neonatal, código PO-SDMT-14 que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, establece que el documento aplica a matronas(es) y enfermera de la UPC Neonatal. En la misma página establece las responsabilidades de la aplicación y supervisión del procedimiento de la Matrona supervisora, Matrona Jefe de turno y Matrona o Enfermera clínica.
En páginas 3 a 5, ítem 7 "Descripción del Proceso" describe la entrega de turno verbal y escrita detallando los aspectos clínico-administrativos a entregar, por el profesional jefe de turno a su relevo.
Los datos se registrarán en libro foliado denominado "Libro de entrega de turno" y se consideran datos mínimos los siguientes:

- Fecha y hora
- Nombre del personal en turno
- Nombre, dos apellidos y diagnóstico del paciente (de aquellos con factores de riesgo, cuidados especiales, procedimiento o exámenes pendientes, ingresos o traslados)
- Novedades de equipos e insumos
- Situaciones de gravedad o relevantes del turno
- Nombre o firma del profesional que registra y quien recibe la información
- Revisión de matrona supervisora con fecha, hora, nombre y firma.

En anexo n°1 el detalle de la información verbal a entregar.

Sistema de entrega de turno de médicos

Nombre del documento I	Entrega de Turno Asistencial de Médico de Turno en la Unidad de Obstetricia y Ginecología	
N° Resolución: 5153 del 01/04/2014	Versión: 00	Fecha: Marzo 2014
Elaborado por: Aliro Bolados Castillo, Médico Jefe Servicio Obstetricia y Ginecología	Aprobado por: Juan Pablo Mattatall, Director Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 6
Datos mínimos a informar y registrar	Si	

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Entrega de Turno Asistencial de Médico de Turno en la Unidad de Obstetricia y Ginecología, código PO-URGOYG-01 que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidad, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, establece que el documento aplica en la Unidad asistencial de Obstetricia y Ginecología, Hospitalización, Urgencia Gíneco-Obstétrica, Unidad de Partos y Pabellón de Maternidad. En la misma página establece las responsabilidades de la aplicación y supervisión del procedimiento del Médico Jefe de Servicio, Médico Jefe de Turno y Médicos tratantes.
En páginas 3 y 4, ítem 7 "Descripción del Proceso" se indican los horarios de las jornadas de turno y se establece que la entrega de turno verbal es interdisciplinaria con los médicos que entregan y reciben y las matronas entrantes de hospitalización y urgencia y la escrita es responsabilidad del médico jefe de turno con vigencia de 24 hrs, consignando las pacientes que según su criterio requieran control permanente.
Los datos se registrarán en hoja denominada "Formulario entrega de turno médica" y se consideran datos mínimos los siguientes:

- Nombre completo, servicio y estamento
- Fecha
- Integrantes del turno

- Número de partos fisiológicos y distósicos
- Número de partos por cesárea
- Número de intervenciones ginecológicas
- Número de pacientes ingresadas a Unidad de Paciente Crítico
- Detalle de mal resultado perinatal
- Detalle de situaciones administrativas y/o legales relevantes
- Nombre y firma del profesional que entrega y quien recibe turno.

En anexo n°1 el "Formulario entrega de turno médica Unidad Asistencial de Obstetricia y Ginecología"

Nombre del documento II	Procedimiento: entrega de turno asistencial de médicos de turno en el servicio de urgencia	
N° Resolución: 9950 del 26/06/2014	Versión: 00	Fecha: Junio 2014
Elaborado por: Gladys Núñez Venegas, Médico Jefe Servicio Urgencia	Aprobado por: Juana Pérez, Directora(S) Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 6
Datos mínimos a informar y registrar	Si	

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento: entrega de turno asistencial de médicos de turno en el servicio de urgencia, código PO-URG-03 que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidad, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, establece que el procedimiento aplica en el Servicio de Urgencia adulto-pediátrico. En la misma página establece las responsabilidades de la aplicación y supervisión del procedimiento del Médico Jefe de Servicio, Médico Jefe de Turno y Médicos tratantes.
En páginas 3 a 5, ítem 7 "Descripción del Proceso" se indican los horarios de las jornadas de turno y se establece que la entrega de turno es verbal y escrita
Los datos se registrarán por el médico jefe de turno en libro denominado "Libro de novedades médicas" y en Formulario de entrega de turno del paciente complejo UE, por el médico tratante del paciente. Se consideran datos mínimos a registrar según tipo de registro, los siguientes:

a. Libro de Novedades Médicas (conservación 3 años)
   - Identificación del turno
   - Horario del turno
   - Identificación de los médicos que integran el turno (Nombre y/o firma y/o timbre)
   - Número de ingresos realizados por el turno
   - Operaciones realizadas por el turno
   - Pendientes
   - Detalle de situaciones administrativas y/o legales relevantes
   - Nombre y/o firma y/o timbre del profesional que entrega y quien recibe turno.
b. Formulario Entrega de Turno del Paciente Complejo UE (conservación 3 meses)
   - Número de camilla en que se encuentra el paciente
   - Nombre
   - Edad
   - Fecha de ingreso
   - Días de hospitalización
   - Destino
   - Diagnósticos
   - Observaciones y pendientes

En anexo n°1 el "Formulario Entrega de Turno del Paciente Complejo UE"

Nombre del documento III	Procedimiento Entrega de Turno Médicos Unidad de Pacientes Críticos Pediátricos	
N° Resolución: 5745 del 11/04/2014	Versión: 1	Fecha: Marzo 2014
Elaborado por: Pamela Schellman J., Pediatra Coordinador UPCP	Aprobado por: Juan Pablo Mattatall, Director HRA	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 7
Datos mínimos a informar y registrar	Si	

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Entrega de Turno Médicos Unidad de Pacientes Críticos Pediátricos, código PO-UPCPED-02 que incluye, entre otros aspectos, objetivos, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, establece que el procedimiento aplica en el funcionamiento diario de la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico. En la misma página establece las responsabilidades de la aplicación y supervisión del procedimiento del Médico Jefe o Coordinador, Médico continuidad y Médicos residentes de UPCP e indica que será responsabilidad del médico que ingresa al turno llevar el registro escrito.
En páginas 3 a 5, ítem 7 "Descripción del Proceso" se indica el horario de la entrega de turno y se establece que es verbal y escrita.
Los datos se registrarán de cada unidad de paciente por el médico que recibe el turno, en formulario denominado "Registro Recepción Turno Residencia Médicos UPC Pediátrico". Se consideran datos mínimos a registrar los contenidos en el formulario que son:

- Fecha
- Identificación del médico que entrega y que recibe turno
- Nombre paciente
- Diagnóstico principal
- Conexión a ventilación mecánica
- Catéter venos central, Nutrición Parenteral, línea arterial
- Solicitud de cupos

- Rechazos
- Efecto adverso asociados a ventilación mecánica y catéter venoso central

En anexo n°1 la "Hoja Registro Recepción Turno Residencia Médicos UPC Pediátrico".

Nombre del documento IV	Procedimiento Entrega de Turno Médico Unidad de Paciente Crítico	
N° Resolución: 10119 del 27/06/2014	Versión: 3	Fecha: Mayo 2014
Elaborado por: Jacqueline Blanchard Tapia, Médico Encargada CR UPC Adulto	Aprobado por: Juana Pérez, Director (S) Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 8
Datos mínimos a informar y registrar	Si	

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento Entrega de Turno Médicos Unidad de Paciente Crítico, código PO-SDM-04 que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, establece que el procedimiento aplica a la Unidad de Cuidados Intensivos, UCI Adulto y a la Unidad de Intermedio Médico Quirúrgico, UTIMQ. En la misma página establece las responsabilidades de la aplicación y supervisión del procedimiento de la Jefatura de la Unidad, Médico Jefe de turno, Médico de turno saliente y entrante, Médico de continuidad y Médicos de apoyo.
En páginas 5 y 6, ítem 7 "Descripción del Proceso" se detallan en tablas los contenidos de la entrega de turno verbal y escrita a ser efectuada por el médico saliente de turno.
Los datos se registrarán de cada paciente en el formulario denominado "RG-SDM-02-00 Formulario de entrega/recepción de turno médico". Se consideran datos mínimos a registrar los siguientes:

- Unidad
- Fecha y Jornada laboral
- N° de cama, Nombre paciente
- Diagnóstico principal
- Problemas pendientes
- Destino
- Nombre o timbre y firma de Médico saliente, médico entrante y Jefe de Unidad
- Ingresos, egresos, fallecimientos
- N° de interconsultas pendientes – procedimientos realizados
- Traslados de pacientes
- Pacientes pendientes o en tránsito en otros servicio
- Informe de situaciones administrativas y/o conflictos de relevancia

En anexo n°1 el "RG-SDM-02-00 Formulario de entrega/recepción de turno médico".

Nombre del documento V	Procedimiento: "Sistema de entrega de turno de residencia médica neonatal"	
N° Resolución: 4487 del 20/03/2014	Versión: 00	Fecha: Febrero 2014
Elaborado por: M. Ximena Sandoval, Jefe UCI Neonatal (S)	Aprobado por: Juan Pablo Mattatall, Director Hospital Clínico Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 8
Datos mínimos a informar y registrar	Si	

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado "Sistema de entrega de turno de residencia médica neonatal", código PO-SDM-06 que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, definiciones, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, establece que el procedimiento aplica a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) Neonatal. En la misma página establece las responsabilidades de la aplicación y supervisión del procedimiento del Médico Jefe UCI Neonatal, Médico Jefe Unidad Neonatología, Médico residente, Médico tratante diurno.
En páginas 4 a 6, ítem 7 "Descripción del Proceso" se indica el horario de la entrega de turno y se establece que se realizará entrega de turno clínico asistencial por paciente y clínico administrativa, utilizando para su registro el "Formulario de Registro de Entrega de Turno".
Se consideran datos mínimos a registrar los siguientes:

- Fecha
- Médico que entrega y Médico que recibe
- Datos del paciente:
  - Nombre, fecha de nacimiento, "EG" (Edad Gestacional), "EGC" (Edad Gestacional Corregida), Edad actual, Peso actual.
  - Tratante
  - Diagnósticos
  - Alimentación, tolerancia oral
  - Fluidos/"BH" (balance hídrico)
  - Respirativo
  - "HD/CV" (Hemodinamia/Cardiovascular)
  - Infeccioso
  - Medicamentos
  - Catéteres
  - Exámenes y Plan
- Ingresos en el turno (nombre y diagnóstico)
- Fallecidos en el turno (nombre y diagnóstico)
- "IC" (Interconsulta) Obstetricia

En anexo n°1 el "Formulario de Registro de Entrega de Turno"

Nombre del documento VI	Procedimiento: Entrega de Turno Médico Unidad Coronaria	
N° Resolución: 7800 del 25/09/2015	Versión: 00	Fecha: Julio 2015
Elaborado por: Lizzy Cedeño M., Médico Jefe Unidad Coronaria	Aprobado por: Juan Urrutia R., Director (T y P) Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 5
Datos mínimos a informar y registrar	Si	

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Procedimiento: Entrega de Turno Médico Unidad Coronaria, código PO-UCIC-01 que incluye, entre otros aspectos, objetivo, alcance, responsabilidades, descripción del proceso y anexos, firmado por quien elabora, revisa y aprueba.
En alcance, página 2, establece que el procedimiento aplica a los médicos que trabajen en la Unidad Coronaria. En la misma página establece las responsabilidades de la aplicación y supervisión del procedimiento del Médico Jefe Unidad Coronaria, Médico que entrega turno y Médico que recibe turno.
En páginas 3 y 4, ítem 7 "Descripción del Proceso" se indican los datos mínimos a informar en la entrega de turno verbal y los datos mínimos a registrar en la entrega de turno escrita, utilizando para su registro el "Formulario de Entrega de Turno Médico Unidad Coronaria".
Se consideran datos mínimos a registrar los siguientes:

- Nombre y apellidos del paciente
- Número de cama
- Fecha de ingreso
- Diagnóstico principal
- Plan de manejo y actividades pendientes en relación al mismo
- Nombre, 1 apellido y/o timbre del médico que recibe y entrega turno
- Fecha diaria

En anexo n°1 el "Formulario de Entrega de Turno Médico Unidad Coronaria".

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación:

Dirección	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med	Ped.	NEO	Obstgine	URG
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los Servicios que componen los distintos puntos de verificación y su cumplimiento:
Los documentos descritos en cuadros precedentes se tienen a la vista en los puntos de verificación según se detalla:

1. Dirección
   a. Se constatan 10 documentos institucionales:
      - Procedimiento: "Sistema de Entrega de Turno de Enfermería". Resolución n° 8426 de fecha 27/05/2014, versión 1.
      - Entrega de Turno Matronería U.A. Obstetricia y Ginecología. Resolución N° 1733 de fecha 13/03-2015, versión 1.
      - Entrega de Turno de Matronería U.A. Neonatología. Resolución n° 1734 de fecha 13/03/2015, versión 1.
      - Entrega de Turno UPC Neonatal. Resolución n° 1735 de fecha 13/03/2015, versión 1.
      - Entrega de Turno Asistencial de Médico de Turno en la Unidad de Obstetricia y Ginecología. Resolución n° 5153 de fecha 01/04/2014, versión 0.
      - Procedimiento: entrega de turno asistencial de médicos de turno en el servicio de urgencia. Resolución n° 9950 de fecha 26/06/2014, versión 0.
      - Procedimiento Entrega de Turno Médicos Unidad de Pacientes Críticos Pediátricos. Resolución n° 5745 de fecha 11/04/2014, versión 1.
      - Procedimiento Entrega de Turno Médico Unidad de Paciente Crítico. Resolución n° 10119 de fecha 27/06/2014, versión 3.
      - Procedimiento: "Sistema de entrega de turno de residencia médica neonatal". Resolución n° 4487 de fecha 20/03/2014, versión 0.
      - Procedimiento: Entrega de Turno Médico Unidad Coronaria. Resolución n° 7800 de fecha 25/09/2015, versión 0.

   Cumple lo solicitado en el elemento medible.

2. UPC Ad
   a. Se constatan 2 documentos institucionales en UCI Adultos y en "UTIMQ:
      - Procedimiento: "Sistema de Entrega de Turno de Enfermería". Resolución n° 8426 de fecha 27/05/2014, versión 1.
      - Procedimiento Entrega de Turno Médico Unidad de Paciente Crítico. Resolución n° 10119 de fecha 27/06/2014, versión 3.

   b. Se constatan 2 documentos institucionales en UCI Coronaria
      - Procedimiento: "Sistema de Entrega de Turno de Enfermería". Resolución n° 8426 de fecha 27/05/2014, versión 1.
      - Procedimiento: Entrega de Turno Médico Unidad Coronaria. Resolución n° 7800 de fecha 25/09/2015, versión 0.

   Cumple lo solicitado en el elemento medible.

3. UPC Ped
   a. Se constatan 2 documentos institucionales en Unidad de Paciente Crítico Pediátrico:
      - Procedimiento: "Sistema de Entrega de Turno de Enfermería". Resolución n° 8426 de fecha 27/05/2014, versión 1.
      - Procedimiento Entrega de Turno Médicos Unidad de Pacientes Críticos Pediátricos. Resolución n° 5745 de fecha 11/04/2014, versión 1.

   Cumple lo solicitado en el elemento medible.

4. UPC Neo
   a. Se constatan 2 documentos institucionales en Unidad de Paciente Crítico Neonatal:
      - Entrega de Turno UPC Neonatal. Resolución n° 1735 de fecha 13/03/2015, versión 1.
      - Procedimiento: "Sistema de entrega de turno de residencia médica neonatal". Resolución n° 4487 de fecha 20/03/2014, versión 0.

   Cumple lo solicitado en el elemento medible.

5. Med:
   a. Se constata documento institucional en Servicio de Medicina, "UAPP" y Pensionado:
      - Procedimiento: "Sistema de Entrega de Turno de Enfermería". Resolución n° 8426 de fecha 27/05/2014, versión 1.

   Cumple lo solicitado en el elemento medible.

6. Ped:
   a. Se constata documento institucional en Servicio de Pediatría:
      - Procedimiento: "Sistema de Entrega de Turno de Enfermería". Resolución n° 8426 de fecha 27/05/2014, versión 1.

   Cumple lo solicitado en el elemento medible.

7. Neo:
   a. Se constata documento institucional en Unidad de Neonatología:
      - Entrega de Turno de Matronería U.A. Neonatología. Resolución n° 1734 de fecha 13/03/2015, versión 1.

   Cumple lo solicitado en el elemento medible.

8. Obst-gine:
   a. Se constata documento institucional en Servicio de Obstetricia y Ginecología:
      - Entrega de Turno Matronería U.A. Obstetricia y Ginecología. Resolución N° 1733 de fecha 13/03-2015, versión 1.
      - No presenta documento de Entrega de turno médicos. Matrona Supervisora declara que el Servicio no cuenta con residencia médica exclusiva, el médico Gíneco-Obstetra en turno acude en caso de Emergencia. El documento institucional tenido a la vista en la Dirección establece en su alcance que el procedimiento aplica para Hospitalización Gíneco-Obstétrica.

   No cumple lo solicitado en el elemento medible.

9. URG:
   a. Se constatan 2 documentos institucionales en Unidad de Emergencia Adulto – Pediátrica:
      - Procedimiento: "Sistema de Entrega de Turno de Enfermería". Resolución n° 8426 de fecha 27/05/2014, versión 1.
      - Procedimiento: entrega de turno asistencial de médicos de turno en el servicio de urgencia. Resolución n° 9950 de fecha 26/06/2014, versión 0.

   b. Se constatan 2 documentos institucionales en Unidad de Emergencia Gíneco-Obstétrica
      - Entrega de Turno Matronería U.A. Obstetricia y Ginecología. Resolución N° 1733 de fecha 13/03-2015, versión 1.
      - Entrega de Turno Asistencial de Médico de Turno en la Unidad de Obstetricia y Ginecología. Resolución n° 5153 de fecha 01/04/2014, versión 0.

   Cumple lo solicitado en el elemento medible.

Observaciones:

AOC 2.2 – Segundo, Tercer y Cuarto elemento medible: Se constatan registros de entrega de turnos de enfermeras, matronas y médicos.

UPC Ad

Constata registro de turnos de enfermeras y médicos:

1. Se constatan los registros de entrega de turnos de enfermeras en UCI Adultos, "UTIMQ" y UCI Coronaria, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional en el documento "RG-SDE-01-00 Formulario de entrega/recepción de turno enfermería", para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días en cada Unidad. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Entrega de turno Enfermeras UCI Adultos: Se tiene a la vista libro anillado que contiene los formularios foliados de las entregas de turno, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (09/08/2015, 20/10/2015 y 24/10/2015) en turno de día y turno de noche.
     Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra seleccionada.
   - Entrega de turno Enfermeras "UTIMQ": Se tiene a la vista libro anillado que contiene los formularios foliados de las entregas de turno, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (26/05/2015, 06/06/2015 y 31/08/2015) en turno de día y turno de noche.
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: sin registro de fecha, nombre o timbre y firma de enfermera entrante, el día 06/06/2015 en turno diurno Sector 2.
   - Entrega de turno Enfermeras UCI Coronaria: Se tiene a la vista libro anillado que contiene los formularios foliados de las entregas de turno, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (26/05/2015, 06/06/2015 y 31/08/2015) en turno de día y turno de noche.
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: sin registro de categorización del total de los pacientes el día 31/08/2015 en turno diurno y nocturno.

   No cumple el segundo elemento medible.
2. Se constatan los registros de entrega de turnos de médicos UPC Adultos, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional, para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días en cada Unidad. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Formulario "Formato de Entrega de Turno" médicos UCI: Se tienen a la vista los formularios impresos del formato digital establecido para el registro, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (09/08/2015, 20/10/2015 y 24/10/2015).
     Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra.
   - Formulario Entrega de Turno médicos UTIMQ: Se tienen a la vista los formularios impresos del formato digital establecido para el registro, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (26/05/2015, 06/06/2015 y 31/08/2015).
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: el formulario de entrega de turno presentado no contempla el registro del dato "Destino", según lo establece el

procedimiento institucional.
- Formulario "Unidad Coronaria Entrega-Recepción Turno Médicos": Se tienen a la vista los formularios impresos del formato digital establecido para el registro, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (26/05/2015, 06/06/2015 y 31/08/2015).
  Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra seleccionada.

No cumple el cuarto elemento medible.

Observaciones: No aplica el tercer elemento medible en el punto de verificación UPC Ad, no se desempeñan Matronas en las Unidades.

UPC Ped

Constata registro de turnos de enfermeras y médicos:

1. Se constatan los registros de entrega de turnos de enfermeras en UPC Pediátrica (UPCP), a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional en el documento "RG-SDE-01-00 Formulario de entrega/recepción de turno enfermería", para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Entrega de turno Enfermeras UPCP: Se tiene a la vista libro anillado que contiene los formularios foliados de las entregas de turno, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (17/05/2015, 16/07/2015 y 15/09/2015) en turno de día y turno de noche.

   Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra seleccionada.
   Cumple el segundo elemento medible.
2. Se constatan los registros de entrega de turnos de médicos UPC Pediátrica, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional, para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Formulario "Registro Recepción Turno Residencia Médicos UPC Pediátrico". Se tiene a la vista carpeta en la cual se archivan los formularios de entrega de turno médicos, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (17/05/2015, 16/07/2015 y 15/09/2015).
     Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra seleccionada.

   Cumple el cuarto elemento medible.

Observaciones: No aplica el tercer elemento medible en el punto de verificación UPC Ped, no se desempeñan Matronas en la Unidad.

UPC Neo

Constata registro de turnos de enfermeras y médicos:

1. Se constatan los registros de entrega de turnos de matronas y enfermera (en la Unidad se desempeña 1 enfermera) en UPC Neonatal, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional, para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Entrega de turno Profesionales UPC Neonatal: Se tiene a la vista libro foliado en el cual se adhiere el formulario "Entrega de turno Profesionales UPC Neonatal" en cada turno, modalidad que se cambia al archivo en carpeta específica, del mismo registro también foliado, en el segundo semestre de 2015. Se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (24/05/2015, 02/07/2015 y 28/09/2015) en turno de día y turno de noche, constatándose que el formulario de entrega de turno utilizado no considera el registro de información relacionada con los pacientes de la unidad, se consignan aspectos generales como número de pacientes en ventilación mecánica, con "CPAP" o "naricera".
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: el formulario de registro de la entrega de turno de los profesionales de UPC Neonatal no considera información individual de los pacientes, que permita consignar factores de riesgo, cuidados especiales o procedimientos pendientes, según lo establece el procedimiento institucional e impacta el espíritu de la característica, que busca garantizar la seguridad de la atención de los pacientes.

   No cumple el segundo y tercer elemento medible.
2. Se constatan los registros de entrega de turnos de médicos residentes de UCI Neonatal, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional, para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Formulario "Hoja de entrega de turno". Se tienen a la vista los formularios de entrega de turno médicos, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (24/05/2015, 02/07/2015 y 28/09/2015).
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: en las 3 fechas seleccionadas, en los registros no se consigna la edad gestacional corregida de los pacientes, y si hubo ingresos, fallecidos o interconsultas. En los registros del día 24/05/2015 no se consigna la edad actual, el peso actual y el médico tratante de los pacientes.

   No cumple el cuarto elemento medible.

Med

Constata registro de turnos de enfermeras y médicos:

1. Se constatan los registros de entrega de turnos de enfermeras en Servicio de Medicina, "UAPP" y Pensionado, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional en el documento "RG-SDE-01-00 Formulario de entrega/recepción de turno enfermería", para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días en cada Unidad. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Entrega de turno Enfermeras Servicio de Medicina: Se tiene a la vista libro anillado que contiene los formularios foliados de las entregas de turno, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (27/06/2015, 15/10/2015 y 16/10/2015) en turno de día y turno de noche.
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: sin registro de categorización de los pacientes el día 27/06/2015 en turno diurno y nocturno y el día 16/10/2015 en turno nocturno.
   - Entrega de turno Enfermeras "UAPP": Se tiene a la vista carpeta que contiene los formularios de las entregas de turno, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (27/06/2015, 15/10/2015 y 16/10/2015) en turno de día y turno de noche.

Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: formularios sin número de folio, sin registro de entrega de turno el día 27/06/2015 en turno nocturno, sin registro de categorización de los pacientes en los 3 días seleccionados, la información relevante sólo consignada el día 15/10/2015 en turno nocturno, sin identificación de enfermera entrante en turno diurno los días 27/06/2015 y 16/10/2015 y en turno nocturno el día 15/10/2015.

- Entrega de turno Enfermeras Unidad de Pensionado: Se tienen a la vista los formularios foliados de las entregas de turno, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (14/05/2015, 29/05/2015 y 13/06/2015) en turno de día y turno de noche.
  Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra seleccionada.

No cumple el segundo elemento medible.

Observaciones: No aplica el tercer y cuarto elemento medible en el punto de verificación Med., no se desempeñan Matronas y no se cuenta con residencia médica en las Unidades constatadas.

Ped

Constata registro de turnos de enfermeras y médicos:

1. Se constatan los registros de entrega de turnos de enfermeras en los sectores del Servicio de Pediatría, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional en el documento "RG-SDE-01-00 Formulario de entrega/recepción de turno enfermería", para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Entrega de turno Enfermeras Servicio de Pediatría: Se tienen a la vista los formularios de las entregas de turno de los distintos sectores del Servicio, denominados "Entrega de Turno Enfermería HRA – Pediatría", adaptados del documento institucional acorde a las necesidades del Servicio, según declara Enfermera Encargada de Calidad. Se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (20/06/2015, 20/08/2015 y 02/09/2015) en turno de día y turno de noche.
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: el formulario local para el registro de la entrega de turno no forma parte del procedimiento institucional, no considera el ítem para registro de la categorización por riesgo/dependencia de los pacientes, ni de aspectos clínico-administrativos presentes en el formulario institucional, no especifica quién es el profesional entrante y saliente en cada turno. Sin registro de categorización de pacientes el día 20/06/2015 en ambos turnos y registro incompleto los días 20/08/2015 y 02/09/2015.

   No cumple el segundo elemento medible.

   Se deja constancia que la enfermera Encargada de Calidad del Servicio declara que debido a la carga asistencial y la disminución de personal en horario inhábil, los pacientes se categorizan sólo de lunes a viernes durante la mañana.

Observaciones: No aplica el tercer y cuarto elemento medible en el punto de verificación Ped., no se desempeñan Matronas y no se cuenta con residencia médica en el Servicio de Pediatría.

NEO

Constata registro de turnos de enfermeras, matronas y médicos:

1. Se constatan los registros de entrega de turnos de matronas en la Unidad de Neonatología, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional, para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Entrega de turno Matronas Neonatología: Se tiene a la vista libro de entrega de turno para los registros del primer semestre y para los registros del segundo semestre carpeta con formularios denominados "Entrega turno Profesionales Unidad Asistencial Neonatal", cambio incorporado como medida de mejora según declara Matrona Supervisora de la Unidad. Se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (24/05/2015, 02/07/2015 y 28/09/2015) en turno de día y turno de noche.
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: en los registros de entrega de turno del día 24/05/2015 no se consiga profesional entrante en turno diurno, no se consigna fecha en turno nocturno y no se evidencia V°B° de Matrona Supervisora en ambos turnos.

   No cumple el tercer elemento medible.

Observaciones: No aplica el segundo y cuarto elemento medible en el punto de verificación Neo., no se desempeñan Enfermeras y no se cuenta con residencia médica en la Unidad de Neonatología.

Obst-gine

Constata registro de turnos de matronas y médicos:

1. Se constatan los registros de entrega de turnos de Matronas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional, para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Entrega de turno Matronas Área de Hospitalización Gíneco-Obstétrica: Se tiene a la vista libro entrega de turno Matronas hospitalización. Se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (01/08/2015, 16/09/2015 y 26/10/2015) en turno de día y turno de noche.
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: en los registros de entrega de turno de los días 16/09/2015 y 26/10/2015, turno de diurno y nocturno respectivamente, no se consiga registro en relación a equipamiento médico.

   No cumple el tercer elemento medible.
2. No se constata entrega de turno de médicos, el prestador no presenta registros de entrega de turno médica que consideren aspectos relacionados con las pacientes del Área de Hospitalización Gíneco-Obstétrica.
   No cumple el cuarto elemento medible.

Observaciones: No aplica el segundo elemento medible en el punto de verificación Obst-gine., no se desempeñan Enfermeras en el Servicio de Obstetricia y Ginecología.

URG

Constata registro de turnos de enfermeras, matronas y médicos:

1. Se constatan los registros de entrega de turnos de Enfermeras en Unidad de Emergencia, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional en el documento "RG-SDE-01-00 Formulario de entrega/recepción de turno

enfermería", para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días. Se procede a la revisión según se detalla:

- Entrega de turno Enfermeras Emergencia Adulto-Pediátrica: Se tiene a la vista carpeta con los formularios de las entregas de turno, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (12/05/2015, 24/07/2015 y 31/10/2015) en turno de día y turno de noche.
  Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra en lo que se indica: en el total de los formularios no se consigna el número de folio, el día 24/07/2015 en turno nocturno se registra firma sin nombre del profesional saliente y el día 31/10/2015 en turno diurno no se consigna profesional entrante.

No cumple el segundo elemento medible.

2. Se constatan los registros de entrega de turnos de Matronas en Unidad de Emergencia, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional, para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Entrega de turno Matronas Área de Urgencia Gíneco-Obstétrica: Se tiene a la vista cuaderno foliado de entrega de turno Matronas Urgencia. Se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (18/05/2015, 14/07/2015 y 24/07/2015) en turno de día y turno de noche.
     Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra seleccionada.

   Cumple el tercer elemento medible.
3. Se constatan los registros de entrega de turnos de médicos en Unidad de Emergencia, a través de la revisión del cumplimiento del procedimiento institucional, para ello se toma una muestra aleatoria del período de retrospectividad evaluado (Mayo-Octubre 2015) de 3 días en cada área. Se procede a la revisión según se detalla:
   - Entrega de turno médicos Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica: Se tiene a la vista el "libro de novedades médicas" (para registros clínico administrativos del Servicio), no se presentan registros del formulario "Entrega de turno del Paciente Complejo UE" (registro clínico asistencial por paciente) para las fechas solicitadas, Enfermera Encargada declara al momento de la entrevista que a partir del mes de junio del año en curso, los médicos de la Unidad dejaron de confeccionar dicho registro. Se revisa el libro de novedades en cada uno de los días seleccionados (12/05/2015, 24/07/2015 y 31/10/2015).
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra, en lo que se indica:
     a. Libro de novedades médicas, sin registro de ingresos en el total de días seleccionados en turno diurno y nocturno, se consigna en su lugar "ver libro"; día 12/05/2015 turno diurno se consigna sólo los nombres de profesionales en turno.
     b. Formulario "Entrega de turno del paciente complejo UE", no es posible constatar registros de los días de la muestra, los médicos tratantes de los pacientes en atención en la Unidad de Emergencia Adulto-Pediátrica, han dejado de efectuar dicho registro a contar del mes de junio de 2015. Se deja constancia que no existe otro registro de entrega de turno en la Unidad de Emergencia que consigne datos relevantes de cada paciente en atención.
   - Entrega de turno médicos Unidad de Emergencia Gíneco-Obstétrica: Se tienen a la vista formularios de las entregas de turno, se revisa la entrega de turno de cada uno de los días seleccionados (18/05/2015, 14/07/2015 y 24/07/2015) un formulario por día, turno de 24 hrs.
     Se constata el incumplimiento del procedimiento institucional en los registros de la muestra, en lo que se indica: registros incompletos en los días 14 y 24/07/2015. El formulario no consiga el ítem para registro de "Detalle de situaciones administrativas y/o legales relevantes, según lo establece el procedimiento institucional.

   No cumple el cuarto elemento medible.

CARACTERÍSTICA AOC 2.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med	Ped.	NEO	Obstgine	URG
Primer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	0	1
Segundo elemento medible		0	1	0	0	0	NA	NA	0
Tercer elemento medible		NA	NA	0	NA	NA	0	0	1
Cuarto elemento medible		0	1	0	NA	NA	NA	0	0
Umbral de la característica:≥ 75%		Puntaje total: 11/24		Porcentaje obtenido: 46%				Cumple: No	

ÁMBITO COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

CARACTERÍSTICA RH 1.1 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

RH 1.1 – Primer al cuarto elemento medible: Se constata habilitación de médicos y cirujanos dentistas.

	Dirección o Gerencia			
Elemento Medible	N° Personal Prestador	N° Registros SIS	N° Certificados/Copias originales	N° No Cumplen
1° Médicos permanentes	229	229		Si
2° Médicos transitorios	88	71	17	
3° Cirujanos Dentistas permanentes	23	23		Si
4° Cirujanos Dentistas transitorios	2	2		Si

Observaciones:
En el punto de verificación Gerencia del Prestador, se solicita a la Dra. Alejandra Muñoz Meynet, Jefe de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP) del Hospital Regional de Antofagasta el listado de los Médicos - Cirujanos y Cirujanos -Dentistas que trabajan en el Hospital Regional de Antofagasta, en forma permanente y transitoria. La retrospectividad solicitada es de 6 meses para los profesionales que desarrollan funciones permanentes y de un año, para los que desempenan funciones transitorias. Posteriormente, se procede a verificar la inscripción de la nómina de los Médicos-Cirujanos y Cirujanos -Dentistas, a través del sistema informático de la Superintendencia de Salud, constatándose lo siguiente:

PRIMER HECHO MEDIBLE
Del total de 229 Médicos - Cirujanos que cumplen funciones permanentes, se encuentran los 229 inscritos en los registros de la Superintendencia de Salud.

SEGUNDO HECHO MEDIBLE
Del total de 88 Médicos - Cirujanos que cumplen funciones transitorias, se encuentran los 71 inscritos en los registros de la Superintendencia de Salud.
Los restantes 17 Médicos – Cirujanos, que no están en los registros de la Superintendencia de Salud, se encuentran habilitados legalmente a través de la autorización que otorgó la Secretaria Regional Ministerial, según lo dispone el Código Sanitario, en el inciso final de su Artículo 112, para ejercer en el Hospital Regional de Antofagasta:

1. Dra. Libia Cruz Hernández Fernández, Pasaporte NºA5436899200, Resolución Exenta N° 0654 de 05 de Febrero del 2014 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
2. Dra. Mery Yelenny Rodríguez Agreda, Pasaporte Nº 078304143, Resolución Exenta N° 4621 de 20 de julio del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
3. Dra. Karen Lorena Duque de Hernández, Pasaporte Nº 098808643, Resolución Exenta N° 1469 de 06 de Marzo del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
4. Dr. Jesús Salvador Hernández Yánez, Pasaporte Nº 098808423, Resolución Exenta N° 1562 de 11 de Marzo del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
5. Dra. Helimenia Medina Suniaga, Pasaporte Nº 085156421, Resolución Exenta N° 7659 de 14 de Noviembre del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
6. Dra. Carmen María Liporaci Zambrano, Pasaporte Nº 040151102 Resolución Exenta N° 4076 de 24 de Junio del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
7. Dr. Alvaro Cuarto Ugutz Soto López, Pasaporte Nº 107066312, Resolución Exenta N° 6705 de 30 de Septiembre del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
8. Dra. Ingrid Beatriz Sánchez Hernández, Pasaporte Nº 056734197, Resolución Exenta N° 1937 de 01 de Abril del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
9. Dra. Isabel Cecilia Santos Yovino, Pasaporte Nº 053312240, Resolución Exenta N° 3088 de 15 de Mayo del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
10. Dra. Adriana Aguilar Duarte, Pasaporte Nº 040647537, Resolución Exenta N° 7402 de 07 de Noviembre del 2014 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
11. Dr. Rafael Leonardo Angulo Ovalles, Pasaporte Nº 039660846, Resolución Exenta N° 4077 de 24 de Junio del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
12. Dra. Yuribel Briceño Guzmán, Pasaporte Nº 056133220, Resolución Exenta N° 5694 de 26 de Agosto del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
13. Dr. Jinnibal José Camacho Montero, Pasaporte Nº 093275767, Resolución Exenta N° 6237 de 15 de Septiembre del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
14. Dra. Verónica Abril Cárdenas Maraver, Pasaporte N° 098184123, Resolución Exenta N° 5253 de 10 de Agosto del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
15. Dr. Alexis Vicente Díaz Hernández, Pasaporte Nº 073246035, Resolución Exenta N° 4700 de 22 de Julio del 2015 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
16. Dr. José Silvino Fernández Olate, R.U.N Nº 13.951.493-9, Resolución Exenta N° 3077 de 22 de Mayo del 2014 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.
17. Dra. Pamela González Contreras Rut Nº 13.050.395-0, Resolución Exenta N° 7403 de 7 de Noviembre del 2014 de la SEREMI de la Región de Antofagasta.

TERCER HECHO MEDIBLE
Del total de 23 Cirujanos-Dentistas que cumplen funciones permanentes, se encuentran los 23 inscritos en los registros de la Superintendencia de Salud.

CUARTO HECHO MEDIBLE
Del total de 2 Cirujanos - Dentistas que cumplen funciones transitorias, se encuentran los 2 inscritos en los registros de la Superintendencia de Salud.

CARACTERÍSTICA RH 1.1 OBLIGATORIA /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM:1	4° EM:1
Umbral de la característica:≥ 75%	Puntaje total: 4/4	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA RH 1.2 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

RH 1.2 – Primer al veintidós elemento medible: Se constata habilitación de los siguientes estamentos:

Punto de verificación Dirección o Gerencia				
Elemento Medible	N° Personal Prestador	N° Registros SIS	N° Certificados Copias originales	N° No Cumplen
1° Enfermeras permanentes	207	207	0	0
2° Enfermeras transitorias	82	82	0	0
3° Matronas permanentes	72	72	0	0
4° Matronas transitorias	33	33	0	0
5° Tecnólogos Médicos permanentes	63	63	0	0

6° Tecnólogos Médicos transitorios	20	20	0	0
7° Kinesiólogos permanentes	7	7	0	0
8° Kinesiólogos transitorios	23	23	0	0
9° Sicólogos permanentes	12	12	0	0
10° Sicólogos transitorios	NA	NA	0	0
11° Terapeutas Ocupacionales permanentes	2	2	0	0
12° Terapeutas Ocupacionales transitorios	1	1	0	0
13° Nutricionistas permanentes	11	11	0	0
14° Nutricionistas transitorias	8	8	0	0
15° Fonoaudiólogos permanentes	2	2	0	0
16° Fonoaudiólogos transitorios	NA	NA	0	0
17° Químico Farmacéuticos permanentes	17	17	0	0
18° Químico Farmacéuticos transitorios	NA	NA	0	0
19° Bioquímicos permanentes	NA	NA	0	0
20° Bioquímicos transitorios	NA	NA	0	0
21° Técnicos Paramédicos permanentes	485	473	12	0
22° Técnicos Paramédicos transitorios	213	196	17	0

Observaciones: En el punto de verificación Gerencia del Prestador, se solicita a la Dra. Alejandra Muñoz Meynet, Jefe de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP) del Hospital Regional de Antofagasta, el listado de los profesionales de la salud que cumplen funciones permanentes y transitorias en el Hospital; constatando la inscripción como prestadores individuales, a través del sistema informático de la Superintendencia de Salud, de todos ellos; a excepción, de los siguientes Técnicos Paramédicos:

(12) Técnicos Paramédicos Permanentes:

1. Edith Barrientos Garrido, Rut 7.587.212-7
2. Miriam Del Carmen Cortés Zepeda, Rut 7.099.900-5
3. Jessica Elisa Durán Sepúlveda, Rut 16.706.415-9
4. Elba Hortensia Echaiz Araya, Rut 8.108.476-9
5. Katherine Betzabet Flores Contreras, Rut 17.936.321-6
6. Maritza Macarena Andrea Gómez Henríquez, Rut 15.691.694-3
7. Lucia Soledad de la Pena Núñez, Rut 7.957.521-6
8. Blanca Graciela Ramírez Castillo, Rut 7.214.499-6
9. Leslie Katarine Romero Cautín, Rut 15.012.525-1
10. Asturia Carmen Valdés Alfaro, Rut 7.638.632-3
11. Eugenia B Véliz Miranda, 7.162.197-9
12. Elba Mónica Vergara Arzic, Rut 8.989.125-6

(17) Técnicos Paramédicos Transitorios:

1. Claudia Alejandra Ampuero Montenegro, Rut 13.418.831-6
2. Karen Nicole Balcázar Paredes, Rut 18.752.062-2
3. Stephanie Nury Barraza Zúñiga, Rut 16.874.321-1
4. Daniela Franchesca Borbarán Ortiz, Rut 18.014.210-K
5. Makarena Marlenne Carmona Castillo, Rut 17.938.220-2
6. Viviana Edith Carmona Valdebenito, Rut 9.433.338-5
7. Rodrigo Enrique Gómez Arancibia, Rut 17.020.189-2
8. Nancy Angélica Cordero Concha, Rut 10.857.906-4
9. Francis Carolina Honores Leal, Rut 17.437.158-K
10. Jasmina Teresa Monardes Gradin, Rut 18.508.765-4
11. Jose Miguel Núñez Gallo, Rut 19.103.373-6
12. Camila Fernanda Peña Ramos, Rut 19.104.120-8
13. Luis Enrique Ramírez Patiño, Rut 19.214.962-2
14. Michel Vanessa Rojas Muñoz, Rut 17.735.144-K
15. Mitzi Andrea Sagua Gallardo, Rut 16.565.501-K
16. Stephanie Carol Urrelo Saire, Rut 18.792.094-9
17. Natalie Cristina Varela Milla, Rut 16.051.366-7

En los 12 casos precedentes de Técnicos Paramédicos Permanentes, se constatan los certificados debidamente autenticados.

En los 17 casos precedentes de Técnicos Paramédicos Transitorios, se constatan los certificados debidamente autenticados.

El Prestador declara que no cuenta con profesionales Bioquímicos en funciones permanentes. Adicionalmente, declara que no cuenta con los siguientes profesionales en funciones transitorias: Psicólogos, Fonoaudiólogos, Químico Farmacéuticos y Bioquímicos.

CARACTERÍSTICA RH 1.2 OBLIGATORIA /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado por cada elemento medible (1 – 0 – NA)																				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	13°	14°	15°	16°	17°	18°	19°	20°	21°	22°
1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	NA	1	NA	NA	NA	1	1
Umbral de la característica: ≥ 90%				Puntaje total: 17/17								Porcentaje obtenido: 100%						Cumple: Si		

CARACTERÍSTICA RH 1.3 /HALLAZGOS

RH 1.3 Primer y Segundo elemento medible: Certificados de especialidad médica y odontológica emitidos por entidad competente de acuerdo a la legislación vigente.

Dirección o Gerencia			
Elemento Medible	N° Personal Prestador	N° Especialistas con Registro SIS	N° Especialistas sin Registro SIS
1° EM Médicos especialistas	210	210	0
2° EM Odontólogos especialistas	22	22	0

CARACTERÍSTICA RH 1.3 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2°EM: 1
Umbral de la característica:≥ 50%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA RH 2.1 /HALLAZGOS

RH 2.1 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el programa de inducción, que incluye temas generales relacionados con la seguridad de los pacientes.

Dirección o Gerencia		
Nombre del documento	Programa de Inducción Hospital Clínico Regional de Antofagasta	
N° Resolución:1964 (23 Marzo 2015)	Versión: 02	Fecha:23 Marzo 2015
Elaborado por: Romina Adaos Orrego, Encargada Unidad de Desarrollo Organizacional	Aprobado por: Dr. Francisco Bueno N., Director Hospital Regional de Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia:	N° páginas:
Breve descripción del contenido del documento: En el alcance se indica que será aplicable a todas las personas que ingresan por primera vez a la institución. En el punto 7 "Descripción del proceso", se incluye un diagrama y la descripción de las actividades, responsabilidades y registros asociados para la "Ley 18.834" y las Leyes "19.664 y 15.076". Para ambos grupos de funcionarios, se consigna el desarrollo de las 4 variables señaladas, en las etapas "Pre-inducción", "Ejecución de la inducción" y la etapa de "Evaluación del proceso de inducción". En la etapa de ejecución, se detallan las actividades y temas a abordar; entre otros: -Presentación General del Hospital Regional de Antofagasta. -Temas de la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente -Temas de la Unidad de Salud del personal -Temas de la Unidad de Prevención de riesgos -Temas IAAS En el punto 7.7.1 se consigna la meta del programa: Al menos el 85% En el punto 7.7.2 se incluye la Mantención general planilla de registro, identificada con el código RG-CAL-2 En el punto 8 "Documentos asociados" se incluyen los siguientes: -RG-CAL-1: El documento contendrá la documentación relacionada a los programas de inducción -RG-CAL-2: Planilla de inducción. En el punto 9, se incluyen los siguientes Anexos: -Anexo 1: Evaluación de inducción subjetiva -Anexo 2: Evaluación de inducción de conocimientos 1 -Anexo 3: Evaluación de inducción de conocimientos 2		

RH 2.1 – Segundo elemento medible: Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de inducción definido institucionalmente en al menos el 85% de los funcionarios que ingresaron a la institución en el último año.

Dirección o Gerencia			
Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con inducción	% Cump. Programa
Médicos y Odontólogos	10	3	30%
Personal de Enfermería (ENF. y TNS)	135	112	82,9%
Otros profesionales	47	39	82,9%
Total	**277**	**212**	**76,5%**
Observaciones: En entrevista con el Director del Hospital, informa a la evaluadora que, en el último año móvil (Noviembre 2014 a Octubre 2015) han ingresado 277 funcionarios y han cumplido el programa de inducción 212. Señala que hay 23 personas retrasadas. De acuerdo a los datos proporcionados, se obtiene un 76,5% de cumplimiento del programa. Dado que el elemento medible, requiere un cumplimiento de, al menos, 85%; se da por no cumplido.			

CARACTERÍSTICA RH 2.1 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2°EM: 0
Umbral de la característica:100%	Puntaje total: 1/2	Porcentaje obtenido: 50%	Cumple: No

CARACTERÍSTICA RH 2.2 /HALLAZGOS

RH 2.2 – Primer elemento medible: Se describe en un documento el programa de orientación que enfatiza en temas relacionados con la seguridad de la atención. El programa considera al menos: médicos, matronas, enfermeras y técnicos paramédicos.

PQ General - PQ Cardiovascular - PQ Gineco- Obst				
Nombre del documento 1	"Programa de orientación laboral de personal que ingresa a trabajar en Pabellón Central"			
Código: PG-PAB-01	Versión: 00	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 10
Elaborado por: EU. Karen Fernández		Aprobado por: Dr. Luis Medina Jefe Pabellón Central		
Nombre del documento 2	"Programa de orientación laboral de personal que ingresa a trabajar en el Pabellón Cardiovascular"			
Código: PG-PCV-01	Versión: 00	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 10
Elaborado por: Raúl Contreras Enfermero Supervisor Pabellón Cardiovascular		Aprobado por: Dr. Javier Labbé Jefe Pabellón Cardiovascular		
Nombre del documento 3	"Programa de orientación laboral"			
Código: PO-SDMT-05	Versión: 01	Fecha elab: Abril 2014	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 9
Elaborado por: MT. Karime Viralta - MT. Dayanna Hernández. Matrona Jefe Servicio Obstetricia y Ginecología		Aprobado por: MT. Sandra Soto V. Subdirectora Matronería		
Considera (Si/No)	1. Médicos: Si	2. Enfermeras: Si	3. Matronas: Si	4. Técnicos: Si
Breve descripción del contenido del documento: Documento 1: "Programa de orientación laboral de personal que ingresa a trabajar en Pabellón Central", contiene objetivo y alcance, incluye a: Médicos, Enfermeros y Técnicos Paramédicos que ingresan a la unidad. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe por estamento las responsabilidades que le corresponden a cada uno. En el punto 4 denominado " Actividades", describe las actividades a realizar, separadas por ítem, incluye: Presentación de la unidad al nuevo funcionario, Información propia al trabajador, Seguridad del personal y de forma explícita, las actividades relacionadas directamente con la Seguridad del paciente, contiene listado de documentos como: Identificación de pacientes, Prevención de caídas, Prevención de úlceras por presión, Prevención de error de medicamentos, Manejo específicos de la unidad, Normas de Control y Prevención de IAAS, Prevención de eventos adversos, entre otros y funcionamiento de la unidad. Describe que se aplicará Pauta de ingreso y se llevará un registro de funcionarios orientados, los cuales están contenidos en el anexo 1 denominado "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a Pabellón Central" y anexo 2 denominado "Formulario de registro de funcionarios orientados en Pabellón Central", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa. Documento 2: "Programa de orientación laboral de personal que ingresa a trabajar en el Pabellón Cardiovascular", contiene objetivo y alcance, incluye a: Médicos, Enfermeros y Técnicos Paramédicos que ingresan a la unidad. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe por estamento las responsabilidades que le corresponden a cada uno. En el punto 4 denominado " Actividades", describe las actividades a realizar por el funcionario que ingresa a la unidad , separadas por ítem, los que incluye: Presentación de la unidad, información propia al trabajador, seguridad del personal, y de forma explícita las actividades relacionadas con la seguridad del paciente, listado de documentos como: Identificación de pacientes, Prevención de caídas, Prevención de úlceras por presión, Prevención de error de medicamentos, Manejo específicos de la unidad, Normas de Control y Prevención de IAAS, Prevención de eventos adversos, entre otros y funcionamiento de la unidad. Describe que se aplicará Pauta de ingreso y se llevará un registro de funcionarios orientados los cuales están contenidos en el anexo 1 denominado "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a Pabellón Cardiovascular" y anexo 2 denominado "Formulario de registro de funcionarios orientados en Pabellón Cardiovascular", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa. Documento 3: "Programa de orientación laboral", de la Unidad de Pabellón Gineco-Obstetricia, contiene objetivo y alcance, describe a todos los funcionarios suplentes, trasladados de otros hospitales o que asumieron un cargo vacante en la unidad asistencial de Neonatología, UPC Neonatal, Unidad asistencial de Obstetricia y Ginecología, Urgencia, partos y Pabellones Gineco-Obstétricos, Consultorios Adosados de Especialidades de la Mujer, centro de dermatología UNACESS, VIH y Sida. En el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe las responsabilidades del Médico Jefe de la unidad asistencial y de la Matrona Supervisora unidades. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso" describe los aspectos generales, como duración variable, entrevista con la Sub directora de Matronería, se iniciará la orientación en el unidad con el Médico Jefe y Matrona Supervisora, quien elaborará el cronograma, designará la matrona tutora, presentación de los funcionarios, visita de la planta física, entrega de los Manuales, Normas, Reglamentos y Programas de la unidad. En el punto 7.1.9 describe que se dejará constancia de la realización del programa de Orientación laboral. En el punto 7.2 denominado "Aspectos específicos" se describe los contenidos mínimos a entregar en el programa como: Programa de Calidad y Seguridad del paciente, de la unidad y normas de prevención y control de IAAS. En el punto 9 denominado "Anexos" incluye Anexo 1: "Cronograma Programa de Orientación laboral", Anexo 2: "Pauta de Chequeo Programa de orientación laboral" y Anexo 3: "Formulario de Registro de funcionarios orientados en la unidad", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.				
UCI ADULTO-TIM MQ- UCI Coronaria				
Nombre del documento 1	"Programa de orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en Unidad de Paciente Crítico Adulto"			
Código: PG-UPCA-02	Versión: 02	Fecha elab: Abril 2015	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 9
Elaborado por: Gloria Moraga Enfermera. Supervisora UPC Adulto Tirsa González Enfermera Supervisora UCI Adulto		Aprobado por: Dra. Jacqueline Blanchard J. Encargada de Unidad de Paciente Crítico Adulto		
Nombre del documento 2	"Programa de orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en UCI Coronaria"			
Código: PG-UCIC-01	Versión: 00	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 10
Elaborado por: Raúl Contreras Enfermero Supervisor Subrogante UCI Coronaria		Aprobado por: Dr. Anthony Cataldo Jefe UCI Coronaria		
Considera (Si/No)	1. Médicos: Si	2. Enfermeras: Si	3. Matronas: N/ A	4. Técnicos: Si
Breve descripción del contenido del documento: Documento 1: "Programa de orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en Unidad de Paciente Crítico Adulto" contiene objetivo y alcance, incluye a todos los funcionarios que realicen atención directa de pacientes, en especial a los Médicos,				

Enfermeros y Técnicos Paramédicos que ingresan a la unidad. En el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe por estamento y cargo las responsabilidades que le corresponden a cada uno de ellos. En el punto 4 denominado " Actividades" describe las actividades a realizarse, separadas por ítem, los que incluye: Presentación de la unidad al nuevo funcionario, información propia al trabajador, Seguridad del personal y de forma explícita, las relacionadas a la Seguridad del paciente, contiene listado de documentos como: Identificación de pacientes, Prevención de caídas, Prevención de úlceras por presión, Prevención de error de medicamentos, Manejo específicos de la unidad, Normas de Control y Prevención de IAAS, Prevención de eventos adversos, entre otros y funcionamiento de la unidad. En el punto 5 denominado "Evaluación del programa" describe que se evaluará el programa en forma anual, con aplicación de pautas al menos al 85% del personal que ingresa a la unidad. En el punto 6 denominado "Anexos" incluye en el Anexo 1, el registro denominado "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a la Unidad de Paciente Crítico Adulto del Hospital Clínico Regional de Antofagasta" y Anexo 2, el registro denominado "Formulario de registro del personal orientado en la Unidad de Paciente Crítico Adulto del Hospital Clínico Regional de Antofagasta", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

Documento 2: "Programa de orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en UCI Coronaria" contiene objetivo y alcance, incluye a todos los funcionarios que realicen labores de atención directa de pacientes, especialmente a Médicos, Enfermeros y Técnicos Paramédicos que ingresan a la unidad. En el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe por estamento y cargo las responsabilidades que le corresponden a cada uno de ellos. En el punto 4 denominado " Actividades" describe las actividades a realizarse separadas por ítem, los que incluye la Presentación de la unidad al nuevo funcionario, información propia al trabajador, seguridad del personal, seguridad al paciente el cual contienen listado de documentos como: Identificación de pacientes, Prevención de caídas, Prevención de úlceras por presión, Prevención de error de medicamentos, Manejo específicos de la unidad, Normas de control y Prevención de IAAS, Prevención de eventos adversos, entre otros y funcionamiento de la unidad. Contiene en el punto 4.2 y 4.3 que esta etapa comienza el primer día de trabajo del funcionario nuevo y que se aplicará pauta de ingreso. En el punto 5 denominado Anexos incluye en el Anexo 1 registro denominado "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a Pabellón Cardiovascular" y Anexo 2 registro denominado "Formulario de registro del personal orientado en Pabellón Cardiovascular". Se describe en anexo 1: "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a UCI Coronaria" y en anexo 2 "Formulario de registros de funcionarios orientados en la UCI Coronaria", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

UPC Ped.

Nombre del documento	"Programa de Orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en Unidad de Paciente Crítico Pediátrico"			
Código: PG-UPCP-02	Versión:01	Fecha elab: Enero 2015	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 10
Elaborado por: EU. Verónica Contreras. Enfermera Supervisora UPC Pediátrico		Aprobado por: Dra. Pamela Schellman. Médico Jefe UPCP		
Considera (Si/No)	1. Médicos: Si	2. Enfermeras: Si	3. Matronas: N/A	4. Técnicos: Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento denominado "Programa de Orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en Unidad de Paciente Crítico Pediátrico", contiene objetivo y alcance, incluye a: Médicos, Enfermeros y Técnicos Paramédicos que ingresan a la unidad. En el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe por estamento, las responsabilidades que le corresponden a cada uno. En el punto 4 denominado " Actividades" describe las actividades a realizar por parte del funcionario, separadas por ítem, los que incluye: Presentación de la unidad, Información propia al trabajador, Seguridad del personal y de forma explícita las actividades relacionadas con la Seguridad del paciente, contiene listado de documentos como: Identificación de pacientes, Prevención de caídas, Prevención de úlceras por presión, Prevención de error de medicamentos, Manejo específicos de la unidad, Normas de Control y Prevención de IAAS, Prevención de eventos adversos, entre otros y Funcionamiento de la unidad. Describe que se aplicará Pauta de ingreso y se llevará un registro de funcionarios orientados, formularios contenidos en el anexo 1: "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico" y en el anexo 2: "Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

UPC Neo- Neo- Obst-gine

Nombre del documento	"Programa de orientación laboral"			
Código: PO-SDMT-05	Versión: 01	Fecha elab: Abril 2014	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 9
Elaborado por: MT. Karime Viralta - MT. Dayanna Hernández Matrona Jefe Servicio Obstetricia y Ginecología		Aprobado por: MT. Sandra Soto V. Subdirectora Matronería		
Considera (Si/No)	1. Médicos: Si	2. Enfermeras: Si	3. Matronas: Si	4. Técnicos: Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento denominado "Programa de orientación laboral", contiene objetivo y alcance, incluye a todos los funcionarios suplentes, trasladados de otros hospitales o que asumieron un cargo vacante en la unidad asistencial de Neonatología, UPC Neonatal, Unidad asistencial de Obstetricia y Ginecología, Urgencia, Partos y Pabellones Gineco- obstétricos, Consultorios Adosados de Especialidades de la Mujer y Centro de dermatología UNACESS, VIH y Sida. En el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe la responsabilidad del Médico Jefe de la unidad asistencial y de la Matrona Supervisora de las unidades. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso" describe los aspectos generales, como: duración, entrevista con la Sub directora de Matronería, inicio de la orientación en el unidad con el Médico Jefe y Matrona supervisora, cronograma, matrona tutora, presentación de los funcionarios, visita de la planta física, entrega de los manuales, normas, reglamentos y programas de la unidad. En el punto 7.1.9 describe que se dejará constancia de la realización del programa de Orientación laboral. En el punto 7.2 denominado "Aspectos específicos" se describe los contenidos mínimos a entregar en el programa como: Programa de Calidad y Seguridad del paciente, de la unidad y Normas de Prevención y Control de IAAS. En el punto 9 denominado "Anexos" incluye en el anexo 1: "Cronograma Programa de Orientación laboral" Anexo 2: "Pauta de Chequeo Programa de orientación laboral" y anexo 3: "Formulario de Registro de funcionarios orientados en la unidad", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

Med – Pensionado Medicina – UAPP

Nombre del documento 1	"Programa de orientación al personal que ingresa al Servicio de Medicina"			
Código: PG-MED-02	Versión:01	Fecha elab: Agosto 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 7
Elaborado por: EU. Mariela Berrios Ardiles		Aprobado por: Dra. Ruth Solís Voisin Médico Jefe Medicina		

Nombre del documento 2	"Procedimiento Programa de Orientación Servicio de Pensionado"			
Código: PG-PENS-01	Versión:01	Fecha elab: Marzo 2014	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 8
Elaborado por: EU. Supervisora Pensionado Mónica González B.			Aprobado por: EU. Sub- Directora de Enfermería Viviana Porcile Navarrete	
Nombre del documento 3	"Programa de Orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en la Unidad de Atención de Pacientes Progresivos"			
Código: PG-UAPP-01	Versión:00	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 10
Elaborado por: Claudia Quintana Enfermera Supervisora UAPP			Aprobado por: Dra. Ruth Solís Jefe Servicio Medicina CR (S) Atención Cerrada	
Considera (Si/No)	1. Médicos: Si	2. Enfermeras: Si	3. Matronas: N/A	4. Técnicos: Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento 1: "Programa de orientación al personal que ingresa al Servicio de Medicina", contiene objetivo y alcance, incluye a todos los funcionarios por suplencia, contrata o titular al servicio de Medicina del HCRA. En el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe el estamento y cargo con las responsabilidades que le corresponde a cada cual, enfermera(o) clínico será responsable de orientar al funcionario que ingrese ya sea Médico, Enfermera (o), Paramédico y Auxiliar. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso" describe por estamento las actividades que le corresponde efectuar, en el caso del Jefe de Servicio Medicina, a los Médicos y la duración de la orientación, Enfermera Supervisora y las actividades a realizar y Enfermera clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar. Las actividades incluyen la entrega de la información contenidas en los Manuales de organización, Programas de IAAS, Calidad, Identificación de pacientes, Prevención de caídas, UPP, Administración segura de medicamentos, Protocolos y Normas del servicio para los estamentos. En el punto 7.9 denominado "Duración orientación personal no médico", para enfermera de una semana, para los Paramédicos una semana diurna y posterior sistema de turno. En el punto 9 denominado "Anexos" incluye Anexo 1, denominado: "Pauta de orientación al ingreso de Medicina", con la cual se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

Documento 2: "Procedimiento Programa de Orientación Servicio de Pensionado", contiene objetivo y alcance, incluye a todos los funcionarios contratados, suplencias, reemplazos y/ o asignados al servicio de pensionado del Hospital Regional de Antofagasta. En el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe el estamento y cargo, con las responsabilidades que le corresponde a cada cual, enfermera(o) clínico será responsable de orientar al funcionario que ingrese ya sea de Enfermería, Paramédico y Auxiliar. En el punto 7 denominado "Descripción del proceso" describe por estamento las actividades que le corresponde efectuar a Jefe de Servicio Medicina, Médicos y la duración de la orientación, Enfermera Supervisora y Enfermera clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar. Las actividades incluyen la entrega de la información contenidas en los Manuales de organización, Programas de IAAS, Calidad, Identificación de pacientes, Prevención de caídas, UPP, Administración segura de medicamentos, Protocolos y Normas del servicio para los estamentos. En el punto 7.6 denominado "Actividades" describe de forma explícita en el ítem de Seguridad del paciente, las actividades a realizar, que incluye: Identificación de paciente, Prevención de caídas, UPP, Error de medicamentos, Criterios de ingreso y egreso de Unidad Crítica, Contención física de pacientes, Sistema de vigilancia de eventos adversos, Prevención de eventos adversos asociados a procesos quirúrgicos y asistenciales, Normas de control de IAAS y Consentimiento informado. En el punto 8 denominado "Duración" describe que será de una semana para todo el personal y con supervisión. En el punto 11 denominado "Pauta de cotejo realización, constancia del Programa de Orientación", describe listado de actividades a realizar y selección dicotómica (SI/NO - N/A), con la cual, se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

Documento 3:"Programa de Orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en la Unidad de Atención de Pacientes Progresivos", contiene objetivo y alcance, incluye: Médicos, Enfermeros y Técnicos Paramédicos que ingresan a la unidad. En el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe por estamento y cargo las responsabilidades que le corresponde a cada cual. En el punto 4 denominado " Actividades" describe las actividades a realizar, separadas por ítem, incluye: Presentación de la unidad al nuevo funcionario, Información propia al trabajador, Seguridad del personal, Seguridad al paciente, contiene listado de documentos como: Identificación de pacientes, Prevención de caídas, Prevención de úlceras por presión, Prevención de error de medicamentos, Manejo específicos de la unidad, Normas de Control y Prevención de IAAS, Prevención de eventos adversos, entre otros y Funcionamiento de la unidad. Contiene en el punto 4.2 y 4.3 la descripción que esta etapa comienza el primer día de trabajo del funcionario nuevo y que se aplicará pauta de ingreso. En el punto 5 denominado "Anexos" incluye en el Anexo 1 registro denominado "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a UAPP" y Anexo 2 registro denominado "Formulario de registro del personal orientado en UAPP", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

Cir. Ad. - Especialidades Quirúrgicas - Pensionado Quirúrgico

Nombre del documento 1	"Programa de orientación Laboral del Personal que ingresa a trabajar en la Unidad de Cirugía "			
Código: PG-CRA-01	Versión:04	Fecha elab: Diciembre 2013	Fecha vigencia:3 años	N° páginas: 8
Elaborado por: EU. Rosa Santander Enfermera Supervisora Servicio Cirugía			Aprobado por: Dr. Alberto Castillo Jefe Servicio de Cirugía	
Nombre del documento 2	"Programa de orientación laboral del personal que ingresa a trabajar al Bloque Médico Quirúrgico Especialidades"			
Código: PG-BMQ-01	Versión: 00	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 10
Elaborado por: EU. Doly Miranda Corrales Enfermera Supervisora Bloque Médico Quirúrgico			Aprobado por: EU. Janis Orellana Encargada de Calidad	
Nombre del documento 3	"Procedimiento Programa de Orientación Servicio de Pensionado"			
Código: PG-PENS-01	Versión:01	Fecha elab: Marzo 2014	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 8
Elaborado por: EU. Supervisora Pensionado Mónica González B.			Aprobado por: EU. Sub- directora de Enfermería Viviana Porcile Navarrete	
Considera (Si/No)	1. Médicos: Si	2. Enfermeras: SI	3. Matronas: N/A	4. Técnicos: SI

Breve descripción del contenido del documento:
Documento 1: "Programa de orientación Laboral del Personal que ingresa a trabajar en la Unidad de Cirugía", contiene objetivo y alcance, incluye a todos los funcionarios contratados, suplencias y/ o asignados al servicio de cirugía del Hospital Regional de Antofagasta. En el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe por estamento y cargo las responsabilidades que les

corresponde a cada cual. En el punto 4 denominado "Indicador", describe la fórmula y umbral de cumplimento del 100% para el indicador. En el punto 8 denominado " Descripción del Proceso", incluye por cargo y estamento las actividades que debe realizar en relación a la orientación del funcionario nuevo, incluye el informar del Programa de IAAS y Calidad, instruir en las normas y protocolos del servicio, funciones administrativas y supervisar destrezas técnicas entre otras. La duración de la orientación para el estamento Médico será de una semana. Para el estamento no médico la orientación tendrá una duración de una semana para Enfermera y una semana diurna y luego turnos, para los Paramédicos. En el punto 9.5.10 describe de forma explícita que se realizará una evaluación del Programa de orientación anual, con una meta de cumplimiento de un 95%. En el punto 11 denominado "Anexos" se incluye, el Anexo 1 "Pauta de supervisión orientación en la Unidad de Cirugía" y Anexo 2 "Test de evaluación personal", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

Documento 2: "Programa de orientación laboral del personal que ingresa a trabajar al Bloque Médico Quirúrgico", contiene objetivos y alcance. En el punto 4 denominado "Actividades" contienen la descripción de las actividades relacionadas con la seguridad del paciente. Incluye Anexo 1 denominado "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos al Bloque Quirúrgico especialidades" y Anexo 2 "Formulario de registro de funcionarios orientados en el Bloque de especialidades", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

Documento 3: "Procedimiento Programa de Orientación Servicio de Pensionado", contiene objetivo y alcance, incluye a todos los funcionarios contratados, suplencias, reemplazos y/ o asignados al servicio de pensionado del Hospital Regional de Antofagasta. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe el estamento y cargo con las responsabilidades que le corresponde a cada cual, la Enfermera(o) clínico será responsable de orientar al funcionario que ingrese ya sea de Enfermería, Paramédico y Auxiliar. En el punto 7 denominado "Descripción del proceso", describe por estamento las actividades que le corresponde efectuar, en el caso del Jefe de Servicio Medicina, Médicos y la duración de la orientación, Enfermera Supervisora y las actividades a realizar y Enfermera clínica, Técnico Paramédico y Auxiliar. Las actividades incluyen la entrega de la información contenidas en los Manuales de organización, Programas de IAAS, Calidad, Identificación de pacientes, Prevención de caídas, UPP, Administración segura de medicamentos, Protocolos y Normas del servicio para los estamentos. En el punto 7.6 denominado "Actividades", describe de forma explícita en el ítem de Seguridad del paciente, las siguientes actividades: Identificación de paciente, Prevención de caídas, UPP, Error de medicamentos, Criterios de ingreso y egreso de Unidad crítica, Contención física de pacientes, Sistema de vigilancia de eventos adversos, Prevención de eventos adversos asociados a procesos quirúrgicos y asistenciales, Normas de control de IAAS, Consentimiento informado. En el punto 8 denominado "Duración", describe que será una semana para todo el personal y con supervisión. En el punto 11 denominado "Pauta de cotejo realización, constancia del Programa de Orientación", describe listado de actividades a realizar y selección dicotómica (SI/NO -N/A), con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

Ped.

Nombre del documento	"Programa de orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en Pediatría"			
Código: PG-PED-05	Versión:00	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 10
Elaborado por: EU. Elda Laguna. Enfermera Supervisora		Aprobado por: Dr. A. Cárdenas. Médico Jefe Pediatría		
Considera (Si/No)	1. Médicos: Si	2. Enfermeras: Si	3. Matronas: N/A	4. Técnicos: Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento denominado "Programa de orientación laboral del personal que ingresa a trabajar en Pediatría", contiene 4 objetivos a cumplir y el alcance del Programa, que incluye a todos los funcionarios que realicen atención directa del paciente: Médicos, Enfermeras(os) y Técnicos Paramédicos. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe que el Enfermero Supervisor es responsable de la evaluación y mantención del registro anual del personal, que se le ha aplicado el programa. En el punto 4 denominado "Actividades" contiene un ítem específico denominado "Seguridad del paciente", contiene listado de documentos que están asociados a los procesos de atención. En el punto 4.2 describe el tiempo de inicio y en el 4.3 que se aplicará una Pauta de ingreso de funcionarios nuevos de la unidad. En el punto 5 denominado Anexos incluye el documento "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a Pediatría" y "Formulario de registro del personal en orientación en Pediatría", con los cuales se realizará la evaluación del cumplimiento del programa.

APF

Nombre del documento	"Programa de orientación"			
Código: PG-FAR-02	Versión:02	Fecha elab: Abril 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 9
Elaborado por: Químico Farmacéutico. Sandra Trujillo H.		Aprobado por: QF. Rosana Ramos. Jefe Farmacia		
Considera (Si/No)	1. Médicos: Si	2. Enfermeras: Si	3. Matronas: Si	4. Técnicos: Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento denominado "Programa de orientación", contiene el objetivo del programa de Proporcionar al funcionario la información necesaria para poder asumir las funciones propias de la Unidad de manera que sea segura para el paciente y el alcance, que incluye a todo funcionario contratado, suplencias y/o asignados a la unidad, responsabilidades donde detalla que quien realiza la entrevista y evaluación es el Químico farmacéutico Jefe de Farmacia y que los Químicos farmacéuticos encargados de las diferentes áreas de la unidad educan en las materias básicas propias del trabajo.
En el punto 6 denominado "Descripción del Proceso", describe de forma explícita que el programa se debe aplicar a todos los funcionarios que ingresen a laborar a la unidad. Incluye la información acerca de la planta física de la unidad, información acerca de los accesos y vías de evacuación de la unidad, Plan de evacuación del Hospital Regional de Antofagasta, Alerta azul, Información de los servicios entregados por la unidad de farmacia, Reglas y Procedimientos internos, Beneficios ofrecidos y Relaciones humanas. En el punto 7 denominado registros asociados incluye "Listado de funcionarios que han recibido la orientación al puesto de trabajo en la unidad de farmacia", con el cual se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

APE

Nombre del documento	Programa de Orientación			
Código: PO-EST-01	Versión: 02	Fecha elab: Enero 2014	Fecha vigencia: 6 años	N° páginas: 6
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Paola Rojas L., Jefa Centro Responsabilidad Operaciones		
Considera (Si/No)	1. Médicos: N/A	2. Enfermeras: Si	3. Matronas: N/A	4. Técnicos: Si

Breve descripción del contenido del documento:

En el alcance se consigna que el programa de orientación está dirigido a todos los funcionarios contratados, suplencia y/o asignados a la Unidad. Incluye a los alumnos en práctica y profesionales en perfeccionamiento.
Se establece el objetivo, las responsabilidades y la descripción del proceso.
En el punto 7 se enumeran las actividades que se deben cumplir en la orientación, entre otras:
-Informar de normas básicas de IAAS
-Información relacionada con normas de esterilización
-Informar de equipos de protección personal, uniformes y otros similares

En el punto 8 se incluyen los documentos asociados: Registros de Orientación y Evaluación Funcionarios.

En el Anexo 1 se incluye el formato de la "Pauta de Orientación en Servicio".
En el Anexo 2 se incluye el formulario "Test de evaluación".

APD				
Nombre del documento	Orientación al personal que ingresa a trabajar a la Unidad de Hemodiálisis			
Código: PO-UHD-06	Versión: 01	Fecha elab.: Diciembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 8
Elaborado por: Ana Bacarreza R., Enfermera Supervisora de Diálisis		Aprobado por: Dra. Ruth Solís V., Jefe de Servicio Medicina y Diálisis		
Considera (Si/No)	1. Médicos: Si	2. Enfermeras: Si	3. Matronas: N/A	4. Técnicos: Si

Breve descripción del contenido del documento:
En el alcance se consigna que el programa de orientación está dirigido a todos los funcionarios: médicos, enfermeras y técnicos paramédicos que ingresen a la unidad en calidad de cargos vacantes, suplencia, inducciones y/o estadías de formación.
Se establecen los objetivos, las responsabilidades y la descripción del proceso en el punto 7.
En el punto 7.1 se consigna la información que entregará el Jefe Técnico de Unidad de Diálisis, entre otras:
-Instruir acerca del Manual de Organización y Procedimientos
-Informar del programa IAAS y Metas de Calidad y Seguridad del Paciente
-Instruir acerca de los protocolos y normas de la unidad
En el punto 7.2 se incluye la información que entregará el Médico de la Unidad; se define que éste, orientará al médico que ingresa, entre otros aspectos, respecto a los documentos que debe manejar el profesional para cumplir su función de registros: recetas, órdenes de exámenes e interconsultas.
En el punto 7.4 se consigna la información que entregará la Enfermera Supervisora.
En el punto 7.5 se indica la información que entregará la Enfermera Clínica.
Se especifica la duración de la orientación para los distintos estamentos.
En el Anexo 1 se incluye el formato de la "Pauta de Orientación al ingreso de la Unidad de hemodiálisis", la cual incluye criterios de cumplimiento de aspectos generales y otros en relación a Normas de IAAS y Calidad y Seguridad del Paciente.
En el Anexo 2 se incluye el "Formulario de Registro de Funcionarios Orientados en la Unidad de Hemodiálisis"

APQ Ad. – Infantil				
Nombre del documento 1	"Programa de orientación Laboral del personal que ingresa a trabajar en la Unidad Quimioterapia Adulto"			
Código: PG-APQADUL-01	Versión:02	Fecha elab: Febrero 2014	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 10
Elaborado por: Valeria Gómez Miranda Enfermera Oncología		Aprobado por: Dr. Marjorie Gil. Oncólogo Médico Jefe		
Nombre del documento 2	"Programa de orientación Laboral del personal que ingresa a trabajar en Quimioterapia Infantil"			
Código: PG-QINF-01	Versión: 00	Fecha elab: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 10
Elaborado por: Elda Lagunas Milla		Aprobado por: Dr. B. Montenegro. Jefe Médico Quimioterapia Infantil		
Considera (Si/No)	1. Médicos: Si	2. Enfermeras: Si	3. Matronas: N/ A	4. Técnicos: Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento 1: "Programa de orientación Laboral del personal que ingresa a trabajar en la Unidad Quimioterapia Adulto", contiene 4 objetivos a cumplir relacionados a la Calidad y Seguridad de la atención del paciente y el alcance del Programa; el cual está dirigido a todos los funcionarios que realicen atención directa del paciente como: Médicos, Enfermeras(os) y Técnicos Paramédicos. En el punto 4 denominado "Actividades", contiene un ítem específico denominado "Seguridad del paciente", contiene listado de documentos asociados a los procesos de atención, que serán revisados por el funcionario que ingresa a la unidad. En el punto 5 denominado "Evaluación", describe el tiempo de inicio y Evaluación a través de Pauta de evaluación. En el punto 6 denominado "Anexos", incluye el documento "Pauta de evaluación programa de orientación de funcionarios nuevos que ingresan a la Unidad Quimioterapia" y "Formulario de registro del personal en orientación en la Unidad Quimioterapia", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

Documento 2: "Programa de orientación Laboral del personal que ingresa a trabajar en Quimioterapia Infantil", contiene 4 objetivos a cumplir, relacionados a la calidad y seguridad de la atención del paciente y el alcance del Programa, el cual está dirigido a todos los funcionarios que realicen atención directa del paciente como: Médicos, Enfermeras(os) y Técnicos Paramédicos. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe que el Enfermero Supervisor es responsable de la evaluación y mantención del registro anual del personal, al que se le aplica el programa. En el punto 4 denominado "Actividades", contiene un ítem específico denominado "Seguridad del paciente", describe listado de documentos asociados a los procesos de atención, los que serán revisados por el personal que ingresa a la Unidad. En el punto 4.2 describe el tiempo de inicio y en el 4.3 la forma de evaluación con Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a la unidad. En el punto 5 denominado "Anexos", incluye el documento "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a Quimioterapia Infantil" y "Formulario de registro del personal en orientación en Quimioterapia Infantil", con los cuales se realiza la evaluación del cumplimiento del programa.

RH 2.2 – Segundo elemento medible: Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de orientación establecido en al menos 85% de los funcionarios que ingresaron a la unidad en el último año.

PQ General - PQ Cardiovascular - PQ Gineco- Obst			
Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa

Personal Médico	5	5	100%
Personal no Médico	13	13	100%
Total	**18**	**18**	**100%**

Observaciones:
Pabellón Central: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 0 Enfermeros, 5 Técnicos Paramédicos y 5 Médicos Anestesistas durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a Pabellón Central" de los 5 Técnicos Paramédicos y de los 5 Médicos Anestesistas, más registro de "Formulario de registro de funcionarios orientados en Pabellón Central", con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.
Pabellón Gineco- Obstétrico: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 2 Matronas, 6 Técnicos Paramédicos y 0 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de chequeo programa de orientación laboral" para los 2 Matrones y los 6 Técnicos Paramédicos, más el registro de "Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad RG-SDMT-03", con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.
Pabellón Cardiovascular: Prestador declara que no tener funcionarios nuevos en la unidad durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata existencia de "Certificado" firmado por Jefatura Médica y de Enfermería que describe no tener ningún funcionario ingresado a la Unidad en el periodo Noviembre 2014 a Octubre 2015.

UCI ADULTO-TIM MQ- UCI Coronaria

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	4	4	100%
Personal no Médico	37	29	78,3%
Total	**41**	**33**	**80,48%**

Observaciones:
UCI Adulto: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 1 Enfermera, 10 Técnicos Paramédicos y 1 Médico, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de " Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a la Unidad de Paciente Crítico Adulto del Hospital Clínico Regional de Antofagasta", para 1 enfermera, 10 Técnicos de enfermería y 1 médico, más registro de "Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad de Pacientes críticos adultos del Hospital Clínico Regional de Antofagasta", con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.
TIM MQ: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 2 Enfermeras, 15 Técnicos Paramédicos y 0 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de " Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a la Unidad de Paciente Crítico Adulto del Hospital Clínico Regional de Antofagasta", para 2 Enfermeras , 7 Técnicos Paramédicos, más registro de " Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad de Pacientes críticos adultos del Hospital Clínico Regional de Antofagasta", con un cumplimiento del 60% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado según lo definido en el Programa de Orientación.
UCI Coronaria: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 0 Enfermeros, 9 TENS, 3 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a UCI Coronaria", para los 9 TENS y los 3 Médicos, más registro de "Formulario de registro de funcionarios orientados en la UCI Coronaria", con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.

UPC Ped.

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	3	3	100%
Personal no Médico	8	8	100%
Total	**11**	**11**	**100%**

Observaciones: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 5 Enfermeras, 3 Técnicos Paramédicos y 3 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia de los registros de "Programa de Orientación Normativas IAAS" y "Programa de orientación Procedimientos de Calidad", para 1 Enfermera orientada en el mes de noviembre 2014. Registro de "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico", para las 4 Enfermeras, 3 Técnicos de Enfermería y 3 Médicos, orientados en el período 2015 y el registro "Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico", con un cumplimiento del 100% del personal orientado en el período constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.

UPC Neo

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	0	0	-
Personal no Médico	7	7	100%
Total	**7**	**7**	**100%**

Observaciones: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 3 Matronas y 4 Técnicos Paramédicos y 0 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de Chequeo Programa de Orientación laboral RG-SDMT-02", para los 3 Matronas y los 4 Técnicos Paramédicos, más registro de " Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad RG-SDMT-03", con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.

Med – Pensionado Medicina – UAPP

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	7	7	100%
Personal no Médico	25	21	84%
Total	**32**	**28**	**87,5%**

Observaciones:
Medicina: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 3 Enfermeras, 10 TENS y 7 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de orientación al Ingreso de Medicina" para 2

Enfermeras, 9 TENS y los 7 Médicos, con un cumplimiento del 90% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.
Pensionado Medicina: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 2 Enfermeras, 1 TENS y 0 Médicos durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de cotejo realización, constancia del Programa de orientación", para las 2 Enfermeras y 1 TENS, con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.
UAPP: Prestador declara que han ingresado a la unidad 6 Enfermeras, 3 TENS y 0 Médicos durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a UAPP" para las 6 Enfermeras y 3 TENS, más "Formulario de registro de funcionarios orientados en UAPP", para 6 Enfermeros y 1 Técnico Paramédico que ingresaron a la unidad, con un cumplimiento del 78% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.

Cir. Ad. - Especialidades Quirúrgicas - Pensionado Quirúrgico

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	1	1	100%
Personal no Médico	36	36	100%
Total	**37**	**37**	**100%**

Observaciones:
Cirugía adulto: Prestador declara que han ingresado a la unidad 9 Enfermeras, 12 TENS y 1 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Test de evaluación Programa de orientación unidad de Cirugía Hospital Regional Antofagasta" y "Pauta de supervisión Programa de orientación Unidad de Cirugía Hospital Regional Antofagasta" para 9 Enfermeras, 12 TENS y 1 Médico, con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.
Especialidades quirúrgicas: Prestador declara que han ingresado a la unidad 3 Enfermeras, 9 TENS y 0 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a BMQ" y "Formulario de registro de funcionarios orientados en BMQ" para las 3 Enfermeras y 9 TENS, con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.
Pensionado Quirúrgico: Prestador declara que han ingresado a la unidad 2 Enfermeras, 1 TENS y 0 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de cotejo realización, constancia del Programa de orientación" para las 2 Enfermeras y 1 TENS, con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.

Ped.

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	2	2	100%
Personal no Médico	16	16	100%
Total	**18**	**18**	**100%**

Observaciones: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 7 Enfermeras, 9 TENS y 2 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a Pediatría" y "Formulario de registro del personal en orientación en Pediatría" para las 7 Enfermeras, 9 TENS y 2 Médicos, con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.

Neo

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	0	0	-
Personal no Médico	6	6	100%
Total	**6**	**6**	**100%**

Observaciones: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 0 Matronas , 6 Técnicos Paramédicos y 0 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de " Pauta de Chequeo Programa de Orientación laboral RG-SDMT-02", para los 6 Técnicos Paramédicos, más registro de "Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad RG-SDMT-03", con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.

Obst-gine

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	0	0	-
Personal no Médico	19	10	52,6%
Total	**19**	**10**	**52,6%**

Observaciones: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 4 Matronas , 15 Técnicos Paramédicos y 0 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de Chequeo Programa de Orientación laboral RG-SDMT-02" , para 3 Matrones y 7 Técnicos Paramédicos, más registro de "Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad RG-SDMT-03", para 4 Matrones y 14 Técnicos Paramédicos, con un cumplimiento del 52,6% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.

APF

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	0	0	-
Personal no Médico	2	2	100%
Total	**2**	**2**	**100%**

Observaciones: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 2 Químicos Farmacéuticos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Listado de funcionarios que han recibido la orientación al puesto de trabajo en la unidad de farmacia" para los dos Químicos Farmacéuticos, con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación.

APE

Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	0	0	0
Personal no Médico	5	5	100%
Total	**5**	**5**	**100%**
Observaciones: La responsable del servicio declara que han ingresado 5 técnicos paramédicos. Se constata la documentación de las orientaciones realizadas, según el procedimiento institucional.			
APD			
Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	0	0	N/A
Personal no Médico	6	6	100%
Total	**6**	**6**	**100%**
Observaciones: La responsable del servicio declara que han ingresado 3 enfermeras, 3 TENS y 1 empleado de servicio. Se constata la documentación de las orientaciones realizadas, según el procedimiento institucional.			
APQ Ad. – Infantil			
Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cump. programa
Personal Médico	1	1	100%
Personal no Médico	6	6	100%
Total	**7**	**7**	**100%**
Observaciones: APQ Adulto: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 0 Enfermeras, 3 Técnicos Paramédicos y 0 Médicos, durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de " Pauta de evaluación Programa de orientación de funcionarios nuevos que ingresan a la Unidad Quimioterapia" para los 3 Técnicos Paramédicos, más registro en el "Formulario de registro de funcionarios orientados en la Unidad Quimioterapia", con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo 2015, según lo definido en el Programa de Orientación. APQ Infantil: Prestador declara que han ingresado a la unidad: 2 Enfermeras, 1 TENS y 1 Médico durante el último año (Noviembre 2014 a Octubre 2015), se constata la existencia del registro de "Pauta de ingreso de funcionarios nuevos a Quimioterapia Infantil", para las 2 Enfermeras, 1 TENS y 1 Médicos, más registros en el "Formulario de registro del personal en orientación en Quimioterapia Infantil", con un cumplimiento del 100% del personal declarado que fue orientado en el periodo constatado, según lo definido en el Programa de Orientación, más " Certificado" firmado por Jefa de Administración del Personal que certifica que, durante el periodo consultado para el año 2014, no contó con nuevos ingresos de personal.			

CARACTERÍSTICA RH 2.2 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	PQ	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med.	Cir. Ad.	Ped.	Neo	Obst-gine	APF	APE	APD	APQ
1° EM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2° EM	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
Umbral de la característica:≥ 75%				Puntaje total:24/26		Porcentaje obtenido: 92%				Cumple: Si			

CARACTERÍSTICA RH 3.1 /HALLAZGOS

RH 3.1 – Primer elemento medible: Se describe un documento con el programa de capacitación anual el que incluye temas relacionados con prevención y control de infecciones y reanimación cardiopulmonar.

Dirección o Gerencia		
Nombre del documento	"Programa de Capacitación Hospital Regional Antofagasta"	
N° Resolución:8767 Código: PG-CAP-01	Versión:02	Fecha Resolución: 3 Noviembre 2015 Fecha documento: Septiembre 2015
Elaborado por: Sr. Bladimir Castillo Rivadera, Encargado Unidad de Capacitación CR de las personas	Aprobado por: Sr. Juan Urrutia Reyes Director (T y P) Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia:5 años	N° páginas:11
Considera (Si/No)	1. Prevención y control de infecciones: Si	2. Reanimación cardiopulmonar: Si
Breve descripción del contenido del documento: Documento actualizado, de carácter institucional denominado "Programa de Capacitación Hospital Regional Antofagasta", contiene el objetivo principal del Programa, orientado a "Lograr que los funcionarios adquieran y actualicen conocimiento y desarrollo de habilidades". Incluye, entre otros temas: Reanimación Cardiopulmonar y Control y Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. En el punto denominado "Alcances", incluye de forma explícita, a los funcionarios pertenecientes al Hospital de la Ley 18.834 y 19.664. En el punto 3 denominado "Responsables", describe las acciones a realizar por parte del Encargado de la Unidad de Capacitación, quien coordinará al comité de capacitación y planificará el Programa anual de capacitación, las responsabilidades del Comité Bipartito de Capacitación, Jefe CR desarrollo de las personas, Jefes de Unidades Clínicas, administrativas y de Apoyo, Supervisores de Unidades clínicas, Administrativas y de Apoyo y los funcionarios quienes deben asistir a las actividades de capacitación. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", describe las etapas desde la presentación de Proyectos, selección de los proyectos, aprobación, ejecución hasta el envío por parte del ejecutor de la actividad de la asistencia, notas y evaluación de satisfacción a la Unidad de Capacitación para el ingreso al sistema de capacitación y cierre académico en el sistema informático SIRH. En el punto 7.2 denominado "Meta", describe el porcentaje a cumplir para el logro de la meta sanitaria del 50% de los funcionarios que asisten a las actividades realizadas a los lineamientos estratégicos 1, 2, 3 y 4. Cada año se capacitará al 20% de la dotación total, con un plazo de 5 años para el 100% de la dotación de cada unidad en temas de Reanimación Cardiopulmonar e IAAS. En el punto 7.3 denominado "Evaluación", describe que los resultados de las capacitaciones serán analizados, con evaluación semestral del Programa Anual de Capacitación, a través de un Informe de Gestión, el cual será preparado por el Encargado de Capacitación, revisado por el Jefe de CR de Desarrollo de las personas, Aprobado por el Director,		

informado a los Comité Bipartito de Capacitación de la Ley 18.834 y 19.664 y terminando con la entrega del informe a las unidades clínicas con los % de funcionarios capacitados en temas de IAAS y Reanimación cardiopulmonar.
Observaciones: Prestador presenta Documento versión 01, de Junio 2013, denominado "Programa de Capacitación Hospital Regional Antofagasta".

RH 3.1 – Segundo elemento medible: La cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas asegura que el personal reciba una actualización al menos cada 5 años en estos temas.

PQ General - PQ Cardiovascular - PQ Gineco- Obst
Descripción de la cobertura y periodicidad: Punto de verificación incluye Pabellón Central, Pabellón Gineco- Obstétrico y Pabellón Cardiovascular. Pabellón Central: Prestador presenta Memorándum N° 400, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, con Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP, cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 41; con una cobertura del 64,1% y diferencia 23. Capacitados en RCP: 41; con una cobertura del 64,1% y diferencia 23. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 1, con una cobertura del 8% y diferencia 12, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 13. En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 52% de capacitación en IAAS y un 42% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible. Pabellón Gineco – Obstétrico: Prestador presenta Memorándum N° 401, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 42; con una cobertura del 70% y diferencia 18. Capacitados en RCP 34; con una cobertura del 56,67% y diferencia 26. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 0, con una cobertura del 0% y diferencia 9, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 9. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido Diciembre 2014, que contiene listado de profesionales Ley 19.664. Prestador declara que no se encuentran médicos de la unidad que hayan realizado curso de IAAS en listado del documento. En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 55% de capacitación en IAAS y un 39% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible. Pabellón Cardiovascular: Prestador presenta Memorándum N° 399, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 2; con una cobertura del 33,3% y diferencia 4. Capacitados en RCP: 3; con una cobertura del 50% y diferencia 3. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 0, con una cobertura del 0% y diferencia 16, curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% y una diferencia de 16. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido en Diciembre 2014, que contiene listado de profesionales Ley 19.664. El Prestador declara que no se encuentran médicos de la unidad que hayan realizado curso de IAAS, en el listado del documento. En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2013 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 9% de capacitación en IAAS y un 14% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible. Se constata los registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.
Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.
UCI ADULTO-TIM MQ- UCI Coronaria
Descripción de la cobertura y periodicidad: UCI Adulto: Prestador presenta Memorándum N° 406, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 26; con una cobertura del 52% y diferencia 24. Capacitados en RCP: 27; con una cobertura del 54% y diferencia 23. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 2, con una cobertura del 11% y diferencia 17, Curso de RCP: 2 funcionarios capacitados, con una cobertura del 11% con una diferencia de 17. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido en diciembre 2014, que contiene listado de profesionales Ley 19.664. El Prestador declara que se encuentran 2 Médicos de la unidad que realizaron curso de IAAS en el listado del documento; se constata que están incluidos en la nómina anterior. En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 32% de capacitación en IAAS y un 36% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible. TIM MQ: Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 26; con una

cobertura del 44,83% y diferencia 32. Capacitados en RCP 35; con una cobertura del 60,34% y diferencia 23. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 2, con una cobertura del 17% y diferencia 10, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 12. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido diciembre 2014 que contiene listado de profesionales Ley 19.664 , prestador declara que se encuentran 3 Médicos de la unidad que realizaron curso de IAAS en el listado del documento.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 36% de capacitación en IAAS y un 43% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
UCI Coronaria: Prestador presenta Memorándum N° 407, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 20; con una cobertura del 60,6% y diferencia 13. Capacitados en RCP 17; con una cobertura del 51,5% y diferencia 16. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 0, con una cobertura del 0% y diferencia 9, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 9. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido en Diciembre 2014 que contiene listado de profesionales Ley 19.664 , prestador declara que no se encuentran Médicos de la unidad que hayan realizado curso de IAAS, en el listado del documento. Se constata que están incluidos en nómina anterior.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2013 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 43% de capacitación en IAAS y un 31% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

UPC Ped.

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Prestador presenta Memorándum N° 410, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 27; con una cobertura del 69,2% y diferencia 12. Capacitados en RCP: 26; con una cobertura del 66,7% y diferencia 13. Presenta segundo documento denominado "Certificado", emitido en Diciembre 2014 que contiene listado de profesionales Ley 19.664 , prestador declara que no se encuentran médicos de la unidad que hayan realizado curso de IAAS, en el listado del documento. Presenta tercer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 0, con una cobertura del 0% y diferencia 5, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% y diferencia de 5.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2013 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 48% de capacitación en IAAS y un 30% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

UPC Neo

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 34; con una cobertura del 68% y diferencia 16. Capacitados en RCP 40; con una cobertura del 80% y diferencia 10. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 2, con una cobertura del 25% y diferencia 6, con curso de RCP: 7 funcionarios capacitados, con una cobertura del 88% con una diferencia de 1. Presenta tercer documento denominado " Certificado", emitido en diciembre 2014, que contiene listado de profesionales Ley 19.664 , prestador declara que se encuentran 2 Médicos de la unidad que realizaron curso de IAAS, en el listado del documento. Se constata que nombres están incluidos en la nómina anterior.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 55% de capacitación en IAAS y un 74% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

Med – Pensionado Medicina – UAPP

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Medicina: Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los

funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 25; con una cobertura del 64,1% y diferencia 14. Capacitados en RCP 27; con una cobertura del 69,2% y diferencia 12. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 1, con una cobertura del 7,7% y diferencia 12, con curso de RCP: 2 funcionarios capacitados, con una cobertura del 15,4% con una diferencia de 11. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido en Diciembre 2014, que contiene listado de profesionales Ley 19.664, prestador declara que se encuentra 1 Médico de la unidad que realizó curso de IAAS, en el listado del documento, se constata que nombre está incluido en la nómina anterior.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 48% de capacitación en IAAS y un 33% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Pensionado: Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 13; con una cobertura del 76,5% y diferencia 4. Capacitados en RCP 15; con una cobertura del 88,2% y diferencia 2. Declara no tener Médicos en la unidad.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 71% de capacitación en IAAS y un 65% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
UAPP: Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 7; con una cobertura del 54% y diferencia 6. Capacitados en RCP: 8; con una cobertura del 62% y diferencia 5.Declara que los Médicos que van a la unidad son de otras unidades clínicas.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 28,5% de capacitación en IAAS y un 33% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

Cir. Ad. - Especialidades Quirúrgicas - Pensionado Quirúrgico

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Cirugía: Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 14; con una cobertura del 34% y diferencia 27. Capacitados en RCP 21; con una cobertura del 51% y diferencia 20. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 1, porcentaje 6% y diferencia 15, con curso de RCP: 1 funcionario capacitado, con una cobertura del 6% con una diferencia de 15. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido en diciembre 2014, que contiene listado de profesionales Ley 19.664, prestador declara que se encuentra 1 Médico de la unidad que realizó curso de IAAS, en listado de documento, se constata que nombre está incluido en la nómina anterior.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2013 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 21% de capacitación en IAAS y un 21% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Especialidades Quirúrgicas: Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 35; con una cobertura del 80% y diferencia 9. Capacitados en RCP 32; con una cobertura del 73% y diferencia 12. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 0, con una cobertura del 0% y diferencia 26, con curso de RCP: 0 funcionario capacitado, con una cobertura del 0% con una diferencia de 26.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2013 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 17% de capacitación en IAAS y un 14,5% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Pensionado Quirúrgico: Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 13; con una cobertura del 76,5% y diferencia 4. Capacitados en RCP 15; con una cobertura del 88,2% y diferencia 2. Declara no tener Médicos en la unidad.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 71% de capacitación en IAAS y un 65% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del

Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

Cir. Inf.

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 5; con una cobertura del 83,3% y diferencia 1. Capacitados en RCP: 5; con una cobertura del 83,3% y diferencia 1. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 1, con una cobertura del 17% y diferencia 5, con curso de RCP: 0 funcionario capacitado, con una cobertura del 0% con una diferencia de 6. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido en Diciembre 2014, que contiene listado de profesionales Ley 19.664 , prestador declara que no se encuentran Médicos de la unidad que hayan realizado curso de IAAS en el listado del documento.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2013 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 50% de capacitación en IAAS y un 42% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

Ped.

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 30; con una cobertura del 75% y diferencia 10. Capacitados en RCP 21; con una cobertura del 53% y diferencia 19. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH 3, con una cobertura del 19% y diferencia 13, con curso de RCP: 0 funcionario capacitado , con una cobertura del 0% con una diferencia de 16. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido en Diciembre 2014 que contiene listado de profesionales Ley 19.664 , prestador declara que se encuentran 2 Médicos de la unidad que realizaron curso de IAAS en el listado del documento, se constata que nombres están incluidos en nómina anterior.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 57% de capacitación en IAAS y un 25% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

Neo

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 9; con una cobertura del 56,3% y diferencia 7. Capacitados en RCP 12; con una cobertura del 75% y diferencia 4. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 2, con una cobertura del 25% y diferencia 6, con curso de RCP: 7 funcionarios capacitados, con una cobertura del 88% con una diferencia de 1. Declara que en la unidad no hay Médicos residentes y que solo corresponde un Médico a la unidad, que se encuentra en el listado de capacitación de IHH y RCP, con una cobertura del 100% para el estamento Médico.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 44% de capacitación en IAAS y un 44% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

Obst-gine

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Prestador presenta Memorándum N° 397, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 15; con una cobertura del 42% y diferencia 21. Capacitados en RCP 20; con una cobertura del 56% y diferencia 16. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 0, con una cobertura del 0% y diferencia 18, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 18. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido

en Diciembre 2014, contiene listado de profesionales Ley 19.664, prestador declara que no se encuentran Médicos de la unidad que hayan realizado curso de IAAS, en el listado del documento.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 26% de capacitación en IAAS y un 31% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

APD

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 6; con una cobertura del 43% y diferencia 8. Capacitados en RCP 10; con una cobertura del 71,4% y diferencia 4. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 1, con una cobertura del 100% y diferencia 0, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 1.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 33% de capacitación en IAAS y un 60% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

APQ Ad – Infantil

Descripción de la cobertura y periodicidad:
APQ Adulto: Prestador presenta Memorándum N° 582, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 7; con una cobertura del 88% y diferencia 1. Capacitados en RCP: 6; con una cobertura del 75% y diferencia 2.Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 0, con una cobertura del 0% y diferencia 7, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 7. El Prestador declara que los Médicos que atienden en la unidad son del COA.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 47% de capacitación en IAAS y un 40% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
APQ Infantil: Prestador presenta Memorándum N° 398, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 3; con una cobertura del 75% y diferencia 1. Capacitados en RCP: 1; con una cobertura del 25% y diferencia 3. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 1, con una cobertura del 50% y diferencia 1, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 2.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 67% de capacitación en IAAS y un 17% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

API

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 8; con una cobertura del 44% y diferencia 10. Capacitados en RCP 13; con una cobertura del 72% y diferencia 5. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 0, con una cobertura del 0% y diferencia 10, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 10.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 29% de capacitación en IAAS y un 36% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.

Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

Dental

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Prestador presenta primer documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 6; con una cobertura del 21,4% y diferencia 22. Capacitados en RCP: 21; con una cobertura del 75% y diferencia 7. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 5, con una cobertura del 25% y diferencia 15, con curso de RCP: 15 funcionarios capacitados, con una cobertura del 75% con una diferencia de 5. Presenta tercer documento denominado "Certificado", emitido en Diciembre 2014 que contiene listado de profesionales Ley 19.664. El Prestador declara que se encuentra un Médico Odontólogo de la unidad que realizó curso de IAAS, en el listado del documento, se constata que nombre está incluido en nómina anterior.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 13% de capacitación en IAAS y un 71% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

URG ADULTO-URG PED – URG Gineco- Obstétrica

Descripción de la cobertura y periodicidad:
Urgencia Adulto- Pediátrica: Prestador presenta Memorándum N° 404, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 9; con una cobertura del 10% y diferencia 77. Capacitados en RCP: 26; con una cobertura del 30% y diferencia 60. Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 2, con una cobertura del 3% y diferencia 62, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 64. Prestador presenta un tercer documento MEMO N° 347, emitido en Agosto 03 de 2015, contiene Nómina de Médicos Pediatras y Adultos con información de PALS y ATLS –ACLS vencidos.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 9,5% de capacitación en IAAS y un 16% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Urgencia Gineco- Obstétrica: Prestador presenta Memorándum N° 584, de documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos del I Semestre del año 2015 de los funcionarios de la Ley 18.834, Nómina del total de funcionarios de la unidad con la descripción de nombre del funcionario, cargo, fecha de realización de curso IAAS y RCP: incluye cuadro resumen de total de funcionarios: Capacitados en IAAS: 42; con una cobertura del 70% y diferencia 18. Capacitados en RCP: 34; con una cobertura del 57% y diferencia 26.Presenta segundo documento emitido por la Unidad de Recursos Humanos de los funcionarios de la Ley 19.664, Nómina del personal médico de la Unidad con Curso de IIH: 0, con una cobertura del 0% y diferencia 20, con curso de RCP: 0 funcionarios capacitados, con una cobertura del 0% con una diferencia de 20.
En términos globales, considerando las capacitaciones realizadas a todo el personal de la Unidad desde el año 2012 hasta el I Semestre del 2015, se constata una cobertura de 49% de capacitación en IAAS y un 34% de capacitación en RCP. La periodicidad y cobertura de las capacitaciones realizadas y los registros constatados por la evaluadora, no permiten asegurar que el personal reciba una actualización, al menos, cada 5 años en estos temas. Se da por no cumplido el elemento medible.
Se constata registros de cobertura y periodicidad para el punto de verificación.

Observaciones: Para contrastar los datos consignados en los informes de capacitación, la evaluadora solicita los registros del Sistema Recurso Humano (SIRH), contenidos en el Módulo de capacitación, Ítem Histórico de Capacitaciones del personal , los que son proporcionados por la Dirección del Prestador. Se contrastan distintos datos, al azar, para corroborar la consistencia en los registros.

CARACTERÍSTICA RH 3.1 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	Direc ción	PQ	UPC Ad.	UPC Ped	UPC Neo	Med	Cir. Ad.	Cir. Inf.	Ped	Neo	Obst-gine	APD	APQ	API	Dent al	URG
1° EM	1															
2° EM		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Umbral de la característica: ≥ 50%		Puntaje total: 1/16				Porcentaje obtenido: 6,3%							Cumple: No			

CARACTERÍSTICA RH 4.1 /HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué?
APR: Prestador declara no realizar dichas prestaciones en sus dependencias.

RH 4.1 – Primer elemento medible: Se ha designado responsable institucional del programa de salud laboral.

Dirección o Gerencia			
Documento que designa encargado salud laboral: Resolución Exenta N° 0811			
Fecha elab:28 de Enero 2015	Fecha vigencia: 5 años	Aprobado por: Marcelo Flores Varas, Director (S) Hospital Regional Antofagasta	
Encargado: " Encargado de la Unidad de Prevención de Riesgos y Salud Ambiental"		N° horas asignadas: No	Define funciones: No
Observaciones: La Resolución N° 0811 no incluye información del N° de Horas asignadas para el Encargado de la Unidad de Prevención de Riesgos y Salud Ambiental", ni las funciones explícitas a realizar. El documento no explicita que al profesional se le ha designado como responsable institucional del Programa de Salud Laboral. Se da por no cumplido el elemento medible.			

RH 4.1 – Segundo elemento medible: Se describe en documento de carácter institucional el programa de control de riesgos que contempla acciones relacionadas con:

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento	"Programa de Control de Riesgo a Exposiciones "		
N° Resolución: 4077 Código: PG-USP-03	Versión:03	Fecha Resolución: 13 Marzo 2014 Fecha Documento: Noviembre 2013	
Elaborado por: Michaell Cárdenas G. Prevencionista de Riesgos	Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall Director Hospital Regional Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia:5 años	N° páginas:18	
Contempla (si/No)	Controles de dosimetría en Imagenología, Hemodinamia y RT: Si	Examen de salud en personal que manipula y administra QMT: Si	Exposición a gases en Esterilización y Anatomía Patológica: Si

Breve descripción del contenido del documento:
En el punto 1 se incluye el "Objetivo": "Establecer las medidas preventivas relacionadas con los riesgos ocupacionales a que están expuestos los funcionarios y que pueden generar enfermedades profesionales".
En el punto 2 denominado "Alcance", explicita que el programa se encuentra dirigido a los funcionarios expuestos a los agentes químicos y físicos, del Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta.
En el punto 3 denominado "Responsabilidades", menciona las actividades a realizar por el Prevencionista de Riesgos, como: Identificación de agentes de riesgos en base al D.S. 594 y el Control de los agentes de riesgos.
En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", incluye en el punto 7.1 denominado "Control de Riesgo relacionado con agentes químicos: exposición gases":
-En la Tabla 1: "Agentes químicos con riesgos conocidos utilizados en el establecimiento", según normativa vigente de Óxido de Etileno y Formaldehido.
-En la Tabla 2: "Evaluación de las concentraciones de los agentes químicos presentes en el ambiente laboral", describe que en el caso de Bajo Riesgo, el criterio de evaluación es que no procede la aplicación de medidas de control específicas, correspondiendo una próxima evaluación máximo 3 años para agentes químicos y agentes físicos. En el caso de Mediano Riesgo, el criterio de evaluación es que se entregarán recomendaciones y medidas técnicas y/o ingenieriles de control que sean necesarias de implementar, se elaborará una nómina de los trabajadores para ser ingresados al Programa de Vigilancia Médica de Enfermedades Profesionales (PROVIMED) de carácter preventivo. En caso de Riesgo Alto, el criterio de evaluación es que se entregarán recomendaciones o medidas técnicas y/o ingenieriles de control que sean necesarias de implementar, se elaborará una nómina de los trabajadores para ser ingresados al PROVIMED.
En el punto 7.1.3 incluye que se solicitarán reevaluaciones en caso de cambios en el proceso de utilización del agente, cambios estructurales en el área o del agente y cambios en el equipo de extracción o inyección de aire.

En el punto 7.2 denominado "Control de riesgo relacionado con agentes químicos: exposición a citostáticos", describe que "la evaluación cuantitativa de los citostáticos no se encuentra establecida en el DS N° 594, por lo que el control de exposición a seguir en relación a los agentes citostáticos es el establecido por la Asociación Chilena de Seguridad. Incluye en la Tabla 4 las Unidades en las cuales se manipulan agentes citostáticos de manera regular: Sala de mezcla (Unidad de Farmacia), Oncología Adulto Hospitalizado y Oncología Pediátrica. En el Punto 7.2.1 denominado "Aplicación de Lista de Chequeo de Evaluaciones de Citostáticos", incluye los siguientes aspectos: Condiciones de preparación, Evaluación de equipos de protección personal, Almacenamiento de los citostáticos y Medidas de eliminación. En el punto 7.2.2 denominado "Periodicidad de aplicación de la lista de chequeo", éstas se realizarán una vez al año, extraordinariamente si hay cambios en los procesos o estructurales.

En el punto 7.3 denominado "Control de riesgo relacionado con agentes físicos. Radiaciones ionizantes", describe en la Tabla 5 un Listado de "Unidades con personal expuesto a radiaciones ionizantes y características de la fuente generadora".
En el punto 7.3.1.1 denominado "Vigilancia y control radiológico personal", describe que ésta se llevará a cabo a través de control dosimétrico permanente a todos los funcionarios expuestos de las unidades de la Tabla 5. Los dosímetros serán enviados cada 3 meses a la Comisión Chilena de Energía Nuclear (CCHEN). Los resultados serán enviados a la Oficial de Protección Radiológica y Prevención de Riesgos del Hospital, quien cada 3 meses emitirá un informe con los resultados y novedades al Departamento de Prevención de Riesgos del Hospital. En caso de alerta de dosis significativa en dosímetro la CCHEN emitirá un correo con la información.
En el punto 7.3.1.3 denominado "Pasos a seguir ante una lectura dosimétrica por sobre lo permitido", se indica que se realizará una investigación de las causales de la lectura elevada. Los resultados serán emitidos al Departamento de Dosimetría de la CCHEN con copia al Departamento de Riesgos del Hospital. En caso que la investigación determine que la lectura elevada es producto de fugas, se derivará al funcionario a la ACHS para control y seguimiento médico.

En el punto 7.5 denominado "Programa de vigilancia médica de las exposiciones ocupacionales otorgado por el administrador de salud (ACHS), describe en la Tabla 8, que en caso de agentes químicos como: Óxido de Etileno, Formaldehido y Citostáticos, el examen de pesquisa será control médico según Protocolo ACHS más hemograma c/ Rcto de plaquetas anual, más encuestas de síntomas respiratorios cada 2 años y más hemograma anual, respectivamente. En la Tabla 9 describe el caso de agentes físicos; Radiaciones ionizantes, se vigilará con el examen de pesquisa de Dosimetría y vigilancia trimestral.

RH 4.1 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de acuerdo a lo establecido.

API

Describa la verificación de la ejecución del programa:
Prestador presenta registros de control de dosimetría realizados por la Comisión Chilena de Energía Nuclear bimensual de los funcionarios expuestos de las Unidades de Pabellón Cirugía, Pabellón de Cardiología, Hemodinamia, Policlínico Dental e Imagenología.
Presenta libro de registro "Libreta de Correspondencia" N° 181, contiene la fecha y número de informes de resultados de los Dosímetros, enviados a las unidades donde se encuentran los expuestos.
Presenta un segundo libro "Actas", contiene listado del personal por unidad de expuestos con el número de dosímetro que le corresponde a cada funcionario, describe si es de uso externo o anillo dosimétrico, fecha del recambio y firma.
Se tiene a la vista "Informes dosimétricos" de evaluaciones bimestrales, emitidos el 10 y 20 de Agosto, 9 y 27 de Octubre 2015, con el Nombre del funcionario expuesto, número de Dosímetro, dosis del periodo, de 12 meses acumulados y de 5 años de las Unidades de Pabellón Cirugía, Pabellón de Cardiología, Hemodinamia, Policlínico Dental e Imagenología, en donde se desempeña la Encargada de Protección Radiológica y Ambiental del Hospital. Se constatan resultados de dosimetría sobre los límites de dosis permitidos, prestador presenta documento ORD N° 01894 emitido el 6 de Noviembre 2015, Jefe del Departamento Salud Ocupacional del Hospital informa al Director del Hospital situación de dosis significativas en trabajadores del Hospital, con listado de funcionarios y resultados de dosis del periodo 08/07 a 08/09 2015, solicita realizar las gestiones para determinar las posibles causas. Presenta correo de Ing. en Prevención de Riesgos de la Unidad de Salud del Personal del Hospital a Oficial encargada del Hospital solicitando ingreso de los funcionarios con dosis significativas a la vigilancia médica y generar las órdenes de los exámenes, más correo de reunión con Asociación Chilena de Seguridad y correos de comunicación con CCHEN donde se realiza investigación de las condiciones ambientales, las que declara se mantienen sin cambios.
Presenta "Informe Evaluación alerta dosimétrica significativa Tercer Trimestre 2015 Hospital Regional Antofagasta" con fecha 3 de Diciembre 2015, documento elaborado por Encargada de Protección Radiológica y Ambiental, resume las acciones realizadas post recepción de resultados de dosímetros de las Unidades de Imagenología y Hemodinamia.
Se constata ejecución del programa según lo establecido.

PRO Hemod.

Describa la verificación de la ejecución del programa: Se tiene a la vista "Informes dosimétricos" de evaluaciones bimestrales, emitidos el 10 de Agosto y 27 de Octubre 2015 , que incluyen Nombre del funcionario expuesto, número de Dosímetro, dosis del periodo, de 12 meses acumulada y de 5 años de la Unidad de Hemodinamia. Se encuentran resultados sobre los límites de dosis, prestador presenta documento ORD N° 01894 emitido el 6 de Noviembre 2015, que respalda el proceso de investigación descrito en programa, Jefe del Departamento Salud Ocupacional del Hospital informa al Director del Hospital situación de dosis significativas en trabajadores del Hospital, con listado de funcionarios y resultados de dosis del periodo 08/07 a 08/09 2015, solicita realizar las gestiones para determinar las posibles causas. Presenta correo de Ing. en Prevención de Riesgos de la Unidad de Salud del Personal del Hospital a Oficial encargada del Hospital solicitando ingreso de los funcionarios con dosis significativas a la vigilancia médica y generar las órdenes de los exámenes, más correo de reunión con Asociación Chilena de Seguridad y correos de comunicación con CCHEN donde se realiza investigación de las condiciones ambientales, las que declara se mantienen sin cambios. Presenta un segundo documento emitido el 05 de Agosto 2015 por la Universidad de Tarapacá firmado por Responsable Técnico Proyecto RLA 9075 del Organismo Internacional de Energía Nuclear donde concluye que los niveles de tasa de dosis están todos bajos el límite en la Normativa Chilena.
Prestador presenta "Informe Evaluación alerta dosimétrica significativa Segundo Trimestre 2015 Unidad Hemodinamia Hospital Regional Antofagasta", emitido 3 de Diciembre 2015 , documento elaborado por Encargada de Protección Radiológica y Ambiental , que resume las acciones realizadas post recepción de resultados de dosímetros de las Unidades de Hemodinamia e "Informe Evaluación alerta dosimétrica significativa Tercer Trimestre 2015 Hospital Regional Antofagasta", emitido el 3 de Diciembre 2015 , documento elaborado por Encargada de Protección Radiológica y Ambiental , que resume las acciones realizadas post recepción de resultados de dosímetros de las Unidades de Imagenología y Hemodinamia.
Se constata ejecución del programa según lo establecido.

APF

Describa la verificación de la ejecución del programa:
Prestador presenta documento que respalda la ejecución del control anual en ACHS por medio de documento "Informe de funcionarios con exposición a agentes citostáticos del Hospital Regional Antofagasta controlados por ACHS", emitido en Junio 2015, de la ejecución del control médico al 75% de los expuestos a agentes citostáticos de la medición 2014, refiere que para el 2015 se encuentra en proceso, pendiente un Químico Farmacéutico por acudir al control médico. Se tiene a la vista documento impreso del correo del proceso con fecha 7 Septiembre 2015, emitido por Ing. Prevencionista de Riesgos de la Unidad de Salud del Personal, informa inicio de la vigilancia médica correspondiente al año 2015. Se tiene a la vista segundo documento de correo enviado por Ing. Prevencionista de Riesgos que adjunta planilla emitida por ACHS con listado del personal que ha acudido al control y control de hemograma.
Presenta informe del Control ambiental con fecha 21 de Octubre 2014 confeccionado por Jefe Equipo Cliente, emitido post mejora e implementación de nueva campana de flujo laminar, que se ocupa exclusivamente, para la preparación de las muestras con Formaldehido. Declara que se encuentra pendiente la emisión de Lista de chequeo realizada el 2015 de la evaluación cuantitativa de la Central de mezcla. Informe Técnico 2014 N°201410018937.
Presenta documento emitido el 9 de Diciembre 2014 firmado por Jefe Equipo Cliente que adjunta "Informe Técnico" N° 201412010670, contiene resumen de verificación y control de higiene industrial, Agente Formaldehido y las acciones planificadas con los siguientes resultados: 100% Medidas ingenieriles, 0% medidas administrativas y 0% medidas asociadas a elementos de protección personal, donde concluye que se realizará una nueva evaluación según programación. Presenta documento que respalda evaluación programada, "Informe Técnico N° 7726, Informe de Formaldehido", emitido en Julio 2015, por ACHS, que concluye el uso de un funcionario de farmacia (Auxiliar de Farmacia), de máscara facial desechable en el puesto de trabajo durante la preparación del Formaldehido, presentando valores críticos en la medición de concentraciones, con un nivel de riesgo Crítico. Las recomendaciones indicadas por la ACHS son las siguientes: Proveer al funcionario de equipo de protección respiratoria máscara de medio rostro con cartuchos contra Formaldehido filtro P100. Prestador declara no contar con documentación que respalde la supervisión del uso de protección personal indicada en documento mencionado.
"Informe de funcionarios con exposición a agente Formaldehido del Hospital Regional Antofagasta controlados por ACHS" del

periodo Junio 2014 a Junio de 2015, incluye listado de funcionarios que asistieron a control ACHS, con un % cumplimiento de 0%.
Se constata ejecución incompleta del programa según lo establecido.

APQ Adulto e Infantil.

Describa la verificación de la ejecución del programa:
Prestador presenta documento que respalda la ejecución del control anual en ACHS por medio de documento "Informe de funcionarios con exposición a agente citostáticos del Hospital Regional Antofagasta controlados por ACHS", emitido en Junio 2015 que incluye a los expuestos de Quimioterapia adulto con un resultado de cumplimiento del 50% y Oncología Infantil con un resultado de cumplimiento del 0%.
Presenta segundo documento correo emitido por Ing. Prevencionista de Riesgos del Hospital, "Informe Nómina Expuestos Agentes Químicos"; N° Informe de prevención 201312024557, con planilla de expuestos de la Unidad de Oncología infantil y Quimioterapia que han acudido al control en ACHS.
Se constata ejecución incompleta del programa según lo establecido.

APA

Describa la verificación de la ejecución del programa:
Prestador presenta documento "Informe Técnico" N°201309012818 del 5 de Noviembre 2013, contiene listado de funcionarios expuestos que acudieron a control.
Presenta un segundo documento, "Informe" N°70697 (N° 2000335300) de evaluación ambiental del 8 de agosto 2015, con fecha de emisión por ACHS Septiembre 2015. Confirma periodicidad de las evaluaciones. Se constatan mediciones por debajo de los niveles de exposición, con recomendación de ingreso del personal a vigilancia médica.
Presenta documento, "Informe de funcionarios con exposición a agente Formaldehido del Hospital Regional Antofagasta controlados por ACHS" del periodo Junio 2014 a Junio de 2015; emitido Junio 2015, incluye listado de funcionario que asistieron a control ACHS con un % cumplimiento de 100%.
Se constata ejecución del programa según lo establecido.

APE

Describa la verificación de la ejecución del programa: La responsable de la Central de Esterilización, presenta el Informe Técnico de Óxido de Etileno N°201502015567 de la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) emitido con fecha marzo 2015, en el cual se consigna que las mediciones ambientales realizadas dio como resultado valores que están bajo el Límite Permisible Ponderado (LPP), que establece el Decreto Supremo N°594 del MINSAL. En el Programa de Control de Riesgo a Exposiciones se consigna que la periodicidad de la vigilancia es anual.
Se constata la ejecución del programa, según lo establecido, para el personal expuesto a gas de Óxido de Etileno.

CARACTERÍSTICA RH 4.1 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección	API	APR	PRO Hemod	APF	APQ	APA	APE
1° elemento medible	0							
2° elemento medible		1	N/A	1	1	1	1	1
3° elemento medible		1	N/A	1	0	0	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 10/13			Porcentaje obtenido: 77%			Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA RH 4.2 /HALLAZGOS

RH 4.2 Primer elemento medible: Se describe en documento(s) de carácter institucional el procedimiento establecido para el manejo de accidentes relacionados con: Sangre o fluidos corporales de riesgo; Medicamentos antineoplásicos y Materiales radioactivos.

Dirección o Gerencia										
Nombre del documento 1	"Manejo de exposición Ocupacional a Sangre o Fluidos corporales de riesgo"									
N° Resolución:1238 Código: PO-USP-01	Versión:06						Fecha Resolución:23 Enero 2014 Fecha Documento: Noviembre 2013			
Elaborado por: Ana María Cortés, Enfermera Salud del Personal							Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L, Director Hospital Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia:3 años						N° páginas:10			
Nombre del documento 2	"Procedimiento Manejo de accidentes con Medicamentos Antineoplásicos"									
N° Resolución: 8418 Código: PO-USP-03	Versión:00						Fecha Resolución:27 Mayo 2014 Fecha Documento: Mayo 2014			
Elaborado por: Michael Cárdenas Carvajal Prevencionista de Riesgos							Aprobado por: Dra. Juana Pérez Moraga Director (S) Hospital Regional Antofagasta			
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 5 años						N° páginas: 11			
El (los) documento (s) incluye (n) los siguientes procedimientos:										
1. Sangre o fluidos corporales de riesgo	Si	2. Medicamentos antineoplásicos	Si	3. Materiales radioactivos	N/A					
El (los) documento (s) descrito (s) se constatan en los siguientes puntos de verificación:										
Dirección (1, 2 y 3)	PQ (1)	UPC Ad. (1)	Med. (1 y 2)	Obst-gine (1)	URG (1)	Dental (1)	Toma Muestra (1)	APF (2)	APQ (2)	APR (3)
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	N/A
Registrar los Servicios que componen los distintos puntos de verificación y su cumplimiento										
Observaciones: PQ: Pabellón Central, Pabellón Gineco-obstétrico, Pabellón Cardiovascular. Cumplen. UPC Ad.: Unidad de Paciente Crítico (UPC adulto), Tratamiento Intermedio (TIM), Unidad de Paciente Crítico Coronario (UTI Coronaria). Cumplen.										

Med.: Medicina, Unidad de Atención Progresiva del Paciente (UAPP), Medicina Pensionado. Cumplen.
Obst-gine: Obstetricia y Ginecología.Cumple.
URG: Unidad de emergencia Adulto -Pediátrica y Gineco-obstétrica. Cumplen.
Dental: Servicio Dental. Cumple.
Toma de Muestra: Toma de Muestras de Laboratorio. Cumple.
APF: Farmacia. Cumple.
APQ: Adulto e Infantil. Cumplen.

RH 4.2 – Segundo elemento medible: Existen registros implementados y en uso de los accidentes ocurridos.

Dirección o Gerencia
Sistema de registros: Documento 1: "Notificación de la exposición Ocupacional a Fluidos de Riesgo Biológico" (RG-USP-01-00) Documento 2: "Hoja de Notificación accidentes por contacto con Citostáticos" (RG-USP-03-00)
Breve descripción del contenido del documento/Observaciones: Documento 1 denominado "Notificación de la exposición Ocupacional a Fluidos de Riesgo Biológico" (RG-USP-01-00), en caso de exposición, la siguiente información debe ser completada: I- Datos generales de la unidad y funcionario, II- Datos accidentes: lugar, dispositivo, tipo de accidente, tipo de exposición y fluido, tipo de elemento de protección utilizado al ocurrir la exposición, III- vacunación Hepatitis B, IV- Fuente y V- Clasificación de Riesgo y Responsable de la Notificación, fecha y hora. Documento 2 denominado "Hoja de Notificación accidentes por contacto con Citostáticos" (RG-USP-03-00), contiene los siguientes Ítem para ser completados; I- Individualización de la persona que notifica: Nombre, cargo, firma. II- Individualización del accidente: Servicio y/o Unidad, fecha de ocurrencia, Área específica de ocurrencia y hora. III- Individualización del accidentado: Nombre, Rut, cargo, antigüedad, derivación a ACHS para control médico (SI/NO). IV- Datos del accidente: Tipo de contacto que incluye los siguientes para seleccionar: Exposición indirecta por derrame del citostáticos, Salpicadura de la droga en el rostro u otra parte del cuerpo que se encuentre descubierta, Punción con aguja u otro elemento punzante o cortante contaminado con citostáticos. Contiene sección para la descripción del accidente y medidas de control ante la exposición. Responsable del control de accidente, nombre, cargo y firma.

RH 4.2 – Tercer elemento medible: Existe un análisis global que da cuenta de la evaluación de los accidentes ocurridos y las decisiones adoptadas al respecto.

Dirección o Gerencia		
Nombre del documento del análisis	Informe accidentes corto punzantes Hospital Regional Antofagasta Primer Semestre 2015	
Fecha de elaboración	Julio 2015	
Considera (Si/No)	1. Evaluación de accidentes ocurridos: Si	2. Decisiones adoptadas: Si
Responsable del informe	Unidad de Salud del Personal	
Informe firmado por	Ana María Cortés, Enfermera Salud del Personal	
Breve descripción del contenido del documento: Documento denominado "Informe accidentes corto punzantes Hospital Regional Antofagasta Primer Semestre 2015", con un Objetivo general orientado a "Dar a conocer la accidentabilidad semestral ocurridos en el periodo comprendido entre Enero a Junio del año 2015". Contiene, en el punto 4, denominado "Análisis de Datos generales", el resultado de cumplimiento del Indicador establecido de accidentes notificados y derivación atención médica, con un resultado del 100% de cumplimiento, análisis por meses con una ocurrencia de 15 accidentes el 2015, gráfico comparativo del 2015 con el 2014, análisis de 12 accidentes por exposición percutánea. En el punto 5 denominado "Datos para análisis causalidad", incluye tabla de accidentes por estamentos: con 6 accidentes en Paramédicos, 1 en auxiliar, 3 en Médicos, 5 en Enfermeras y 0 en Matronas, por servicios, con un 20% ocurrido en Pabellón Cirugía. En el punto 6.3 denominado "Causas de los accidentes en base a su fuente", con un 86% accidentes ocurridos en el momento que se manipula el material corto punzante. En el punto 7 denominado "Conclusiones y sugerencias", concluye una disminución de 35 a 15 accidentes cortopunzantes en el primer semestre 2015. En el punto 7.1 denominado "Sugerencias", incluye: Programar capacitaciones priorizando los servicios con mayor número de accidentabilidad, reforzar supervisiones de procedimientos, dirigir las capacitaciones de las normas de precauciones estándar, uso adecuado de las cajas de bioseguridad y continuar con las campañas preventivas dentro del Plan de colaboración con ACHS.		
Nombre del documento del análisis	Análisis de Accidentes por Exposición Directa a Drogas Citostáticas	
Fecha de elaboración	Julio 2015	
Considera (Si/No)	1. Evaluación de accidentes ocurridos: Si	2. Decisiones adoptadas: Si
Responsable del informe	Unidad de Prevención de Riesgos	
Informe firmado por	Ingeniero en Prevención de Riesgos Hospital Regional de Antofagasta	
Breve descripción del contenido del documento: Documento denominado "Análisis de Accidentes por Exposición Directa a Drogas Citostáticas", establece un Objetivo general de "Determinar las causas de los accidentes con exposición a drogas citostáticos durante el primer semestre 2015". En el punto 5 denominado "Desarrollo", incluye la Obtención de los datos de análisis, servicios y/ o unidades a evaluar, como: Sala de mezclas de Farmacia, Quimioterapia adulto, Oncología Pediátrica y Policlínico de curaciones; más, la metodología de análisis. En el punto 6 denominado "Resultados", describe los accidentes ocurridos por unidad, se incluye a: Sala de mezclas de Farmacia , Quimioterapia adulto, Oncología Pediátrica y Policlínico de curaciones (No presenta exposición directa a drogas Citostáticas por accidente). En el punto 7 denominado "Conclusiones y Sugerencias" incluye mantener los procedimientos de trabajos establecidos e informar al Departamento de Prevención de Riesgos sobre los cambios en los procedimientos de trabajo y del cambio de funcionarios ocupacionalmente expuestos.		

RH 4.2 – Cuarto elemento medible: Se constata conocimiento del procedimiento local para el manejo de estos accidentes en el personal entrevistado.

Punto de verificación	N° Entrevistados	N° Respuestas correctas	N° Respuestas incorrectas	% Cumplimiento

PQ	10	27	3	90%
Pabellón Gineco-Obstétrico	11	24	9	72,7%
Pabellón Cardiovascular	5	9	6	60%
UPC Ad.	11	33	0	100%
Tratamiento Intermedio (TIM)	19	54	3	94,7%
Unidad de Paciente Crítico Coronario (UTI Coronaria)	8	24	0	100%
Med.	9	21	6	77,8%
Unidad de Atención Progresiva del Paciente (UAPP)	4	12	0	100%
Medicina Pensionado	6	12	6	66,7%
Obst-gine	9	24	3	88,8%
URG	15	45	0	100%
Dental	10	27	3	90%
Toma de Muestras	6	15	3	83,3%
APF (Farmacia Oncológica)	11	27	6	81,8%
APQ	3	9	0	100%
APR	N/A	N/A	N/A	N/A
Total	**137**	**361**	**48**	**87,8%**
Observaciones: Se realizan 3 preguntas a cada entrevistado.				

CARACTERÍSTICA RH 4.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	Dirección	PQ	UPC Ad.	Med.	Obst-gine	URG	Dental	Toma Muestra	APF	APQ	APR
1° EM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	N/A
2° EM	1										
3° EM	1										
4° EM		1	1	1	1	1	1	1	1	1	N/A
Umbral de la característica: ≥ 75%		Puntaje total: 21/21					Porcentaje obtenido: 100%			Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA RH 4.3 / HALLAZGOS

RH 4.3 – Primer elemento medible: Se describe en un documento el programa de vacunación del personal que incluye al menos vacuna anti hepatitis B.

Dirección o Gerencia				
Nombre del documento	"Programa Vacunación del Personal de Salud"			
Código: PO-USP-02	Versión:03	Fecha Documento: Noviembre 2013	Fecha vigencia:3 años	N° páginas:13
Elaborado por: EU. Ana María Cortés. Enfermera Unidad Salud de Personal - EU. Patricia Cáceres J. Unidad Control IAAS y Epidemiología		Aprobado por: Dr. Juan Mattatall L. Director Hospital Regional Antofagasta		
Considera (Si/No)	1. Vacuna anti hepatitis B: Si	2. Otras vacunas: Si		
Breve descripción del contenido del documento: Documento denominado "Programa Vacunación del Personal de Salud", contiene un Objetivo orientado a "Prevenir a todo funcionario del Hospital Regional de Antofagasta del riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas a través de la inmunización ", con un alcance que aplica a todo funcionario que labore en las Unidades Clínicas, Unidades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico y Unidades de Riesgo. Incorpora al personal de empresas contratistas que laboren en el hospital y alumnos de carrera de salud. Incluye la inmunización del personal con la vacuna Anti hepatitis B y vacuna Anti influenza y vacunas indicadas por el Ministerio de Salud, según exista alerta epidemiológica. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe por cargo, estamento y establecimiento, cuáles serán las responsabilidades de cada uno. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso (actividades)", contiene la descripción de los pasos de la vacunación, la que incluye la solicitud de las vacunas, recepción, almacenamiento, difusión de la campaña de vacunación, administración, eliminación y registros. En el punto 8 denominado "Meta", describe el indicador de cobertura de la vacuna Hepatitis B, el que tendrá un valor óptimo de 85 a 95% de los funcionarios. En el punto 9 denominado "Evaluación", se aplicará de forma anual y con informe final. En el Anexo 1: Flujograma de Vacunación Hepatitis B y Anexo 2: Indicador de Vacunación Hepatitis B.				

RH 4.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con la cobertura del personal de riesgo.

Dirección o Gerencia		
Nombre del indicador	Funcionarios de Atención Clínica vacunados con Vacuna Hepatitis B	
Fórmula matemática	N° de personal clínico vacunados con vacuna Hepatitis B según esquema / N° total de personal clínico x 100	
Umbral de cumplimiento: 85 %		Periodicidad de la evaluación: Anual

RH 4.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

Dirección o Gerencia

Nombre documento	Informe Indicador. Funcionarios clínicos con Vacuna Hepatitis B
Responsable medición	Enfermera Salud Personal
Fuente primaria	Planilla listado de funcionarios con fecha de vacunación de Unidad Salud del Personal
Fuente secundaria	Informes del indicador: Funcionarios clínicos con Vacuna Hepatitis B.
Periodo evaluado	Enero- Diciembre 2014
Metodología de medición	Se revisa los registros de los funcionarios vacunados con ciclo completo, anualmente.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Dirección o Gerencia						
Mes /Año	Enero-Diciembre 2014					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	694 / 763					
% Cumplimiento	94%					

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Dirección o Gerencia						
Describir constatación: Se selecciona, de forma aleatoria las nóminas de unidades clínicas a revisar, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. Se realiza muestreo sistematizado (763/30=25) se selecciona una muestra de 30 registros de la planilla de vacunación. Se revisan las fechas de vacunación con las tres dosis completas, se constata que cumplen los 7 primeros funcionarios según lo establecido en el Programa. Se constata consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N° 2 de 19 agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Enero-Diciembre 2014					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: Programa establece evaluación del cumplimiento de la cobertura de la Vacunación Hepatitis B, de forma anual. No se cuenta con Informe 2015 por encontrarse en curso dicho periodo.						

CARACTERÍSTICA RH 4.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM:1	2° EM: 1	3° EM:1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

AMBITO REGISTROS

CARACTERÍSTICA REG 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

REG 1.1 – Primer elemento medible: Se describe en documento institucional la existencia de Ficha Clínica única individual y su manejo.

Dirección o Gerencia				
Nombre del documento: Procedimiento Manejo de Ficha Clínica				
N° Resolución: 1923 Código: PO-ARC-01	Versión:03		Fecha de la Resolución Exenta : 10/2015 Fecha del Documento : 10/2015	
Elaborado por: Mariela Berrios Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente		Aprobado por: Sr. Juan Urrutia Director del Hospital Regional de Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 10/2020		N° páginas: 23	
Considera: (Si/No)	1. Descripción Ficha Clínica única:	Si	2. Manejo Ficha Clínica única:	Si

Breve descripción de los aspectos relevantes del documento:
En páginas 2 a 4 del documento constan el objetivo del procedimiento, su alcance, las responsabilidades de cada uno de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento y las definiciones de los términos utilizados en el documento.
De las páginas 5 a la 18 consta la descripción del proceso, el que considera los siguientes puntos:

- **Integralidad de la información de la Ficha Clínica**: Se considera la Ficha Clínica, como un documento único, ordenado y completo que reúne en forma clara y concisa toda la información concerniente a la salud de un paciente, su evolución y las atenciones recibidas.
    a) El acceso a la Ficha Clínica es a través de un código único, que es el Número de Ficha Clínica. .
    b) En las Unidades Satélites, se mantiene una carpeta con los registros de las atenciones recibidas en la unidad, registros que son posteriormente son integrados a la Ficha Clínica. El vínculo de estos registros con la Ficha Clínica es a través de un timbre en la carátula de la Ficha Clínica, indicando "Paciente con ficha en UNACESS", "Paciente con Ficha Clínica en Unidad de Diálisis" o "Paciente con Ficha Clínica en Oncología Infantil".
    c) En el área ambulatoria del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) y Dental: se utiliza registros electrónicos, o episodio clínico de la consulta, la que posteriormente se imprime y se adjunta a la Ficha Clínica, al final del día laboral.
- **Apertura Ficha Clínica:** Se crea Ficha Clínica única e individual a todo paciente nuevo, cualquiera sea la especialidad que consulte, ingresando en la Unidad de Archivo los datos al sistema informático, se imprime carátula con la información relevante (Nombre del establecimiento código, membrete, N° de Ficha Clínica, nombre del paciente, fecha de nacimiento, sexo, N° de teléfono, residencia habitual, etc.). Se deja constancia que, en caso de corresponder la Ficha Clínica a un recién nacido que aún no tiene identificación, se procede según los apellidos de los padres, para su regulación posterior. En pacientes NN, se consigna el Dato de Atención de Urgencia, sexo, fecha de ingreso, edad aproximada.

- **Conservación y mantención de la Ficha Clínica Física en Unidad de Archivo:** Es función de la Unidad de Archivo el mantener las carátulas de las Fichas Clínicas en buenas condiciones, mantener el orden en los anaqueles, asegurar la trazabilidad de éstas. En relación a la ficha electrónica, toda la información ingresada al sistema, (CICLOPE) queda almacenada en el servidor principal, el cual cuenta con condiciones de seguridad, que garantiza la confidencialidad y seguridad de los datos.
- **Solicitud Fichas Clínica desde las Unidades Asistenciales:** La solicitud de las Fichas Clínicas se realiza por escrito a través de memo o correo electrónico, dirigido al Jefe de la Unidad de Archivo del Hospital, regulándose formalidades según área que requiera la información (ambulatoria o de atención cerrada u hospitalización). Del área ambulatoria, se realiza de acuerdo al listado de los pacientes citados. Los pacientes que ingresan pos urgencia, esta unidad solicita la Ficha Clínica, directamente a archivos por correo electrónico. La solicitud de fichas para estudio investigación el profesional del equipo de salud la solicita por escrito, previa autorización del director del establecimiento, no se entrega ninguna ficha a familiares o terceros, de acuerdo a lo explicitado en la Ley N° 20.584
- **Retiro y Entrega de Fichas Clínicas desde Archivo:** Se describen las modalidades que se utilizan en el establecimiento para entregar en forma oportuna las Fichas Clínicas a los servicios clínicos, consultorio de especialidades etc.
- **Manejo Ficha Clínica en las Unidades Clínicas:** Una vez recepcionada la Ficha Clínica en la unidad clínica, ésta queda custodiada en el lugar dispuesto por la Unidad. Cuando el paciente es dado de alta, se adjunta a la ficha central, los registros de la hospitalización actual (la que debe contener Hoja de Dato de Urgencia (DAU) u orden de hospitalización, registro de traslado de otros centros de salud si aplica, ingreso médico, evoluciones médicas, interconsultas si aplica, registros médicos quirúrgicos, etc.). Todos los registros deben estar vinculados con el N° de Ficha Clínica del paciente.
- **Procedimiento Recepción de la Ficha Clínica en la Unidad de Archivo:** Se describe el procedimiento, se consigna el responsable de la actividad y los plazos para la devolución de la Ficha Clínica en archivo desde las unidades clínicas.
- **Eliminación de Fichas Clínicas en la Unidad de Archivo:** Se describe el tiempo que debe mantenerse la ficha posterior a la última atención y los procedimientos que deben llevarse a cabo, previo a la eliminación de la Ficha Clínica de acuerdo a la Ley N° 20.584.
- **Archivo pasivo:** En caso de Fichas Clínicas inactivas por más de 5 años y menos de 15 años, posterior a su último registro.
- **Manejo de Registros Clínicos en Unidades Satélites:** Los registros clínicos en las unidades satélites como UNACESS, Diálisis, Oncología Infantil, son enviados a la Unidad de Archivo después de 6 meses del último ingreso de información al registro clínico para ser anexados a la Ficha Clínica central del paciente. En caso de paciente fallecido, los registros deben ser enviados a la Unidad de Archivo para ser anexado a la Ficha Clínica Única en un plazo no mayor a 48 horas.
- **Confidencialidad de la Ficha Clínica:** En cuanto a la responsabilidad respecto de la exactitud y veracidad de los datos contenidos en la Ficha Clínica. El manejo de la confidencialidad se ciñe a lo descrito en la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones de salud, particularmente en el título: "De la reserva de la información contenida en la Ficha Clínica".
- **Entrega de Información Contenida en la Ficha Clínica:** Se señala los casos y los procedimientos a seguir para la entrega de información de contenidos de la Ficha Clínica a terceros.

En página 21 y 22 constan Anexo N°1: "Pauta de supervisión de proceso de mantención y conservación de la Ficha Clínica Física, en Unidad de Archivo". Anexo N° 2: "Indicador de Cumplimiento".
El Prestador presenta versión anterior del documento Protocolo manejo de Ficha Clínica, Versión N° 02 Fecha de Emisión: 05/2013 Fecha de Vigencia: 06/2016.
Se da por Cumplido el Primer Elemento Medible de la Característica REG 1.1

REG 1.1 – Segundo elemento medible: Se constata la existencia de Ficha Clínica Única individual en hospitalización.

General

Metodología de constatación:
El establecimiento cuenta con Ficha Clínica Única Mixta en formato papel y sistema de registro electrónico denominado CICLOPE, el cual almacena información relativa a datos personales de los pacientes, diagnósticos, resultados de exámenes y atenciones realizadas en las unidades de Dental, Consultorio de Especialidades, Unidad de Atención y Control de Salud Sexual (UNACESS) y Diálisis; registros que, posteriormente, son impresos e integrados a la Ficha Clínica Única de papel.
Los atributos para la constatación son:
a) Vinculación de registro papel y registro electrónico mediante N° de Ficha Clínica
b) Presencia del registro del sistema CICLOPE impreso en la Ficha Clínica de papel
c) Presencia de timbre vinculante de las Unidades Satélites en la caratula de la Ficha de papel
d) Presencia del Dato Atención de Urgencia, en los pacientes atendidos en Urgencia.

Constatación:
a) Se realiza una visita a la Unidad de Paciente Crítico Adulto, con el propósito de verificar el acceso a los registros de las prestaciones realizadas al paciente hospitalizado que están en formato digital (CICLOPE). Se solicita al enfermero de la unidad ingrese a los registros, lo cual realiza ingresando al sistema con su perfil y clave personal, el acceso a los datos del paciente lo realiza con el N° de Ficha Clínica de éste. Se realiza la verificación en 6 pacientes hospitalizados, verificándose el cumplimiento de lo descrito en el documento institucional.
b) Se realiza revisión de Fichas Clínicas en formato de papel en los servicios de:
   - Cirugía Adulto; se verifica en 8 pacientes hospitalizados que el número de Ficha Clínica consignado está vinculado con los registros en el sistema informático, en relación a prestaciones anteriores, resultados de exámenes, altas e ingresos.
   - Gíneco-Obstetricia, se verifican 12 fichas de pacientes hospitalizadas que el número de Ficha Clínica consignado está vinculado con los registros en el sistema informático, en relación a prestaciones anteriores, resultados de exámenes, altas e ingresos.
c) Se constata la Vinculación de las fichas de las Unidades de: Dental, Diálisis, Unidad de Atención y Control de Salud Sexual, (UNACESS); tomando al azar 4 registros de pacientes del sistema CICLOPE en cada una de las unidades antes mencionadas, de los cuales se solicita la Ficha Clínica a la unidad de archivo, constatándose la existencia del registro impreso de las atenciones tenidas a la vista en el sistema CICLOPE y el timbre vinculante en la carátula, de acuerdo a lo establecido en el procedimiento institucional.

d) Se solicita la nómina de pacientes atendidos en las unidades de: Dental, Unidad de Diálisis, Unidad de Atención y Control de Salud Sexual, (UNACESS) y Unidad de Oncología Pediátrica, durante el periodo evaluado y se toma muestra randomizada de 30 Fichas Clínicas, de todas las unidades mencionadas; con el propósito de constatar la vinculación de estas a la Ficha Clínica Única, mediante la presencia del timbre correspondiente en la carátula de cada ficha.

e) Se solicita la nómina de los pacientes atendidos en la unidad de Urgencia, durante el periodo evaluado y se toma una muestra randomizada de 30 fichas clínicas; con el propósito de constatar la presencia del Dato de Atención de Urgencia en la ficha clínica.

La evaluadora se forma la convicción de la existencia de Ficha Clínica Única e Individual en el Hospital Regional de Antofagasta.
Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2" de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

N° fichas revisadas: 30	N° fichas que cumplen: 30	N° fichas no cumplen: 0
Observaciones:		

CARACTERÍSTICA REG 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	1° EM (Dirección):1		2° EM (General): 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA REG 1.2 / HALLAZGOS

REG 1.2 – Primer elemento medible: Se describen en documento de carácter institucional las características de los registros clínicos que contempla: Responsables del llenado y contenidos mínimos a llenar por cada registro.

Dirección o Gerencia								
Nombre del documento: Procedimiento Manejo de Registros Clínicos								
N° Resolución:5902 Código: PO-SDM-03		Versión: 02				Fecha: 14/04/2014 Fecha: 04/2014		
Elaborado por: Dra. Alejandra Muñoz Encargada Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente				Aprobado por: Dr. Juan Mattatal Director del Hospital Regional de Antofagasta				
Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 04/2019				N° páginas: 15		
El documento contempla:								
1. Responsable del llenado	Si	2. Contenidos mínimos a llenar x cada registro	Si	3. Legibilidad	Si			
El documento debe incluir al menos los registros de:								
1. Ingreso médico	Si	2. Protocolo operatorio	Si	3. Protocolo anestesia	Si			
4. Evolución diaria paciente hospitalizado	Si	5. Epicrisis	Si	6. Registro consultas profesionales ambulatorias	Si			
Interconsultas	Si	Atención de Urgencia	Si	Hoja de atención de enfermería:	Si			
Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación:								
Dirección	PQ	UPC Ad.	Med.	Cir. Ad.	Pediatría	Obst-gine	Cons. Amb.	URG
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los servicios que componen los distintos puntos de verificación y su cumplimiento:
Los Servicios que componen los puntos de verificación son:
- Dirección del establecimiento,
- Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ
- Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Paciente Crítico Adulto Coronario, Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, para punto de verificación UPC Ad.
- Servicio de Medicina, Pensionado de Médico-Quirúrgico y Unidad de Atención Progresiva del Paciente, para punto de verificación Med.
- Servicio Cirugía, Bloque Quirúrgico y de Especialidades, para punto de verificación Cir Ad.
- Pediatría,
- Obstetricia y Ginecología,
- Consultas Ambulatorias,
- Emergencia Adulto y Pediátrica y Emergencia Gíneco-Obstétrica.

Cumplimiento: Se constata la presencia del documento en todos los puntos de verificación antes señalados. Se da por cumplido el Primer Elemento Cumplido de la Característica REG 1.2

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, en páginas 2 y 3, constan el objetivo del procedimiento, su alcance el que especifica que el documento aplica a los registros clínicos derivados de la atención de salud realizadas en las Unidades Clínicas del establecimiento y que incluyen los siguientes registros: Protocolo Operatorio; Protocolo de Anestesia; Evolución Diaria de Paciente Hospitalizado; Epicrisis; Registro de Consultas Profesionales Ambulatorias; Interconsultas; Atención de Urgencia y Hoja de Atención de Enfermería. Además, constan los responsables de su aplicación, en este punto se señala que cada miembro del equipo multidisciplinario de salud es responsable de realizar un registro completo y legible de la atención de salud otorgada por el y las definiciones de los términos utilizados en el documento.
De página 4 a 8 se consigna la descripción del procedimiento. Se precisan los requisitos generales de los registros clínicos (Completitud, legibilidad; los registros solo podrán ser realizados por Prestadores individuales certificados por la Superintendencia de Salud, Verificación de datos del paciente); los registros son los siguientes:
Ingreso Médico : El responsable de este registro es el médico que realiza el ingreso del paciente y los contenidos mínimos son:
- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha de ingreso
- Anamnesis

- Examen físico general
- Hipótesis Diagnóstica
- Plan de atención y/o tratamiento
- Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico que realiza el ingreso.

Protocolo Operatorio: El responsable de este registro es el médico cirujano que realiza la intervención y los contenidos mínimos son:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha de la intervención
- Diagnóstico pre operatorio
- Diagnóstico post operatorio
- Descripción de la intervención quirúrgica
- Equipo de salud que participó en la intervención, al menos cirujano y anestesista (Nombre, apellido y/o firma y/o timbre)

Protocolo de Anestesia: El responsable de este registro es el médico anestesiólogo y los contenidos mínimos son:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha
- Diagnóstico quirúrgico
- Técnica anestésica
- Fármacos y agentes anestésicos y tipo de fluidos y volúmenes administrados
- Volumen de egresos de fluidos corporales
- Control de parámetros vitales
- Indicaciones para el post operatorio inmediato
- Evaluación del Dolor
- Nombre y apellidos del auxiliar de anestesia
- Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del Médico Anestesiólogo

Evolución Diaria de Paciente Hospitalizado: El responsable de este registro es el médico u profesionales no médicos, y los contenidos mínimos son:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos)
- Fecha
- Observaciones clínicas
- Indicaciones
- Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del Médico que realiza la evolución

Epicrisis: El responsable de este registro es el Médico tratante o el médico de la sala de hospitalización, que realiza el alta del paciente y los contenidos mínimos son:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y RUT)
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Diagnóstico de ingreso
- Resumen de la evolución clínica que incluyan los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos realizados
- Diagnóstico de Egreso
- Indicaciones
- Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del Médico que da el alta

Registro de Consultas Profesionales Ambulatorias: El responsable de este registro es el Médico que otorga la atención y los contenidos mínimos son:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y RUT)
- Fecha
- Anamnesis abreviada
- Examen físico acotado a la patología que genera la consulta
- Indicaciones
- Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del Médico que otorga la atención.

Interconsulta: El responsable de este registro es el Médico que solicita la interconsulta y el Médico que responde a la solicitud de interconsulta y los contenidos mínimos son:

- Solicitud de la Interconsulta
- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y edad)
- Información clínica que motiva la interconsulta de especialidad
- Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del Médico que solicita la interconsulta
- Respuesta a la interconsulta debe contener el resumen del análisis clínico e indicaciones
- Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del Médico que responde la interconsulta

Dato de Atención de Urgencia: Responsables de este registro son Médico, Matrona, Administrativo de Admisión de Urgencia, Enfermera Categorizadora de pacientes y los contenidos mínimos son:

- N° de Dato de Atención de Urgencia
- Fecha de atención (Día, Mes, Año)
- Hora de Admisión
- Categorización del usuario
- Hora de atención del usuario
- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y edad Rut)
- Motivo de la consulta
- Diagnóstico presuntivo
- Signos Vitales
- Exámenes solicitados
- Tratamiento e indicaciones
- Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del profesional responsable médico o matrona

Hoja de Atención de Enfermería: Responsables de este registro son la Enfermera y Técnico Paramédico y los contenidos

mínimos son:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y edad Rut)
- Fecha
- Categorización
- Registro de actividades diarias de enfermería
- Registro de elementos invasivos
- Nombre, apellido y/o firma y/o timbre de Enfermera y Técnico Paramédico responsable.

En páginas 10 a la 15 figuran los indicadores y las pautas de cotejo para la evaluación de los diferentes registros:
Anexo N° 1" Pauta de Supervisión del Proceso de Mantención y Conservación de la Ficha Clínica Física en la Unidad de Archivo"
Anexo N° 2 Indicador "Cumplimiento de Contenidos Mínimos de Epicrisis";
Anexo N°4: "Pauta de Supervisión Registros Clínicos Ingreso Médico";
Anexo N°5: "Pauta de Supervisión Registros Clínicos Protocolo Operatorio";
Anexo N° 6: "Pauta de Supervisión Registro Clínico Dato Atención de Urgencia";
Anexo N°7: "Pauta de Supervisión Registros Clínicos Epicrisis";
Anexo N° 8: "Pauta de Supervisión Registro Clínico Consulta Profesional Ambulatoria"
Constatando los registros contenidos en el documento, se da por Cumplido el Primer Elemento Medible de la Característica REG 1.2.

REG 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

PQ: Pabellón Central	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Protocolo Operatorio.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos protocolo operatorio que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos protocolo operatorio evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ: Pabellón Maternidad	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Protocolo Operatorio.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos protocolo operatorio que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos protocolo operatorio evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ: Pabellón Cardiovascular	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Protocolo Operatorio
Fórmula matemática	N° de registros clínicos protocolo operatorio que cumple con la totalidad de los datos mínimos/N° (de total de registros clínicos protocolo operatorio evaluados)*100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad.: UCI Adulto	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Ingreso Médico.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos ingreso médico que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos ingreso médico evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad.: UCI Coronaria.	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Ingreso Médico.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos ingreso médico que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos ingreso médico evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ad.: UTI MQ.	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Ingreso Médico.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos ingreso médico que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos ingreso médico evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med.: Servicio Medicina	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Epicrisis.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos epicrisis que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos epicrisis evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med.: Unidad Atención Progresiva del Paciente.	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Epicrisis.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos epicrisis que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos epicrisis evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med.: Pensionado Médico Quirúrgico	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos:

	Epicrisis.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos epicrisis que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos epicrisis evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Cir. Ad.: Servicio Cirugía	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Epicrisis.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos epicrisis que cumple con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos epicrisis evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Cir. Ad.: Bloque Quirúrgico de Especialidades	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Epicrisis.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos epicrisis que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos epicrisis evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Pediatría	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Epicrisis.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos epicrisis que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos epicrisis evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Obst-gine	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Epicrisis.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos epicrisis que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos epicrisis evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Consultas Ambulatorias	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Consulta Profesional Ambulatoria.
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos Atención Ambulatoria que cumplen con la totalidad de los datos mínimos según procedimiento/N° total de registros clínico Atención Ambulatoria evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
URG: Emergencia Adulto-Pediátrica	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Dato Atención de Urgencia (DAU).
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos DAU que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos DAU evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
URG: Emergencia Gíneco-Obstétrica	
Nombre del indicador	Porcentaje de registros clínicos derivados de la atención de salud que se constatan datos mínimos: Dato Atención de Urgencia (DAU).
Fórmula matemática	(N° de registros clínicos que cumplen con la totalidad de los datos mínimos/N° de total de registros clínicos epicrisis evaluados) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

REG 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

PQ: Pabellón Central	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Protocolo Operatorio
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Evaluación, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad, envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. El Servicio de Pabellón Central, aplica una pauta diaria de Lunes a Domingo, (30 pautas /mes), seleccionando aleatoriamente una cirugía. • Nombre/ apellido paciente • Fecha operatoria • Diagnóstico pre operatorio • Diagnóstico post operatorio • Descripción de la Intervención • Equipo de salud que participó en la intervención (al menos cirujano y anestesiólogo) • Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del 1er cirujano • Legibilidad • Cumplimiento Se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados

PQ: Pabellón Cardiovascular	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador Protocolo Operatorio
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Protocolo Operatorio
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Evaluación, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad, envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. El Servicio de Pabellón Cardiovascular, aplica una pauta diaria de Lunes a Domingo, (30 pautas /mes), seleccionando aleatoriamente una cirugía. Nombre/ apellido paciente • Fecha operatoria • Diagnóstico pre operatorio • Diagnóstico post operatorio • Descripción de la Intervención • Equipo de salud que participo en la intervención(al menos cirujano y anestesiólogo) • Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del 1er cirujano • Legibilidad • Cumplimiento Se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados
PQ: Pabellón Maternidad	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador Protocolo Operatorio
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Protocolo Operatorio
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Evaluación, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad, envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. El Servicio de Pabellón de Ginecología y Obstetricia, aplica una pauta diaria de Lunes a Domingo, (30 pautas /mes), seleccionando aleatoriamente una cirugía. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Nombre/ apellido paciente • Fecha operatoria • Diagnóstico pre operatorio • Diagnóstico post operatorio • Descripción de la Intervención • Equipo de salud que participo en la intervención(al menos cirujano y anestesiólogo) • Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del 1er cirujano • Legibilidad • Cumplimiento Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador
UPC Ad.: UCI Adulto	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador Ingreso Médico
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Ingreso Médico
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Evaluación, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad, envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. La Unidad de Paciente Crítico Adulto, aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Fecha • Nombre/ apellido paciente • Edad • Anamnesis • Examen físico general • Hipótesis diagnóstica • Plan de estudio y/o tratamiento • Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados

UPC Ad.: UCI Coronaria	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador Ingreso Médico
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Ingreso Médico
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Evaluación, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad, envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. La Unidad Coronaria, aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Fecha • Nombre/ apellido paciente • Edad • Anamnesis • Examen físico general • Hipótesis diagnóstica • Plan de estudio y/o tratamiento • Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados
UPC Ad.: UTI MQ	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador Ingreso Médico
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Ingreso Médico
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Evaluación, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad, envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. La Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgica aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Fecha • Nombre/ apellido paciente • Edad • Anamnesis • Examen físico general • Hipótesis diagnóstica • Plan de estudio y/o tratamiento • Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador
Med.: Servicio Medicina	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador Epicrisis
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Epicrisis
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Evaluación, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad, envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución, el Servicio de Medicina aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza el número de ficha a la cual se le aplicará la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Nombre/ apellido paciente • Rut • Fecha de ingreso • Fecha de alta • Diagnóstico (s) de ingreso • Diagnóstico (s) de egreso • Resumen de evolución clínica • Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos • Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad

	• Cumplimiento Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador
Med: Unidad Atención Progresiva del Paciente	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador Epicrisis
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Epicrisis
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución, se aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Nombre/ apellido paciente • Rut • Fecha de ingreso • Fecha de alta • Diagnóstico (s) de ingreso • Diagnóstico (s) de egreso • Resumen de evolución clínica • Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos • Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados
Med: Pensionado Médico Quirúrgico	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Epicrisis
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. Se aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Nombre/ apellido paciente • Rut • Fecha de ingreso • Fecha de alta • Diagnóstico (s) de ingreso • Diagnóstico (s) de egreso • Resumen de evolución clínica • Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos • Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados
Cir Ad: Servicio Cirugía	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Epicrisis
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. Se aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Nombre/ apellido paciente • Rut • Fecha de ingreso

	• Fecha de alta • Diagnóstico (s) de ingreso • Diagnóstico (s) de egreso • Resumen de evolución clínica • Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos • Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados
Cir Ad: Bloque Quirúrgico de Especialidades	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Epicrisis
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. Se aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Nombre/ apellido paciente • Rut • Fecha de ingreso • Fecha de alta • Diagnóstico (s) de ingreso • Diagnóstico (s) de egreso • Resumen de evolución clínica • Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos • Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados
PED	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Epicrisis
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. Se aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión, Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Nombre/ apellido paciente • Rut • Fecha de ingreso • Fecha de alta • Diagnóstico (s) de ingreso • Diagnóstico (s) de egreso • Resumen de evolución clínica • Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos • Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados
Obst-gine	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Epicrisis
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad envía un calendario con

	los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. Se aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual se randomiza en el número de cama del paciente al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión, Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Nombre/ apellido paciente • Rut • Fecha de ingreso • Fecha de alta • Diagnóstico (s) de ingreso • Diagnóstico (s) de egreso • Resumen de evolución clínica • Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos • Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados
Consultas Ambulatorias: CAE	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador Consulta Profesional Ambulatoria
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Consulta Profesional Ambulatoria
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución. Cada enfermera a cargo de los Policlínicos del CAE (Policlínico Adulto, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, y Dermatología) aplica 4 pautas mensuales para lo cual se randomizan, las fichas de los pacientes atendidos en el policlínico el día asignado, a la cuales se le aplica la Pauta de Supervisión. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Nombre/ apellidos paciente • Rut • Anamnesis • Examen físico relacionado a la patología de consulta • Indicaciones • Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados
URG: Emergencia Adulto-Pediátrica	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador Dato Atención de Urgencia (DAU)
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Dato Atención de Urgencia (DAU)
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad, envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución, se randomizan los Datos de Atención de Urgencia (DAU), a los cuales se le aplica la Pauta de Supervisión, el día asignado en el calendario de Lunes a viernes. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • N° de DAU • Fecha de atención: día, mes, año • Hora de admisión • Categorización del usuario • Hora de atención del usuario • RUT • Nombre/ apellido paciente • Edad • Motivo de la consulta • Diagnóstico presuntivo • Control signos vitales • Exámenes solicitados • Tratamiento e indicaciones • Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad

	• Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados
URG: Emergencia Gíneco-Obstétrica	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador
Responsable medición	Supervisores y/o jefes de unidades asistenciales
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Dato Atención de Urgencia (DAU)
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad, envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas con criterio de sustitución, se randomizan los Datos de Atención de Urgencia (DAU), a los cuales se le aplica la Pauta de Supervisión el día asignado en el calendario de Lunes a viernes. Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • N° de DAU • Fecha de atención: día, mes, año • Hora de admisión • Categorización del usuario • Hora de atención del usuario • RUT • Nombre/ apellido paciente • Edad • Motivo de la consulta • Diagnóstico presuntivo • Control signos vitales • Exámenes solicitados • Tratamiento e indicaciones • Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico • Legibilidad • Cumplimiento En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, Rut del paciente y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Central

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	29	28	30	30	29	28
N° Total Pautas	30	30	30	30	30	30
% Cumplimiento	96,6%	93,3%	100%	100%	96,6%	93,3%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Central

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestadory los registros de las "Pautas de Supervisión Protocolo Operatorio". El resultado reportado del trimestre es de 97%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 90 pautas del periodo seleccionado del. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Cardiovascular

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Cardiovascular

Describir constatación:
Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestadory los registros de las "Pautas de Supervisión Protocolo Operatorio". El resultado reportado del trimestre es de 100%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del

total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Agosto, Septiembre Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Maternidad

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Maternidad

Describir constatación**:** Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Protocolo Operatorio". El resultado reportado del trimestre es de 100%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UCI Adulto

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	24	22	26	26	22	19
N° Total Pautas	26	27	27	28	23	25
% Cumplimiento	92%	81%	97%	95%	96%	76%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UCI Adulto

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestadory los registros de las "Pautas de Supervisión Ingreso Médico" El resultado reportado del trimestre es de 90%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 80 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio y Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UCI Coronaria

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	25	22	20	19	32	21
N° Total Pautas	27	24	20	20	32	23
% Cumplimiento	92,5%	91,6%	100%	95%	100%	91%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UCI Coronaria

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestadory los registros de las

"Pautas de Supervisión Ingreso Médico". El resultado reportado del trimestre es de 96%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 75 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Agosto, Septiembre Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UTI MQ

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	18	19	18	17	20	17
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	90%	95%	90%	85%	100%	85%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UTI MQ

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Ingreso Médico". El resultado reportado del trimestre es de 92%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras una de ellas no cumple por lo que se revisan las 30 pautas cumplen 28/30. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	28					
N° Total Pautas	30					
% Cumplimiento	93%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en Med: Servicio Medicina

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	19	20	18	19	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	95%	100%	90%	95%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: Servicio Medicina

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Epicrisis". El resultado reportado del trimestre es de 98,3%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en Med: Unidad Atención Progresiva del Paciente

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	6	6	6	5	3	5
N° Total Pautas	6	6	7	5	3	6
% Cumplimiento	100%	100%	85,7%	100%	100%	83,3%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: Unidad Atención Progresiva del Paciente

Describir constatación: Se considera el universo de las pautas aplicadas (33), a objeto de constatar la consistencia entre el

resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Epicrisis". El resultado reportado del semestre es de 94%. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible.

Mes /Año	Mayo a octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	31					
N° Total Pautas	33					
% Cumplimiento	94%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med: Pensionado Médico-Quirúrgico

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	18	13	10	4	4
N° Total Pautas	20	18	13	10	4	4
% Cumplimiento	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: Pensionado Médico-Quirúrgico

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Epicrisis". El resultado reportado del trimestre es de 100%. Se constata el total de 18 pautas del periodo seleccionado. Dado que existe consistencia entre el resultado informado por el Prestador y los registros, se da por cumplido el hecho medible.

Mes /Año	Agosto a Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	18					
N° Total Pautas	18					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en Cir Ad: Servicio Cirugía

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	7	17	7	10	15	18
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	35%	85%	35%	50%	75%	90%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Cir Ad: Servicio Cirugía

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestadory los registros de las "Pautas de Supervisión Epicrisis". El resultado reportado del trimestre es de 72%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras, dado que una de ellas no cumple, se revisan las 30. Cumplen 21 /30. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Agosto, Septiembre Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	21					
N° Total Pautas	30					
% Cumplimiento	70%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en Cir Ad: Bloque Quirúrgico de Especialidades

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	19	20	18	19	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	95%	100%	90%	95%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Cir Ad: Bloque Quirúrgico de Especialidades

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Epicrisis". El resultado reportado del trimestre es de 95%". Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre

el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Agosto, a Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en Ped

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	16	16	16	19	19
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	80%	80%	80%	95%	95%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Ped

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestadory los registros de las "Pautas de Supervisión Epicrisis". El resultado reportado del trimestre es de 87%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio y Julio					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Gine -Obst

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	16	19	17	18	20	18
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	80%	95%	85%	90%	100%	90%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Gine -Obst

Describir constatación Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Epicrisis". El resultado reportado del trimestre es de 87%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras, dado que una de ellas no cumple se revisan las 30. Cumplen 27 /30. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio y Julio					
N° Pautas cumplidas /	27					
N° Total Pautas	30					
% Cumplimiento	90%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en Consultas Ambulatorias

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	19	19	19	20	18	19
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	95%	95%	95%	100%	90%	95%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Consultas Ambulatorias

Describir constatación Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Epicrisis". El resultado reportado del trimestre es de 95%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de

acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Agosto Septiembre Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en URG: Emergencia Adulto-Pediátrica

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	8	10	8	11	13	11
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	40%	50%	40%	55%	65%	55%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG: Emergencia Adulto-Pediátrica

Describir constatación Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Dato Atención de Urgencia". El resultado reportado del trimestre es de 58,%, Se toma una muestra aleatoria de 40 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que una de ellas no cumple, se revisan las 40 pautas. Cumplen 23/40. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.

Mes /Año	Agosto, Septiembre Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	23					
N° Total Pautas	40					
% Cumplimiento	57%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

Resultados entregados por el Prestadorpara el periodo evaluado (6m) en URG: Emergencia Gíneco-Obst

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	16	19	17	18	20	18
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	80%	95%	85%	90%	100%	90%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG: Emergencia Gíneco-Obst

Describir constatación Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Dato de Atención de Urgencia". El resultado reportado del trimestre es de 93%. Se toma una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 60 pautas del periodo seleccionado. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Agosto Septiembre Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que el Prestador tiene las mediciones mensuales y debido a las pocas Pautas de Supervisión aplicadas algunos meses, se evalúan tres meses calendario, del periodo retrospectivo.

REG 1.2 – Cuarto elemento medible: Se constata legibilidad y contenidos mínimos de protocolos operatorios y epicrisis

PQ: Pabellón Central

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Protocolo Operatorio se realiza, mediante la revisión de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación Post Operatoria y al Servicio de Cirugía Adulto. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente

de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores correspondientes al periodo evaluado constatando en la Ficha Clínica:

- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional

Se revisan 8 Fichas Clínicas en Recuperación y en 10 Fichas Clínicas en el Servicio de Médico Quirúrgico para punto de verificación cirugía adulto, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en las fichas de los 18 pacientes.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual, mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de Cirugías Mayores informadas por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario de Protocolo Operatorio y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha y hora de la intervención
- Diagnóstico pre operatorio
- Diagnóstico post operatorio
- Descripción de la intervención quirúrgica
- Equipo de salud que participó en la intervención, al menos cirujano y anestesista (Nombre, apellido y/o firma y/o timbre)

c) La constatación del uso de la Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra de Fichas Clínicas seleccionadas al azar, de pacientes sometidos a cirugías mayores, seleccionadas del periodo evaluado verificando :

- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

d) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínica de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual, mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total Cirugías Mayores informadas por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario de Protocolo Operatorio y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:

- Nombre/ apellido paciente
- Rut
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Diagnóstico (s) de ingreso-
- Diagnóstico (s) de egreso
- Resumen de evolución clínica
- Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
- Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

Revisados los formularios de Protocolo Operatorio y de Epicrisis; como también, los aspectos del uso de éstos, en ambas muestras de Fichas Clínicas seleccionadas; se constata el cumplimiento de los procedimientos institucionales. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	30	N° protocolos que no cumplen	0
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	28	N° epicrisis que no cumplen	2
Atributo de contenidos mínimos					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	30	N° protocolos que no cumplen	0
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	25	N° epicrisis que no cumplen	5

PQ: Pabellón Cardiovascular

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Protocolo Operatorio se realiza, mediante la revisión de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación Post Operatoria del pabellón cardiovascular. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores de la especialidad, correspondientes al periodo evaluado constatando:

- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional

Se revisa 1 Ficha Clínica en Recuperación del Pabellón de Cardiovascular, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de Cirugías de la especialidad, informadas por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha y hora de la intervención
- Diagnóstico pre operatorio
- Diagnóstico post operatorio
- Descripción de la intervención quirúrgica

- Equipo de salud que participó en la intervención, al menos cirujano y anestesista (Nombre, apellido y/o firma y/o timbre)

c) La constatación del uso de la Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra de Fichas Clínicas seleccionadas al azar, de pacientes sometidos a cirugías cardiovasculares, del periodo evaluado constatando:
- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el Documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

d) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de las Cirugías de la especialidad informadas por el Prestador para el periodo evaluado Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:

- Nombre/ apellido paciente
- Rut
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Diagnóstico (s) de ingreso
- Diagnóstico (s) de egreso
- Resumen de evolución clínica
- Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
- Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico

Revisados los formularios de Protocolo Operatorio y de Epicrisis; como también, los aspectos del uso de éstos, en ambas muestras de Fichas Clínicas seleccionadas; se constata el cumplimiento de los procedimientos institucionales. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	30	N° protocolos que no cumplen	0
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	29	N° epicrisis que no cumplen	1
Atributo de contenidos mínimos					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	29	N° protocolos que no cumplen	1
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	27	N° epicrisis que no cumplen	3

PQ: PabellónGíneco-Obst

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Protocolo Operatorio se realiza, mediante la revisión de Fichas Clínica de pacientes sometidos a cirugías mayores hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación Post Operatoria y al Servicio de Gíneco Obstetricia. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores correspondientes al periodo evaluado constatando en la Ficha Clínica:
- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional

Se revisan 4 Fichas Clínicas en Recuperación del Pabellón de Ginecología y Obstetricia, y en 10 Fichas Clínicas en el servicio de Ginecología y obstetricia, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en las fichas de las 14 pacientes constatando el cumplimiento del procedimiento institucional.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de las Cirugías de la especialidad informadas por el Prestadorpara el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario de Protocolo Operatorio y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:
- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha y hora de la intervención
- Diagnóstico pre operatorio
- Diagnóstico post operatorio
- Descripción de la intervención quirúrgica
- Equipo de salud que participó en la intervención, al menos cirujano y anestesista (Nombre, apellido y/o firma y/o timbre)

c) La constatación del uso de la Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra Fichas Clínica seleccionadas al azar, de pacientes sometidas a cirugías de Gíneco Obstetricia, seleccionadas del periodo evaluado verificando la Legibilidad del documento y la presencia de los contenidos mínimos :
- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

d) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de las Cirugías de la especialidad informadas por el Prestador para el periodo evaluado Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:
- Nombre/ apellido paciente
- Rut
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta

- Diagnóstico (s) de ingreso-
- Diagnóstico (s) de egreso
- Resumen de evolución clínica
- Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
- Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

Revisados los formularios de Protocolo Operatorio y de Epicrisis; como también, los aspectos del uso de éstos, en ambas muestras de Fichas Clínicas seleccionadas; se constata el cumplimiento de los procedimientos institucionales. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	30	N° protocolos que no cumplen	0
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	28	N° epicrisis que no cumplen	2
Atributo de contenidos mínimos					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	29	N° protocolos que no cumplen	1
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	25	N° epicrisis que no cumplen	5

UPC Ad.: UCI Adulto

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso de la Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra Fichas Clínica seleccionadas al azar, de pacientes egresados de la Unidad de Paciente Crítico Adulto, seleccionadas del periodo evaluado constatando:
   - Presencia del documento en la Ficha Clínica
   - Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados de la Unidad de Paciente Crítico Adulto, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de los pacientes egresados y declarados por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos
   - Nombre/ apellido paciente
   - Rut
   - Fecha de ingreso
   - Fecha de alta
   - Diagnóstico (s) de ingreso
   - Diagnóstico (s) de egreso
   - Resumen de evolución clínica
   - Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
   - Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

   Revisados los Formularios de Epicrisis y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados en las 30 Fichas Clínicas seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	26	N° epicrisis que no cumplen	4
Atributo de contenidos mínimos					
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	28	N° epicrisis que no cumplen	2

UPC Ad.: UCI Coronaria

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Formulario Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra Fichas Clínicas, seleccionadas al azar del periodo evaluado constatando:
   - Presencia del documento en la Ficha Clínica
   - Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados de la Unidad Coronaria, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de los pacientes egresados y declarados por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos
   - Nombre/ apellido paciente
   - Rut
   - Fecha de ingreso
   - Fecha de alta
   - Diagnóstico (s) de ingreso
   - Diagnóstico (s) de egreso
   - Resumen de evolución clínica
   - Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
   - Nombre, apellido y/o firma y/o timbre del médico

   Revisados los Formularios de Epicrisis y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados en las 30 Fichas Clínica

seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	28	N° epicrisis que no cumplen	2
Atributo de contenidos mínimos					
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	29	N° epicrisis que no cumplen	1

UPC Ad.: UTIMQ

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Protocolo Operatorio se realiza, mediante la revisión de Fichas Clínica de pacientes sometidos a cirugías mayores hospitalizados al momento de la visita de acreditación en la Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores y egresados de la Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, correspondientes al periodo evaluado, constatando en la Ficha Clínica:
- Presencia del documento
- Si el documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional

Se revisan 3 Fichas Clínicas la Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en las fichas de los 3 pacientes constatando el cumplimiento del procedimiento institucional.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados de la Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de pacientes informadas por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario de Protocolo Operatorio y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:
- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha y hora de la intervención
- Diagnóstico pre operatorio
- Diagnóstico post operatorio
- Descripción de la intervención quirúrgica
- Equipo de salud que participó en la intervención, al menos cirujano y anestesista (Nombre, apellido y/o firma y/o timbre)

c) La constatación del uso del Formulario Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra Fichas Clínica seleccionadas al azar, de pacientes egresados de la Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, del periodo evaluado constatando:
- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

d) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados de la Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de los pacientes informados por el Prestador para el periodo evaluado Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario de Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:

- Nombre/ apellido paciente
- Rut
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Diagnóstico (s) de ingreso
- Diagnóstico (s) de egreso
- Resumen de evolución clínica
- Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
- Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

Revisados los formularios de Protocolo Operatorio y de Epicrisis; como también, los aspectos del uso de éstos, en ambas muestras de Fichas Clínicas seleccionadas; se constata el cumplimiento de los procedimientos institucionales. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	30	N° protocolos que no cumplen	0
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	26	N° epicrisis que no cumplen	4
Atributo de contenidos mínimos					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	28	N° protocolos que no cumplen	2
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	26	N° epicrisis que no cumplen	4

Med: Servicio Medicina

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Formulario Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra Fichas Clínicas,

seleccionadas al azar de pacientes egresados del Servicio de Medicina, del periodo evaluado constatando:

- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados del Servicio de Medicina, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de los pacientes egresados declarados por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínica la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos

- Nombre/ apellido paciente
- Rut
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Diagnóstico (s) de ingreso
- Diagnóstico (s) de egreso
- Resumen de evolución clínica
- Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
- Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

Revisados los Formularios de Epicrisis y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados en las 30 Fichas Clínica seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	27	N° epicrisis que no cumplen	3
Atributo de contenidos mínimos					
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	29	N° epicrisis que no cumplen	1

Med: Unidad Atención Progresiva del Paciente

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Formulario Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra Fichas Clínica, seleccionadas al azar, de pacientes egresados de la Unidad de Atención Progresiva del Paciente, en el periodo evaluado constatando:

- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados de la Unidad Atención Progresiva del Paciente, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de los pacientes egresados, declarados por el Prestadorpara el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos

- Nombre/ apellido paciente
- Rut
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Diagnóstico (s) de ingreso
- Diagnóstico (s) de egreso
- Resumen de evolución clínica
- Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
- Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

Revisados los Formularios de Epicrisis y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados en las 30 Fichas Clínica seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	26	N° epicrisis que no cumplen	4
Atributo de contenidos mínimos					
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	28	N° epicrisis que no cumplen	2

Pensionado Médico Quirúrgico

Metodología de constatación**:**

a) La constatación del uso del Protocolo Operatorio se realiza, mediante la revisión de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores hospitalizados al momento de la visita de acreditación en Pensionado Médico Quirúrgico. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores y egresados de la **Pensionado Médico Quirúrgico,** correspondientes al periodo evaluado, constatando en la Ficha Clínica:

- Presencia del documento
- Si el Documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional

Al momento de la visita no hay pacientes quirúrgicos hospitalizados

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados del Pensionado Médico Quirúrgico, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de pacientes informadas por el Prestadorpara el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínica la existencia del Formulario de Protocolo Operatorio y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha y hora de la intervención
- Diagnóstico pre operatorio
- Diagnóstico post operatorio
- Descripción de la intervención quirúrgica
- Equipo de salud que participó en la intervención, al menos cirujano y anestesista (Nombre, apellido y/o firma y/o timbre).

c) La constatación del uso del Formulario Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra Fichas Clínicas, seleccionadas al azar, de los pacientes egresados del Servicio de Pensionado Médico Quirúrgico, del periodo evaluado constatando:

- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

d) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados del Pensionado Médico Quirúrgico, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de los pacientes egresados declarados por el Prestadorpara el periodo evaluado Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos

- Nombre/ apellido paciente
- Rut
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Diagnóstico (s) de ingreso
- Diagnóstico (s) de egreso
- Resumen de evolución clínica
- Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
- Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

Revisados los formularios de Protocolo Operatorio y de Epicrisis; como también, los aspectos del uso de éstos, en ambas muestras de Fichas Clínicas seleccionadas; se constata el cumplimiento de los procedimientos institucionales. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	30	N° protocolos que no cumplen	0
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	28	N° epicrisis que no cumplen	4
Atributo de contenidos mínimos					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	29	N° protocolos que no cumplen	1
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	25	N° epicrisis que no cumplen	5

Observaciones:

Cir Ad

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Protocolo Operatorio se realiza, mediante la revisión de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el Servicio de Cirugía. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores y egresados del Servicio de Cirugía Adulto, correspondientes al periodo evaluado, constatando en la Ficha Clínica:

- Presencia del documento
- Si el documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional

Se revisan 10 Fichas Clínicas en el Servicio de Cirugía Adulto, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en las fichas de los 10 pacientes.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados del Servicio de Cirugía Adulto, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de pacientes informadas por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario de Protocolo Operatorio y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha y hora de la intervención
- Diagnóstico pre operatorio
- Diagnóstico post operatorio
- Descripción de la intervención quirúrgica
- Equipo de salud que participó en la intervención, al menos cirujano y anestesista (Nombre, apellido y/o firma y/o timbre)

c) La constatación del uso del Formulario Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra Fichas Clínica, seleccionadas al azar de pacientes egresados del Servicio de Cirugía, del periodo evaluado constatando:
- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el Documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

d) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados del Servicio de Cirugía, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de los pacientes egresados declarados por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos
- Nombre/ apellido paciente
- Rut
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Diagnóstico (s) de ingreso
- Diagnóstico (s) de egreso
- Resumen de evolución clínica
- Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
- Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

Revisados los formularios de Protocolo Operatorio y de Epicrisis; como también, los aspectos del uso de éstos, en ambas muestras de Fichas Clínicas seleccionadas; se constata el cumplimiento de los procedimientos institucionales. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	30	N° protocolos que no cumplen	0
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	28	N° epicrisis que no cumplen	2
Atributo de contenidos mínimos					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	28	N° protocolos que no cumplen	2
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	29	N° epicrisis que no cumplen	1
Observaciones:					

Cir Ad: Bloque Quirúrgico de Especialidades

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Protocolo Operatorio se realiza, mediante la revisión de Fichas Clínica de pacientes sometidos a cirugías de las especialidades de Coloproctología, Cirugía Vascular Periférica, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Maxilo Facial, hospitalizados al momento de la visita de acreditación en el área de Recuperación post operatoria y en el Servicio de Cirugía de Especialidades. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías de las especialidades antes mencionadas, correspondientes al periodo evaluado con el propósito de verificar en la Ficha Clínica
- Presencia del documento
- Si el documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional

Se revisan 10 Fichas Clínicas en el Servicio de Médico Quirúrgico de Especialidades, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en las fichas de los 10 pacientes.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados del Servicio de Cirugía de Especialidades, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de pacientes informadas por el Prestadorpara el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínica la existencia del Formulario de Protocolo Operatorio y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:
- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha y hora de la intervención
- Diagnóstico pre operatorio
- Diagnóstico post operatorio
- Descripción de la intervención quirúrgica
- Equipo de salud que participó en la intervención, al menos cirujano y anestesista (Nombre, apellido y/o firma y/o timbre)

c) La constatación del uso de la Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra de Fichas Clínicas seleccionadas al azar, de pacientes egresados de las especialidades de Coloproctología, Cirugía Vascular Periférica, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Maxilo Facial del periodo evaluado constatando:
- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

d) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados del Servicio de Cirugía de Especialidades, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de los pacientes egresados declarados por el Prestador para el periodo evaluado Se procede a revisar en las Fichas Clínica la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes

contenidos mínimos
- Nombre/ apellido paciente
- Rut
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Diagnóstico (s) de ingreso
- Diagnóstico (s) de egreso
- Resumen de evolución clínica
- Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
- Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

Revisados los formularios de Protocolo Operatorio y de Epicrisis; como también, los aspectos del uso de éstos, en ambas muestras de Fichas Clínicas seleccionadas; se constata el cumplimiento de los procedimientos institucionales. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	30	N° protocolos que no cumplen	0
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	29	N° epicrisis que no cumplen	1
Atributo de contenidos mínimos					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	28	N° protocolos que no cumplen	2
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	27	N° epicrisis que no cumplen	3

Observaciones: Para

Observaciones: Para la constatación de Protocolo Operatorio y Epicrisis en el punto de verificación Cirugía de Especialidades se selecciona una muestra randomizada de 30 fichas del total de los egresos del Servicio de Cirugía de Especialidades.

Ped

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Formulario Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra de Fichas Clínicas, seleccionadas al azar, de pacientes egresados del Servicio de Pediatría del periodo evaluado constatando:
   - Presencia del documento en la Ficha Clínica
   - Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados del Servicio de Pediatría, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de los pacientes egresados declarados por el Prestadorpara el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos
   - Nombre/ apellido paciente
   - Rut
   - Fecha de ingreso
   - Fecha de alta
   - Diagnóstico (s) de ingreso
   - Diagnóstico (s) de egreso
   - Resumen de evolución clínica
   - Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
   - Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

   Revisados los Formularios de Epicrisis y los aspectos del uso de éstos, anteriormente señalados en las 30 Fichas Clínicas seleccionadas, se constata que éstas cumplen el procedimiento. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015

Atributo de legibilidad					
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	29	N° epicrisis que no cumplen	1
Atributo de contenidos mínimos					
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	28	N° epicrisis que no cumplen	2

Observaciones:

Obst-gine

Metodología de constatación:

a) La constatación del uso del Protocolo Operatorio se realiza, mediante la revisión de Fichas Clínicas de pacientes sometidos a cirugías mayores hospitalizados en el Servicio de Gíneco Obstetricia, al momento de la visita de acreditación. Adicionalmente, se realiza una revisión retrospectiva de una muestra seleccionada aleatoriamente de Fichas Clínicas de pacientes sometidas a cirugías mayores y egresadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia, correspondientes al periodo evaluado, constatando en la Ficha Clínica:
   - Presencia del documento
   - Si el documento cumple los criterios definidos en el protocolo institucional

   Se revisan 12 Fichas Clínicas en el Servicio Obstetricia y Ginecología, constatando el cumplimiento del procedimiento institucional en las fichas de los 12 pacientes.

b) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados del Servicio de Obstetricia y Ginecología, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de pacientes informadas por el Prestador para el periodo evaluado. Se procede a revisar en las Fichas Clínicas, la existencia del Formulario de Protocolo Operatorio y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos:

- Identificación del paciente (Nombres, Apellidos y Edad)
- Fecha y hora de la intervención
- Diagnóstico pre operatorio
- Diagnóstico post operatorio
- Descripción de la intervención quirúrgica
- Equipo de salud que participó en la intervención, al menos cirujano y anestesista (Nombre, apellido y/o firma y/o timbre)

c) La constatación del uso del Formulario Epicrisis, se realiza mediante la revisión retrospectiva de una muestra de Fichas Clínicas seleccionadas al azar, de pacientes egresadas del Servicio de Gíneco Obstetricia, del periodo evaluado constatando:

- Presencia del documento en la Ficha Clínica
- Si el documento cumple los criterios definidos en el documento institucional

d) Se prepara planilla de verificación con los criterios mínimos de acuerdo al procedimiento institucional y se procede a la revisión de Fichas Clínicas de pacientes egresados del Servicio de Obstetricia y Ginecología, en el periodo de retrospectividad (Mayo a Octubre 2015); para lo cual mediante randomización se seleccionan 30 fichas del total de los pacientes egresados declarados por el Prestador para el periodo evaluado Se procede a revisar en las Fichas Clínicas la existencia del Formulario Epicrisis y el cumplimiento del procedimiento institucional en el uso de éste, en los aspectos de "Legibilidad" y los siguientes contenidos mínimos

- Nombre/ apellido paciente
- Rut
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Diagnóstico (s) de ingreso
- Diagnóstico (s) de egreso
- Resumen de evolución clínica
- Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
- Nombre , apellido y/o firma y/o timbre del médico

Revisados los formularios de Protocolo Operatorio y de Epicrisis; como también, los aspectos del uso de éstos, en ambas muestras de Fichas Clínicas seleccionadas; se constata el cumplimiento de los procedimientos institucionales. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Atributo de legibilidad					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	30	N° protocolos que no cumplen	0
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	25	N° epicrisis que no cumplen	4
Atributo de contenidos mínimos					
N° protocolos revisados	30	N° protocolos que cumplen	28	N° protocolos que no cumplen	2
N° epicrisis revisados	30	N° epicrisis que cumplen	26	N° epicrisis que no cumplen	4

CARACTERÍSTICA REG 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	Dirección	PQ	UPC Ad.	Med.	Cir. Ad.	Pediatría	Obst-gine	Cons. Amb.	URG
1° EM	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2° EM		1	1	1	1	1	1	1	1
3° EM		1	1	1	1	1	1	1	1
4° EM		1	1	1	1	1	1		

Umbral de la característica:≥ 75%	Puntaje total: 31/31	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA REG 1.3 / HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué? No aplica Radioterapia, debido a que el tratamiento de Radioterapia se realiza en dependencias del Centro Oncológico Ambulatorio, el cual para efectos de esta acreditación no forma parte del proceso; según lo establecido en el Ordinario IP N° 2964 del 20/11/2013 de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud.

REG 1.3 – Primer elemento medible: Se describen en un documento de carácter institucional los informes que deben ser entregados al paciente respecto a las prestaciones realizadas en al menos las siguientes ocasiones:

Nombre del documento: Procedimiento Entrega de Informes de prestaciones a Pacientes		
N° Resolución:5906 Código: PO-OCI-02	Versión: 01	Fecha:30/10/2012 08/2012

Elaborado por: Ismia Barrientos Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta

Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 08/2015	N° páginas: 6

El documento describe los informes a entregar al menos en las siguientes ocasiones:

1. Alta de hospitalización:	Si	2. Alta de tratamiento de RT o QMT:	Si	3. Atención de urgencia:	Si
Procedimientos diagnósticos y terapéuticos amb:	Si	Cirugía mayor ambulatoria:			Si

El documento describe los contenidos mínimos de los informes a entregar:

1. Diagnóstico:	Si	2. Procedimientos realizados:	Si	3. Indicaciones:	Si
Responsables de la aplicación	Si				

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación:

Pab. CMA	Pro End.	Dental	APR	APQ	API	Cir. Ad.	Med.	Ped.	Neo	URG
Si	Si	Si	N/A	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los servicios que componen los distintos puntos de verificación y su cumplimiento:
El documento descrito se tiene a la vista en:
- Pabellón de Cirugía Mayor ambulatoria,
- Procedimientos Endoscópicos,
- Dental,
- Unidad de Apoyo Quimioterapia Adulto e Infantil,
- Unidad de Apoyo Imagenología,
- Servicio de Cirugía, Bloque Quirúrgico de Especialidades y Pensionado Médico Quirúrgico para punto de verificación Cir Ad.
- Servicio de Medicina, Pensionado Médico Quirúrgico y Unidad Atención Progresiva del Paciente (UAPP)
- Servicio de Pediatría,
- Unidad de Neonatología,
- Unidad de Urgencia Adulto, Pediátrico y Gíneco-Obstétrica.

En todos los puntos antes mencionados, se constata la presencia del documento vigente.

Observaciones:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional, en página 2 del documento se consigna el objetivo del procedimiento, su alcance y los responsables de su aplicación.
En página 3 se señala el equipo y material necesario y se describe el proceso, consignando que el Hospital ha definido que se entregue informe por escrito en los siguientes casos:
- Alta de hospitalización
- Alta de tratamiento de Radioterapia y/o Quimioterapia
- Atención de urgencia
- Procedimientos diagnósticos terapéuticos ambulatorios de endoscopía, imagenología intervencional
- Alta cirugía mayor ambulatoria

Los requisitos mínimos de los informes a entregar son (general):
- Nombre del paciente
- Diagnóstico
- Procedimientos realizados
- Indicaciones según corresponda
- Nombre y firma del profesional responsable

En el caso de los procedimientos invasivos en Dental, se entregan indicaciones por escrito post tratamiento realizado.
En página 5 consta Anexo N°1: "Indicador".
En página 6 figura "Pauta de Cotejo de Informe de Prestaciones
Se constata que el documento "Procedimiento Entrega de Informes de Prestaciones a Pacientes", solicitado por el Elemento Medible y presentado por el Prestador, solo menciona los informes a entregar y señala los contenidos mínimos en general.
El documento tenido a la vista tiene su fecha de vigencia vencida, se solicita documento vigente, el prestador no presenta documento actualizado. Se da por No Cumplido el elemento Primer Medible de la Característica REG 1.3.

REG 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

Observaciones: El Prestador no presenta documentos del Indicador, para ninguno de los puntos de verificación que le aplican, por lo que se da por No Cumplido el 2° Elemento Medible de la Característica REG 1.3

REG 1.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

Observaciones: El Prestador no presenta documentos de evaluación periódica del Indicador, para ninguno de los puntos de verificación que le aplican, por lo que se da por No cumplido el 3er Elemento Medible de la Característica REG 1.3

CARACTERÍSTICA REG 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	Pab. CMA	Pro End.	Dental	APR	APQ	API	Cir. Ad.	Med.	Ped.	Neo	URG
1° EM	0	0	0	N/A	0	0	0	0	0	0	0
2° EM	0	0	0	N/A	0	0	0	0	0	0	0
3° EM	0	0	0	N/A	0	0	0	0	0	0	0

Umbral de la característica:≥ 50%	Puntaje total: 0/30	Porcentaje obtenido: 0%	Cumple: No

CARACTERÍSTICA REG 1.4 / HALLAZGOS

REG 1.4 – Primer elemento medible: Se describen en documento(s) los procedimientos de entrega, recepción y conservación de fichas clínicas y se han designado los responsables de su aplicación.

Archivo (U otra Unidad donde se realizan los procedimientos pertinentes)

Nombre del documento	Procedimiento Manejo Ficha Clínica		
Fecha elab:10/2015 Código: PO-ARC-01	Fecha vigencia: 10/2020	Versión: 03	N° páginas:23
Elaborado por: Mariel Berrios Enfermera Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	Aprobado por: Sr. Juan Urrutia Director del Hospital Regional de Antofagasta		
Incluye proced. (Si/No)	1. Entrega de fichas: Si	2. Recepción de fichas: Si	3. Conservación de fichas: Si
Responsable aplicación	Jefe de la Unidad de Archivo		

Breve descripción del contenido del documento:

En la Unidad de Archivos se tiene a la vista documento "Procedimiento Manejo Ficha Clínica", en páginas 2 y 3, constan los objetivos, su alcance, y las responsabilidades de los implicados en el proceso:

- Subdirector Administrativo: Es el responsable de gestionar y velar por el cumplimiento de este procedimiento
- Jefe de archivo, Recepcionista de archivo: Responsables del manejo administrativo de la Ficha Clínica física o tradicional; además, de la apertura de ésta, en los casos nuevos.
- Recepcionista de Archivo: Es el responsable de recibir todas las fichas clínicas físicas que ingresen a la unidad de archivo, chequearlas e incorporarlas al sistema informático como reincorporadas.
- Encargado de buzón, Administrativo de archivo: Responsables de recibir las solicitudes espontáneas de fichas clínicas físicas
- Administrativo de Archivo: Es el responsable de retirar desde los anaqueles todas las fichas clínicas, según solicitudes de las unidades clínicas y de apoyo del establecimiento y entregarlas al despachador.
- Despachador de archivo: Es el responsable de seleccionar las fichas clínicas para su despacho, de acuerdo a las solicitudes de las diferentes unidades clínicas y de apoyo
- Auxiliar de servicio de Archivo: Es el responsable de llevar las fichas clínicas a las diferentes unidades solicitantes, como también, del retorno de estas a la unidad de archivo.
- Jefe Informática: Es responsable del control, seguridad y mantención del sistema digital de la ficha clínica. Debe velar por la mantención del equipamiento informático y mantener la red de datos disponible.

Desde página 5 a 18 se describe el procedimiento, que contempla:

- **Integralidad de la información de la ficha clínica:** Se señala, respecto de la individualización del paciente, su evolución y las atenciones recibidas; pudiendo accederse a ella a través de la ficha clínica central y registros clínicos en unidades satélites, gracias a su vinculación por medio del número código único. Se indica plazos y formalidades para adjuntar la información, por parte de las distintas áreas del establecimiento, por las que puede acceder el paciente.
- **Apertura ficha clínica**: Se consigna todo el procedimiento para la creación de una nueva ficha clínica, los datos del paciente que deben ser consignados en la carátula, los timbres, membretes y códigos del establecimiento, que ésta debe llevar. Se hace mención al procedimiento en caso de pacientes NN y recién nacidos sin identificación.
- **Mantención y conservación de la ficha clínica física:** En la unidad de archivo, a objeto de evitar el deterioro y la pérdida de información contenida en la ficha clínica. Igualmente se indica el procedimiento para archivar en Unidad de Archivo.
- **Solicitud de fichas desde las unidades asistenciales**: Las fichas clínicas deben ser solicitadas por escrito a través de un memo o correo electrónico al jefe de la Unidad de Archivo. Se identifican solicitudes dependiendo de las áreas ambulatorias o de atención cerrada.
- **Otras solicitudes de fichas clínicas**: Se indica que la ficha clínica puede ser solicitada; en casos de estudio e investigación, tramitación de beneficios o procesos judiciales, por el paciente o representante legal, por tribunales de justicia, fiscales del ministerio público y para prestaciones realizadas al paciente fuera de la institución.
- **Retiro de las fichas clínicas de los anaqueles:** Se describe el procedimiento para realizar el seguimiento de la ficha clínica, mediante el empleo de un "Tarjetón de Reemplazo" que consigna el N° de la ficha clínica, servicio o unidad asistencial de destino, entre otros datos.
- **Entrega de las fichas clínicas**, dependiendo de las diferentes situaciones que pueden generar la solicitud de fichas clínicas, los registros que se generan y los responsables de la entrega de las fichas en las unidades asistenciales.
- **Manejo de la ficha clínica en las unidades clínicas**: Se señala el deber de custodia de la misma en el lugar dispuesto por la unidad. Se indica antecedentes a adjuntar a la ficha, una vez que el paciente es dado de alta (hoja de DAU, hoja de ingreso, evoluciones médicas, epicrisis, exámenes, etc.).
- **Recepción de las fichas clínicas físicas en la unidad de archivo**: Se indica el lapso de tiempo considerado para cada unidad asistencial o caso especial para reintegrar la ficha clínica a la unidad de archivo y su registro en sistema informático por el funcionario de archivo.
- **Eliminación fichas clínicas**: Se indican los plazos que se deben mantener las fichas clínicas, tras el ingreso del último registro. Las fichas digitales quedan almacenadas en los servidores informáticos. En caso de eliminación, ésta es propuesta por el Encargado de Centro de Responsabilidad Activo de Recursos Físicos y Financieros a su jefatura inmediata. Se autoriza por medio de Resolución Exenta del Director del Establecimiento. Del cumplimiento se deja constancia en acta levantada al efecto. (Circular. N° 028704, de agosto de 1981, Contraloría General de la República).
- **Archivo pasivo**: donde se trasladan y mantienen las fichas que están inactivas por un periodo superior a 5 años.
- **Manejo de registros clínicos en Unidades Satélites de pacientes inactivos y fallecidos**, indicándose plazos para su envío a unidad de archivo.
- **Confidencialidad de la ficha clínica**: En este punto se refiere a la confidencialidad y la responsabilidad de quienes registran los datos que se consignan. Se señala que el personal de archivo no puede proporcionar antecedentes de los datos contenidos en la ficha clínica. (Ley 20.584, arts. 29 y 30 Ley 17.374 y secreto profesional; Código. Penal). Las excepciones señaladas por requerimiento de la autoridad o del paciente y familiares. Formalidades.

En página 21 consta Anexo N° 1: "Pauta de Supervisión del Proceso de mantención y Conservación de la Ficha Clínica Física en la Unidad de Archivo".

En página 22 consta Anexo 2: "Indicador de Cumplimiento"

El Prestador presenta versión anterior del documento Procedimiento Manejo Ficha Clínica. Versión 02 del 06/05/2013

Observaciones: El documento que contiene los requisitos solicitados en el Elemento Medible de la Característica REG 1.4, están

comprendidos en el documento presentado por el Prestador "Procedimiento Manejo de Ficha Clínica" de la Característica REG 1.1 Se da por cumplido el elemento medible.

REG 1.4 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

(U otra Unidad donde se realizan los procedimientos pertinentes)	
Nombre del indicador	Porcentaje de áreas de anaqueles que cumplen con los criterios mínimos de mantención y conservación de fichas clínicas según procedimiento en la unidad de archivo.
Fórmula matemática	N° de áreas de anaqueles que cumplen con los criterios mínimos de mantención y conservación de fichas clínicas según procedimiento en la unidad de archivo/ N° total de áreas de anaqueles dispuestas en la unidad de archivo x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Semestral

REG 1.4 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica

Archivo (U otra Unidad donde se realizan los procedimientos pertinentes)	
Nombre documento	Informe Semestral de Pauta de Supervisión del Proceso de Mantención y Conservación de la Ficha Clínica en la Unidad de Archivo.
Responsable medición	Jefe de la unidad de archivo
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Proceso de Mantención y Conservación de la Ficha Clínica en la Unidad de Archivo.
Fuente secundaria	Informe Semestral de Pauta de Supervisión del Proceso de Mantención y Conservación de la Ficha Clínica en la Unidad de Archivo
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas de supervisión con criterio de sustitución, se aplica una pauta diaria de Lunes a Viernes, para lo cual, se randomiza el número de Área de Anaquel al cual se le aplicará la Pauta de Supervisión, Se aplican 20 pautas mensuales Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Área de anaquel con fichas clínicas ordenadas y enumeradas • Área de anaquel con fichas clínicas protegidas de la humedad • Área de anaquel cuenta con iluminación • Área de anaquel con fichas clínicas con carátulas indemnes En la pauta se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Archivo						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Archivo						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre 2015 compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión del Proceso de Mantención y Conservación de la Ficha Clínica en la Unidad de Archivo". El resultado reportado del trimestre es de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA REG 1.4 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Archivo	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

ÁMBITO SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO

CARACTERÍSTICA EQ 1.1 / HALLAZGOS

EQ 1.1 Primer elemento medible: Se describe en documento de carácter institucional el procedimiento para la adquisición de equipamiento que considera al menos:

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento: Procedimiento de Adquisición de Equipamiento Médico					
N° Resolución: 7145 del 07/05/2014		Versión: 00		Fecha: Abril 2014	
Elaborado por: Priscila Hachin D. y Mauricio Sierra F., Ingenieros Biomédicos			Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director (S) Hospital Regional de Antofagasta		
Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 5 años		N° páginas: 9	
El documento considera al menos:					
1. Responsable de adquisición	Si	2. Participación de personal técnico y usuario	Si	3. Sistema de evaluación de calidad técnica del equipamiento a ser adquirido	Si
Observaciones: En la Unidad de Equipos Médicos, para punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional, denominado "Procedimiento de Adquisición de Equipamiento Médico", código PO-EQ-02, primera versión, firmado por quienes elaboran, revisan y aprueba. En páginas 2, se indica que el alcance del procedimiento será a todo tipo de equipamiento médico que se adquiera en unidades clínicas y de apoyo del hospital. En ítem n° 3 se establecen las responsabilidades en el procedimiento: Director, determinar pertinencia de las solicitudes y aprobar bases de licitación; Subdirección Administrativa, gestiona recursos y aprueba compra; Jefatura Unidad de Abastecimiento, confección de bases y de proceso de licitación; Unidad de Proyectos, levanta demanda y entrega criterios de evaluación para la adquisición; Unidad de Equipos Médicos, apoya levantamiento de especificaciones técnicas y proceso de evaluación; Usuario, elabora especificaciones técnicas y Comisión evaluadora, evalúa técnicamente las ofertas y recomienda adquisición. En página 5, ítem 7 "Proceso", punto 7.1, se describe la participación del usuario, quien valida las especificaciones técnicas, y en punto 7.2 el sistema de evaluación de la calidad del equipamiento a ser adquirido, establecido en las bases técnicas de cada licitación.					

EQ 1.1 – Segundo elemento medible: Existe constancia de la participación de personal técnico y usuarios en la compra del equipamiento.

Dirección o Gerencia
Describe verificación del EM: Se tienen a la vista las actas de pre adjudicación de equipamiento clínico de 2015, en las cuales se constata la descripción técnica del equipo a adquirir y la recomendación de adjudicación, para ello se reúne la contraparte técnica del Hospital, de la cual forma parte el Jefe o un representante de la Unidad solicitante, quien también firma las actas. Se constata la participación del usuario en los siguientes equipos: 1. Microspcopio Trinocular, solicitado para Unidad de Anatomía Patológica, firma el acta de pre adjudicación de fecha 17/02/2015, Roxana Parra, Tecnóloga Médica Supervisora de la Unidad de Anatomía Patológica. 2. Nasofaringolaingoendoscopio, solicitado para Policlínico Otorrino, firma el acta de pre adjudicación de fecha 05/03/2015, don. Ramón Jimenez J., Médico Policlínico Otorrino. 3. Microspcopio Trinocular (segunda unidad), solicitado para Unidad de Anatomía Patológica, firma el acta de pre adjudicación de fecha 11/03/2015, Hugo Benítez C. Médico Jefe Unidad de Anatomía Patológica. 4. Calentador de suero, solicitado para Pabellón Central, firman el acta de pre adjudicación de fecha 30/04/2015, don. Manuel Pizarro E., TENS Pabellón Central y Jeannette Flores Arancibia, Enfermera Supervisora Pabellón Central. 5. Transductores para ecógrafo, solicitado para Policlínico Urología, firma el acta de pre adjudicación de fecha 26/06/2015, don. Francisco Bilbao P., Médico Jefe Urología. 6. Electrofulgurador, solicitado para el Servicio de Dermatología, firma el acta de pre adjudicación de fecha 18/08/2015, don. Juan Carlos Valencia G., Médico Jefe Servicio Dermatología.

CARACTERÍSTICA EQ 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA EQ 1.2 / HALLAZGOS

EQ 1.2 – Primer elemento medible: Existe un documento de carácter institucional donde se describe un sistema de seguimiento de vida útil del equipamiento relevante para la seguridad de los usuarios que incluye al menos:

Dirección o Gerencia							
Nombre del documento	Procedimiento de seguimiento de vida útil de equipamiento médico crítico						
N° Resolución: 1704 del 09/04/2012		Versión: 00		Fecha: Marzo 2012			
Elaborado por: Priscila Hachin D., Jefa Unidad de Equipos Médicos			Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director (S) Hospital Regional de Antofagasta				
Carácter institucional: Si		Fecha vigencia: 5 años		N° páginas: 9			
El documento describe al menos:							
1. Equipamiento de anestesia	Si	2. Equipos de monitorización hemodinámica	Si	3. Monitores desfibriladores	Si		
4. Ventiladores fijos	Si	5. Ventiladores de transporte	Si	6. Monitores de diálisis	Si	7. Incubadoras	Si
Observaciones: En la Unidad de Equipos Médicos, para punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento de carácter institucional, denominado, que en su alcance considera un programa de seguimiento de vida útil de todos los equipos críticos contemplados en el elemento medible, para evaluar y planificar su reposición, siendo el responsable de la aplicación del procedimiento el Jefe de la Unidad de Mantención de Equipos Médicos.							

EQ 1.2 – Segundo elemento medible: Existe un informe anual de las necesidades de reposición del equipamiento crítico.

Nombre del informe: Informe anual de necesidades de reposición de equipamiento crítico
Responsable del informe: Priscila Hachin D. y Mauricio Sierra F.
Informe firmado por: Priscila Hachin D. y Mauricio Sierra F., revisado por Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente
Fecha de elaboración: 15/01/2015
Breve descripción del contenido del documento: En la Unidad de Equipos Médicos, para punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento elaborado por la Jefa de la Unidad dirigido a la Dirección del Hospital y la Sub Dirección Administrativa, emitido en enero de 2015 que considera 5 ítems: Ámbito de aplicación, bajas de equipos, estado de equipos médicos críticos con vida útil cumplida, recomendaciones para adquisición de equipos médicos y anexos. El documento establece en página 4 que en 2014 se dieron de baja 3 equipos (monitores de signos vitales). En página 5 se indica que la vida útil estándar es de 8 años para monitores de signos vitales, monitores cardiofetales, máquinas de diálisis, desfibriladores, incubadoras y ventiladores mecánicos, de 9 años para máquinas de anestesia y 5 años para ambulancias, de acuerdo a lo anterior habría un total de 172 equipos con vida útil cumplida al año 2015: - 113 Monitores de signos vitales - 19 ventiladores mecánicos - 15 desfibriladores - 12 incubadoras - 10 monitores cardiofetales - 3 máquinas de anestesia En página 8 se encuentran las recomendaciones de los equipos a reponer, según tipo y cantidad. En anexo 1, se detallan los 172 equipos con vida útil residual inferior a 1.

CARACTERÍSTICA EQ 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 50%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA EQ 2.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

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

Dirección o Gerencia		
Documento que designa nombramiento: Resolución Exenta		
N° Resolución: 0689	Versión: NA	Fecha: 26/01/2015
Elaborado por: NA	Aprobado por: Marcelo Flores Varas, Director (S), Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: No indica	N° páginas: 1
Nombre responsable: No se consigna en el documento	Cargo: Jefe Unidad de Equipos Médicos	Profesión: No se consigna en el documento
Observaciones: El documento tenido a la vista no consigna el nombre ni la profesión del responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional. En documentación institucional se verifica que el Jefe de la Unidad de Equipos Médicos es ingeniero biomédico.		

EQ 2.1 – Segundo elemento medible: Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos:

Dirección o Gerencia											
Nombre del documento: Programa de Mantenimiento preventivo de equipos críticos											
N° Resolución: 3323 del 28/04/2015		Versión: 2		Fecha: Abril 2015		Fecha vigencia: 5 años		N° páginas: 36			
Elaborado por: Priscila Hachin D. y Mauricio Sierra F., Ingenieros Biomédicos				Aprobado por: Francisco Bueno Natush, Director (S), Hospital Regional de Antofagasta							
El documento incluye al menos los siguientes equipos:											
1. Equipos de monitorización hemodinámica:	Si	2. Monitores desfibriladores:	Si	3. Ventiladores fijos	Si	4. Ventiladores de transporte	Si	5. Máquinas de anestesia	Si	6. Ambulancias de urgencia	Si	7. Incubadoras	Si
El documento considera:											
1. Características del mantenimiento	Si	2. Periodicidad	Si								
Observaciones: En la Unidad de Equipos Médicos, para punto de verificación Dirección se tiene a la vista documento con el Programa de mantenimiento preventivo del equipamiento crítico, en el cual se enumeran en definiciones los equipos críticos solicitados en el elemento medible. En responsabilidades, página 4 ítem n° 3 se establece que el responsable institucional de la ejecución del programa es el Jefe de la Unidad de mantención de Equipos Médicos En páginas 10 a 20, ítem n° 7 "Descripción del Proceso" se detallan las actividades a realizar en el mantenimiento preventivo y la periodicidad de éste según el tipo de equipo, según se detalla: 1. Actividades a realizar en la mantención preventiva estándar: - Calibración - Verificación o inspección - Pruebas de operatividad - Limpieza											

- Lubricación
- Pruebas de funcionamiento

2. Periodicidad de la mantención por tipo de equipo:
   - Equipos de monitorización hemodinámica, frecuencia cuatrimestral
   - Desfibriladores, frecuencia cuatrimestral
   - Incubadoras, frecuencia cuatrimestral
   - Máquinas de anestesia, frecuencia semestral
   - Ventiladores mecánicos fijos y de transporte, frecuencia trimestral
   - Ambulancias, frecuencia en base a kilometraje programado +/- 2500 km

Se exceptúan del programa los equipos nuevos que se encuentran en período de garantía con mantenimiento preventivo incluido en la venta. El programa considera la reprogramación del mantenimiento preventivo cuando: el equipo esté en uso con un paciente y no exista equipo de reemplazo, no disponible por alta demanda, no disponible por contaminación, se encuentre no operativo, se encuentre extraviado o en préstamo, entre otras. La reprogramación podrá aplazarse hasta por 3 meses.
En Anexos, las pautas de mantención preventiva por cata tipo de equipo.

EQ 2.1 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa, en los equipos mencionados.

Se constata en Dirección o Gerencia del Prestador

Mantenimiento preventivo de equipos de monitorización hemodinámica

Metodología de constatación:
El prestador declara un total de 359 equipos de monitorización hemodinámica excluidos los monitores de anestesia, clasificados como monitores de signos vitales, clasificación que incorpora, en el mismo ítem, los equipos de monitoreo hemodinámico y los equipos de monitoreo de signos vitales no invasivos. Para la constatación del cumplimiento del mantenimiento preventivo se toma una muestra aleatoria de 37 equipos, de los cuales se procede a revisar la documentación que da cuenta del mantenimiento realizado. Con objeto de comprobar el cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa de Mantención institucional se solicita al prestador presentar la documentación de la última y la penúltima mantención efectuada.
Los atributos de cumplimiento considerados son:

1. Presencia del equipo en Carta Gantt Equipos Críticos 2015
2. Existencia de Orden de trabajo o equivalente y Ficha de mantención preventiva para monitor de signos vitales, de la mantención correspondiente.
3. Cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa Institucional, para efecto de los monitores de signos vitales cuatrimestral. Se excluyen de esta periodicidad los equipos en garantía.
4. Reprogramación no mayor a 3 meses.

Equipo/serie /código (N° Inventario)	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Monitor signos vitales/ 101106209/0-45078-06	Cuatrimestral	Septiembre/2015	04/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 101103060/ 0-45082-10	Cuatrimestral	Agosto/2015	04/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 70001086/0-45718-06	Cuatrimestral	Noviembre/2015	05/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 4993707/0-46287-24	Cuatrimestral	Agosto/2015	14/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/SN/ 0-49898-28	Cuatrimestral	Noviembre/2015	09/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 05084A5V-104/0-49899-28	Cuatrimestral	Agosto/2015	13/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 5513617571/0-50326-06	Cuatrimestral	Septiembre/2015	07/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ A06P60546/0-51072-24	Cuatrimestral	Junio/2015	26/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ AO7960713/0-51204-15	Cuatrimestral	Septiembre/2015	16/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y	Si	Si

				precedente		
Monitor signos vitales/ 5399198650/0-52864-10	Cuatrimestral	Septiembre/2015	07/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 5399241158/0-52883-03	Cuatrimestral	Noviembre/2015	03/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 3031042275LA/0-59210-45-10	Cuatrimestral	Septiembre/2015	14/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 1A010A0168/0-61626-15	Cuatrimestral	Octubre/2015	08/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ V026E000231/0-62184-28	Cuatrimestral	Noviembre/2015	05/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ CC-21121141/0-62659-28	Cuatrimestral	Agosto/2015	12/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ CC-21121137/0-62664-28	Cuatrimestral	Agosto/2015	12/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 01317/0-62824-06	Cuatrimestral	Septiembre/2015	23/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ CC-21121445/0-62941-21	Cuatrimestral	Octubre/2015	22/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ CC-21121455/0-62963-06	Cuatrimestral	Octubre/2015	08/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ SF311283750WA/0-63117-116	Cuatrimestral	Término garantía	19/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual	Si	Si
Monitor signos vitales/ 791.02076/0-63164-06	Cuatrimestral	Noviembre/2015 En garantía instalado 2012	No programado, calendario 2016 no disponible	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva precedente.	Si	Si
Monitor signos vitales/ 800-12B-0186/0-64012-28	Cuatrimestral	Agosto/2015	19/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 106794 0-65139-20	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado 2014	14/07/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 00132/ 0-65866-20	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año	11/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 314321693/0-66587-20	Cuatrimestral	Instalado mayo 2015. Sin garantía	Programado diciembre 2015	Hoja de registro ingreso, mayo 2015	Si	Si
Monitor signos vitales/ DE12521708/0-67886-10	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado 2014	21/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ SH614472497SA/0-68191-82	Cuatrimestral	Instalado abril 2015. Sin garantía	26/11/2015	Hoja de registro ingreso, abril 2015. Orden de trabajo y	Si	Si

				Ficha mantención preventiva actual		
Monitor signos vitales/ 07273/0-68289-35	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado febrero 2015	26/07/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 113818/0-68668-23	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado abril 2015	06/11/2015	Hoja de registro ingreso, abril 2015. Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual	Si	Si
Monitor signos vitales/ 113736/0-68670-23	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado abril 2015	05/11/2015	Hoja de registro ingreso, abril 2015. Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual	Si	Si
Monitor signos vitales/ 113813/0-68683-45	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado abril 2015	11/11/2015	Hoja de registro ingreso, abril 2015. Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual	Si	Si
Monitor signos vitales/ SGF15110925WA/0-68702-24	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado mayo 2015	14/10/2015	Hoja de registro ingreso, mayo 2015. Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual	Si	Si
Monitor signos vitales/ 03850/0-69078-20	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado 2014	17/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 06043/0-69084-20	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado 2014	17/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor signos vitales/ 0113739/SN	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado junio 2015	19/11/2015	Formulario de Asistencia técnica. Instalación 26/06/2015. Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual.	Si	Si
Monitor signos vitales/ 06041/SN	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones/ año. Instalado junio 2015	Programado diciembre	Formulario de Asistencia técnica. Instalación 26/06/2015	Si	Si

Observaciones:
El prestador cumple con el programa de mantención establecido para monitores de signos vitales. Cumple lo solicitado por el elemento medible.

Mantenimiento preventivo de monitores desfibriladores

Metodología de constatación:
El prestador declara un total de 54 equipos desfibriladores, para la constatación del cumplimiento del mantenimiento preventivo se toma una muestra aleatoria de 30 equipos, de los cuales se procede a revisar la documentación que da cuenta del mantenimiento realizado. Con objeto de comprobar el cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa de Mantención institucional se solicita al prestador presentar la documentación de la última y la penúltima mantención efectuada.
Los atributos de cumplimiento considerados son:

1. Presencia del equipo en Carta Gantt Equipos Críticos 2015
2. Existencia de Orden de trabajo o equivalente y Ficha de mantención preventiva para monitor de signos vitales, de la mantención correspondiente.
3. Cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa Institucional, para efectos de los desfibriladores, cuatrimestral. Se excluyen de esta periodicidad los equipos en garantía.
4. Reprogramación no mayor a 3 meses.

Equipo/serie /código (N° Inventario)	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Desfibrilador/0001 1541/0-24454-23	Cuatrimestral	Septiembre 2015	22/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/B01C17	Cuatrimestral	Noviembre 2015	12/11/2015	Orden de trabajo y	Si	Si

675/0-43395-82				Ficha mantención preventiva actual y precedente		
Desfibrilador/94/0-48058-45	Cuatrimestral	Agosto 2015	11/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/13 /0-48133-82	Cuatrimestral	Septiembre 2015	22/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/96 0-48176-24	Cuatrimestral	Noviembre 2015	11/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/92 /0-48218-03	Cuatrimestral	Agosto 2015	19/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/93/0-48905-20	Cuatrimestral	Septiembre 2015	14/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/101160319/0-50372-10	Cuatrimestral	Octubre 2015	09/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/995/0-54049-21	Cuatrimestral	Noviembre 2015	06/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/993/0-54206-24	Cuatrimestral	Agosto 2015	19/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/994/0-54214-35	Cuatrimestral	Noviembre 2015	06/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/TO8F103176/0-54244-101	Cuatrimestral	Octubre 2015	06/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/AF11CO14919/0-61515-82	Cuatrimestral	Octubre 2015	21/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/2477/0-63115-116	Cuatrimestral	Septiembre 2015	14/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/M2JJ44G154/0-63199-16	Cuatrimestral	Agosto 2015	11/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/DG-1B004716/0-65520-06	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año. Reprogramado	12/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/AF13L033589/0-65870-10	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	21/07/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/AF13L033597/0-65873-10	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	21/07/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/AF13L033598/0-66709-20	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	14/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si

Desfibrilador/AF13L033592/0-66717-20	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	14/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/3356/0-67640-102	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	24/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/3353/0-67658-24	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	24/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/3362/0-67667-10	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	24/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/3333/0-67679-45	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	24/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/3358/0-67697-04	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	24/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/(21)AF14J041078/0-68189-82	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	26/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/(21)AF14J041074/0-68190-82	Cuatrimestral	En garantía 2 mantenciones año.	26/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/AF14J041079/0-69644-21	Cuatrimestral	Nuevo, recibido 20/10/2015		Acta de recepción conforme	NA	NA
Desfibrilador/649/8-3086-08	Cuatrimestral	Octubre 2015	22/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Desfibrilador/M2G51A045/0-63212-15	Cuatrimestral	Octubre 2015	14/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si

Observaciones:
El prestador cumple con el programa de mantención establecido para desfibriladores. Cumple lo solicitado por el elemento medible.

Mantenimiento preventivo de ventiladores fijos

Metodología de constatación:
El prestador declara un total de 70 ventiladores mecánicos fijos, para la constatación del cumplimiento del mantenimiento preventivo se toma una muestra aleatoria de 30 equipos, de los cuales se procede a revisar la documentación que da cuenta del mantenimiento realizado. Con objeto de comprobar el cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa de Mantención institucional se solicita al prestador presentar la documentación de la última y la penúltima mantención efectuada.
Los atributos de cumplimiento considerados son:

1. Presencia del equipo en Carta Gantt Equipos Críticos 2015
2. Existencia de Orden de trabajo o equivalente y Ficha de mantención preventiva para monitor de signos vitales, de la mantención correspondiente.
3. Cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa Institucional, para efectos de los ventiladores, trimestral. Se excluyen de esta periodicidad los equipos en garantía.
4. Reprogramación no mayor a 3 meses.

Equipo/serie /código (N° Inventario)	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Ventilador/9372359/0-11669-20-21	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3501000721/0-44714-20	Trimestral	Octubre 2015	20/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y	Si	Si

				precedente		
Ventilador no invasivo/P250138/0-47728-20	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/ARWN-008/0-50324-06	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador no invasivo/T320043/0-50368-10	Trimestral	Octubre 2015	20/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3510073110/0-52184-10	Trimestral	Octubre 2015 Reprogramado	21/10/2015	Reporte de Servicio y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3510073118/0-52412-23	Trimestral	Octubre 2015 Reprogramado	27/11/2015	Reporte de Servicio y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3510074576/0-54024-20	Trimestral	Octubre 2015 Reprogramado	26/11/2015	Reporte de Servicio y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3510074332/0-54026-20	Trimestral	Octubre 2015 Reprogramado a Noviembre 2015	27/11/2015 No realizada, en uso, no disponible. No se constata reprogramación en 2015, el calendario 2016 no elaborado	Reporte de Servicio y Ficha de mantención preventiva precedente	Si	Si
Ventilador/3510074280/0-57249-20	Trimestral	Octubre 2015	19/10/2015	Reporte de Servicio y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3510092205/0-57512-10	Trimestral	Octubre 2015 Reprogramado a Noviembre 2015	27/11/2015 No realizada, en uso, no disponible. No se constata reprogramación en 2015, el calendario 2016 no elaborado	Reporte de Servicio y Ficha de mantención preventiva precedente	Si	Si
Ventilador no invasivo/B51114/0-60633-10	Trimestral	Octubre 2015	20/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador no invasivo/20110861919/0-61516-82	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3512100524/0-62130-116	Trimestral	Octubre 2015	23/10/2015, no disponible. No se constata reprogramació	Reporte de Servicio y Ficha de mantención preventiva precedente	Si	Si

			n en 2015, el calendario 2016 no elaborado			
Ventilador/BDY01100/0-65478-06	Trimestral	En garantía, mantención anual	29/07/2015	Orden de trabajo y Ficha de mantención preventiva	Si	Si
Ventilador/BDY01102/0-65480-06	Trimestral	En garantía, mantención anual	30/07/2015	Orden de trabajo y Ficha de mantención preventiva	Si	Si
Ventilador/BDY01104/0-65481-06	Trimestral	En garantía, mantención anual	29/07/2015	Orden de trabajo y Ficha de mantención preventiva	Si	Si
Ventilador no Invasivo/J510496/0-66473-20	Trimestral	En garantía, mantención anual	05/02/2015	Guía de servicio y Ficha de mantención preventiva	Si	Si
Ventilador no invasivo/J510480/0-66478-20	Trimestral	En garantía, mantención anual	05/02/2015	Guía de servicio y Ficha de mantención preventiva	Si	Si
Ventilador/ASFB-0013/0-66682-10	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año. Octubre 2015	11/11/2015	Hoja de Servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/ASFB-0016/0-66683-10	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año. Octubre 2015	11/11/2015	Hoja de Servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/ASFB-0015/0-66684-10	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año. Octubre 2015	11/11/2015	Hoja de Servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3512142869/0-67794-102	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año.	26/11/2015	Reporte de Servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3512142968/0-67796-102	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año.	27/11/2015	Reporte de Servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3512142997/0-67966-20	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año.	22/10/2015	Reporte de Servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3512142984/0-67967-20	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año.	25/11/2015	Reporte de Servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3512142980/0-67968-20	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año.	25/11/2015	Reporte de Servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador/3512131610/0-68001-20	Trimestral	Octubre 2015 Reprogramado a Noviembre 2015	27/11/2015 No realizada, en uso, no disponible. No se constata reprogramación en 2015, el calendario 2016 no elaborado	Reporte de Servicio y Ficha de mantención preventiva precedente	Si	Si
Ventilador/3512131570/0-68002-20	Trimestral	Octubre 2015	23/10/2015 En reparación en Santiago	Reporte de Servicio	NA	NA
Ventilador no invasivo/4752267/SN	Trimestral	Equipo en domicilio paciente durante todo 2015			NA	NA
Observaciones: El prestador cumple con el programa de mantención establecido para ventiladores fijos. Cumple lo solicitado por el elemento medible.						

Mantenimiento preventivo de ventiladores fijos: de Alta Frecuencia

Metodología de constatación:
El prestador declara un total de 3 ventiladores mecánicos de alta frecuencia, para la constatación del cumplimiento del mantenimiento preventivo, se procede a revisar la documentación que da cuenta del mantenimiento realizado al total de ellos. Con objeto de comprobar el cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa de Mantención institucional se solicita al prestador presentar la documentación de la última y la penúltima mantención efectuada.
Los atributos de cumplimiento considerados son:
1. Presencia del equipo en Carta Gantt Equipos Críticos 2015
2. Existencia de Orden de trabajo o equivalente y Ficha de mantención preventiva para monitor de signos vitales, de la mantención correspondiente.
3. Cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa Institucional, para efectos de los ventiladores, trimestral. Se excluyen de esta periodicidad los equipos en garantía.
4. Reprogramación no mayor a 3 meses.

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Ventilador Alta Frecuencia/AGW02085/0-51228-06	Trimestral	Octubre 2015	20/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador Alta Frecuencia/ AKW01186/0-58103-20	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador Alta Frecuencia/ BDW01649/SN	Trimestral	En garantía, 2 mantenciones año.	30/07/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si

Observaciones:
El prestador cumple con el programa de mantención establecido para ventiladores fijos de alta frecuencia. Cumple lo solicitado por el elemento medible.

Mantenimiento preventivo de ventiladores de transporte

Metodología de constatación:
El prestador declara un total de 14 ventiladores mecánicos de transporte, para la constatación del cumplimiento del mantenimiento preventivo, se procede a revisar la documentación que da cuenta del mantenimiento realizado al total de ellos. Con objeto de comprobar el cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa de Mantención institucional se solicita al prestador presentar la documentación de la última y la penúltima mantención efectuada.
Los atributos de cumplimiento considerados son:
1. Presencia del equipo en Carta Gantt Equipos Críticos 2015
2. Existencia de Orden de trabajo o equivalente y Ficha de mantención preventiva para monitor de signos vitales, de la mantención correspondiente.
3. Cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa Institucional, para efectos de los ventiladores, trimestral. Se excluyen de esta periodicidad los equipos en garantía.
4. Reprogramación no mayor a 3 meses.

Equipo/serie /código (N° Inventario)	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Ventilador de Transporte/4096200 K482710/0-52413-28	Trimestral	Octubre 2015	20/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador de Transporte/ 4096200K489711/0-53074-20	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador de Transporte/ E510429/0-61871-28	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador de Transporte/ E510349/0-61874-28	Trimestral	Octubre 2015	22/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención	Si	Si

				preventiva actual y precedente		
Ventilador de Transporte/ E510348/0-61877-102	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador de Transporte/ E510352/0-61880-102	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Ventilador de Transporte/ 11080071/0-62667-28	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015 (No operativo)	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	NA	NA
Ventilador de Transporte/ 11080078/0-62668-28	Trimestral	Octubre 2015	21/10/2015 (No operativo)	Rutina mantención ventiladores mecánicos y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	NA	NA
Ventilador de Transporte/ N13HT72121212918/ 0-65886-20	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año.	06/05/2015	Formulario asistencia Técnica y Ficha de mantención preventiva	Si	Si
Ventilador de Transporte/ N13HT721212912/0-65887-20	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año.	05/05/2015	Formulario asistencia Técnica y Ficha de mantención preventiva	Si	Si
Ventilador de Transporte/ N13HT721212919/0-65888-20	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año.	05/05/2015	Formulario asistencia Técnica y Ficha de mantención preventiva	Si	Si
Ventilador de Transporte/ IV37027/0-67129-10	Trimestral	En garantía, mantención anual	21/07/2015	Guía de servicio y Ficha de mantención preventiva	Si	Si
Ventilador de Transporte/ N14HT720113040/0-68108-102	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año.	19/06/2015	Formulario asistencia Técnica y Ficha de mantención preventiva	Si	Si
Ventilador de Transporte/ N14HT720113039/0-68109-102	Trimestral	En garantía 2 mantenciones año.	18/06/2015	Formulario asistencia Técnica y Ficha de mantención preventiva	Si	Si

Observaciones:
El prestador cumple con el programa de mantención establecido para los ventiladores de transporte. Cumple lo solicitado por el elemento medible.

Mantenimiento preventivo de máquinas y monitores de anestesia

Metodología de constatación:
El prestador declara un total de 14 máquinas de anestesia, cada una con su correspondiente monitor de hemodinamia, para la constatación del cumplimiento del mantenimiento preventivo, se procede a revisar la documentación que da cuenta del mantenimiento realizado al total de ellos. Con objeto de comprobar el cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa de Mantención institucional se solicita al prestador presentar la documentación de la última y la penúltima mantención efectuada.
Los atributos de cumplimiento considerados son:

1. Presencia del equipo en Carta Gantt Equipos Críticos 2015
2. Existencia de Orden de trabajo o equivalente y Ficha de mantención preventiva para monitor de signos vitales, de la mantención correspondiente.
3. Cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa Institucional, para efectos de las máquinas de anestesia y su correspondiente monitor de Hemodinamia, semestral. Se excluyen de esta periodicidad los equipos en garantía.
4. Reprogramación no mayor a 3 meses.

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Máquina de anestesia/10181 0-44721-24	Semestral	Julio 2015	31/07/2015	Hoja de servicio y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si

Monitor de anestesia/FBWGO1808/0-46296-24	Semestral	Junio 2015	23/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/FBWGO1374/0-46297-24	Semestral	Junio 2015	23/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/FBWG01376/0-46298-24	Semestral	Junio 2015	23/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/AMXK00121/0-50587-24	Semestral	Junio 2015	23/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/6100098/0-50588-24	Semestral	Junio 2015	22/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/AMXK00907/0-50616-24	Semestral	Junio 2015	23/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/6159533/0-50617-24	Semestral	Julio 2015	22/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/ANCK00682/0-51066-24	Semestral	Junio 2015	22/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/6159532/0-51067-24	Semestral	Junio 2015	23/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/SP2100678/0-51071-24	Semestral	Junio 2015	18/06/2015	Verificación de funcionamiento máquina de anestesia y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/ARXN-0068/0-51074-24	Semestral	Julio 2015	28/07/2015	Hoja de servicio y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/5398062460/0-51075-24	Semestral	Julio 2015	31/07/2015	Hoja de servicio y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/ARXN-0069/0-51076-24	Semestral	Julio 2015	31/07/2015	Hoja de servicio y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/5398069952/0-51077-24	Semestral	Julio 2015	28/07/2015	Hoja de servicio y Ficha de mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/1261106/0-51091-24	Semestral	Junio 2015	17/06/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual	Si	Si
Monitor de anestesia/1369-005065/0-51092-24	Semestral	Junio 2015	18/06/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/AMXK00908/0-51096-24	Semestral	Junio 2015	23/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/6159528/0	Semestral	Junio 2015	23/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención	Si	Si

-51097-24				preventiva actual y precedente		
Monitor de anestesia/1370-000356/0-51108-24	Semestral	Junio 2015	17/06/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/SP2010768/0-51209-15	Semestral	Junio 2015	18/06/2015	Verificación de funcionamiento máquina de anestesia y Ficha mantención preventiva	Si	Si
Monitor de anestesia/6695717/0-60489-15	Semestral	Junio 2015	23/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/ANCR00127/0-62983-116	Semestral	Agosto 2015	18/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/2812/0-63119-116	Semestral	Noviembre 2015	18/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/ANCS00210/0-65543-15	Semestral	Junio 2015	26/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/SEW13203321HA/0-65544-15	Semestral	Junio 2015	26/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/ANCS00211/0-65646-15	Semestral	Junio 2015	26/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/SEW13203329HA/0-65647-15	Semestral	Junio 2015	26/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Máquina de anestesia/ANCS00212/0-65703-15	Semestral	Junio 2015	26/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Monitor de anestesia/SEW13203320HA/0-65704-15	Semestral	Junio 2015	26/06/2015	Guía de servicio y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si

Observaciones:
Máquina de anestesia/ANCK00682/0-51066-24, error en n° inventario de ficha, se constata con n° serie.
El prestador cumple con el programa de mantención establecido para las máquinas de anestesia. Cumple lo solicitado por el elemento medible.

Mantenimiento preventivo de incubadoras

Metodología de constatación:
El prestador declara un total de 27 incubadoras, para la constatación del cumplimiento del mantenimiento preventivo, se procede a revisar la documentación que da cuenta del mantenimiento realizado al total de ellas. Con objeto de comprobar el cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa de Mantención institucional se solicita al prestador presentar la documentación de la última y la penúltima mantención efectuada.
Los atributos de cumplimiento considerados son:
1. Presencia del equipo en Carta Gantt Equipos Críticos 2015
2. Existencia de Orden de trabajo o equivalente y Ficha de mantención preventiva para monitor de signos vitales, de la mantención correspondiente.
3. Cumplimiento de la periodicidad definida en el Programa Institucional, para efectos de las máquinas de anestesia y su correspondiente monitor de Hemodinamia, semestral. Se excluyen de esta periodicidad los equipos en garantía.
4. Reprogramación no mayor a 3 meses.

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Incubadora de transporte/00/0-41764-06	Cuatrimestral	Octubre 2015	07/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora de	Cuatrimestral	Agosto 2015	20/08/2015	Orden de trabajo y	Si	Si

transporte/VD03900/0-46240-06				Ficha mantención preventiva actual y precedente		
Incubadora/QSO8445/0-45493-06	Cuatrimestral	Septiembre 2015	24/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/UW07751/0-48038-06	Cuatrimestral	Septiembre 2015	24/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/ARVE-0010/0-48039-06	Cuatrimestral	Octubre 2015	06/10/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/LP14484/0-50329-06	Cuatrimestral	Noviembre 2015	16/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/ARWL0077/0-50338-06	Cuatrimestral	Agosto 2015	24/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/LP14483/0-50339-06	Cuatrimestral	Septiembre 2015	10/09/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/ LP14481/0-50340-06	Cuatrimestral	Noviembre 2015	03/11/2015 No operativa, en taller desde agosto	Orden de trabajo	NA	NA
Incubadora/LP14489/0-50341-06	Cuatrimestral	Agosto 2015	13/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/LG-23408/0-6458-06	Cuatrimestral	Noviembre 2015	09/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/TXOO433/0-59267-06	Cuatrimestral	Agosto 2015	18/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/18600-59268-06	Cuatrimestral	Agosto 2015	19/08/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50184/0-62715-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	16/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50193/0-62716-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	17/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50191/0-62717-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	17/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50180/0-62718-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	16/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50181/0-62719-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	16/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50183/0-62720-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	16/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si

Incubadora/HDHR50 187/0-62721-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	17/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50 182/0-62722-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	16/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50 192/0-62723-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	17/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50 186/0-62724-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	17/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50 190/0-62725-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	16/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50 185/0-62726-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	16/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50 188/0-62727-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	17/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Incubadora/HDHR50 189/0-62728-06	Cuatrimestral	Término garantía agosto 2015, programada para diciembre	17/11/2015	Orden de trabajo y Ficha mantención preventiva actual y precedente	Si	Si
Observaciones: El prestador cumple con el programa de mantención establecido para las incubadoras. Cumple lo solicitado por el elemento medible.						

CARACTERÍSTICA EQ 2.1 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA EQ 2.2 / HALLAZGOS

EQ 2.2 Primer elemento medible: Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos:

Dirección o Gerencia
Observaciones: El prestador no presenta documento con programa de mantenimiento preventivo, Jefa de Unidad de Equipos Médicos declara que el documento se encuentra en elaboración.

EQ 2.2 – Segundo elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado el mantenimiento preventivo según programa en los equipos mencionados.

Observaciones: El prestador no cuenta con programa de mantenimiento preventivo para ninguno de los equipos solicitados por el elemento medible. No cumple.

CARACTERÍSTICA EQ 2.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 0	2° EM: 0	
Umbral de la característica: ≥ 50%	Puntaje total: 0/2	Porcentaje obtenido: 0%		Cumple: No

CARACTERÍSTICA EQ 3.1 / HALLAZGOS

EQ 3.1 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el perfil técnico o profesional del personal autorizado para operar los equipos relevantes, que considera al menos:

Dirección o Gerencia
Nombre del documento: El prestador no presenta documento con perfil del personal autorizado para operar los equipos relevantes, la Jefa de unidad de Equipos Médicos declara que el documento se encuentra en elaboración.

CARACTERÍSTICA EQ 3.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS:

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	Primer elemento medible: 0	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 0/1	Porcentaje obtenido: 0%	Cumple: No

ÁMBITO SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES

CARACTERÍSTICA INS 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

INS 1.1 – Primer elemento medible: Se ha designado un responsable institucional del plan de prevención de incendios.

Dirección o Gerencia				
Documento que designa nombramiento: Resolución Exenta				
N° Resolución: 0692	Versión: NA	Fecha: 26/01/2015	Fecha vigencia: NA	N° páginas: 1
Elaborado por: NA		Aprobado por: Marcelo Flores Varas, Director (S) Hospital Regional Antofagasta		
Nombre responsable: Alejandro Gaete Urbina		Cargo: Encargado Unidad de Prevención de Riesgos y Salud Ambiental		Profesión: Ingeniero en Prevención de Riesgos
Observaciones: La Resolución deja no vigentes las Resoluciones N° 2458 y N° 2837 por desvinculación del responsable anterior.				

INS 1.1 – Segundo elemento medible: Se documenta un plan institucional de prevención de incendios.

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento: Plan de Prevención de Incendio Hospital Clínico Regional de Antofagasta					
N° Resolución: 3562 del 20/05/2013	Versión: 04	Fecha: Abril 2013	Fecha vigencia: 3 años		N° páginas: 27
Elaborado por: Michaell Cárdenas Carvajal, Prevencionista de Riesgos Hospital Regional de Antofagasta		Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director (S) Hospital Regional de Antofagasta			
Considera (Si/No)	1. Medidas preventivas generales	Si	2. Medidas preventivas específicas		Si
Observaciones: En punto de verificación Dirección, se tiene a la vista documento de carácter institucional denominado Plan de Prevención de Incendio Hospital Clínico Regional de Antofagasta, código PL-USP-02, firmado por quien elabora, revisa y aprueba. El alcance, página n° 2, es a todos los funcionarios y público en general, en punto n° 3 "Responsabilidades", describe las actividades de que son responsables las personas en los siguientes cargos: Prevencionista de riesgos, Jefe CR Operaciones, Jefe de Servicios Generales, Jefe o Encargado de Áreas inspeccionadas, Subdirector Administrativo, Jefe de Abastecimiento, Organismo administrador de la Ley 16.744 (ACHS). En páginas 6 a 18, ítem N° 7 "Desarrollo del Proceso", describe las medidas a adoptar y actividades a desarrollar para la prevención de incendio en las distintas áreas del Hospital: 1. Identificación de áreas de riesgo de incendio, entre ellas: - Bodegas de almacenamiento - Planta de gases clínicos - Líneas de gases clínicos - Estanque criogénico - Estanque de gas licuado - Bodega de sustancias peligrosas - Taller de mantención - Archivo 2. Disponer de equipos portátiles de combate contra incendios: extintores y red húmeda. 3. Medidas de prevención general: capacitación en uso de extintores, mantener recinto libre de zonas de fumadores. 4. Medidas de prevención para gases clínicos y sustancias peligrosas. 5. Medidas de prevención para uso de combustibles y líquidos inflamables 6. Medidas de prevención para uso de gas licuado en cilindros y estanque 7. Medidas de prevención para uso de instalaciones eléctricas 8. Medidas de prevención para uso de autoclave y generadores de vapor. En ítem n° 9 "Anexos", se encuentran los formularios utilizados para el chequeo e inspección de equipos de extinción, cilindros, tableros eléctricos, bodegas, red húmeda y extintores.					

INS 1.1 – Tercer elemento medible: Existe informe de evaluación de riesgo de incendio elaborado por bomberos (quinquenal)

Dirección o Gerencia		
Nombre del informe	Informe Evaluación de Riesgo de Incendios en Hospital Regional de Antofagasta	
Elaborado por	Gabriel Mariño Díaz, Comandante Cuerpo de Bomberos de Antofagasta	
Fecha elaboración: 23/11/2015	Fecha vigencia: No indica	N° páginas: 6

Breve descripción del contenido del documento:
En punto de verificación Dirección, se tiene a la vista documento elaborado por bomberos, de la evaluación efectuada a solicitud de la Dirección con fecha 20/11/2015, en el cual se detalla desde el piso n° 7 al piso zócalo, incluyendo SAMU, patio trasero sector lavandería, taller de movilización y bodega de elementos de aseo, las vulnerabilidades de riesgo de incendio encontradas. En el informe no se constata el análisis de vulnerabilidades de los edificios periféricos de: ex Oncológico, Psiquiatría, Archivo y Recursos Humanos.
Se tiene a la vista informe previo denominado "Informe sobre seguridad y control de Incendios incipientes Hospital Regional de Antofagasta", 8 páginas, de fecha "Noviembre 2011" firmado por el Capitán de la 8° compañía de bomberos, el cual está referido principalmente a: medios de detección de incendio, red húmeda, red seca y extintores del edificio principal.
Dado que las dependencias del prestador se componen de un edificio principal y cuatro edificios anexos en los cuales se desarrollan actividades clínico-administrativas de atención abierta y atención cerrada se considera que el informe de bomberos presentados no cumple lo solicitado por el elemento medible, ya que no considera las vulnerabilidades de riesgo de incendio en el total de las dependencias.

INS 1.1 – Cuarto elemento medible: Existe un análisis de los resultados del informe de la evaluación y decisiones adoptadas al respecto.

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento	Análisis de los resultados obtenidos en informe de riesgo de incendio emitido por el Cuerpo de Bomberos de Antofagasta				
Elaborado por	Alejandro Gaete U., Ingeniero en Prevención de Riesgos				
Fecha elaboración: Noviembre 2015		N° páginas: 16			
Considera (Si/No)	1. Análisis de los resultados	Si	9. Medidas adoptadas	Si	
Observaciones: En punto de verificación Dirección, se tiene a la vista documento con análisis y medidas adoptadas producto del último informe emitido por bomberos, código INF-USP-05, versión 00, vigencia 5 años, aprobado por el Director del Hospital. El documento cuyo objetivo es establecer las acciones a seguir en base a las observaciones realizadas en el informe de riesgo de incendio, establece los responsables de su cumplimiento y detalla en el ítem n° 4 "Medidas de control" (páginas 4 a 15) por cada piso del edificio la actividad, los responsables y el plazo para su ejecución de cada una de las observaciones efectuadas. Se tiene a la vista análisis del informe previo, realizado por Prevencionista de Riesgos de la época y autorizado por Comité de emergencia, con plan de actividades a realizar durante los años 2011 y 2012.					

INS 1.1 – Quinto elemento medible: Se constatan elementos preventivos

Constata recarga vigente de extintores:		
N° de Extintores verificados	Lugar de verificación	N° Cumplen
29	Planta baja edifico principal	29
18	Primer piso edificio principal	18
6	Segundo piso edificio principal	6
5	Tercer piso edificio principal	5
4	Cuarto piso edificio principal	4
7	Quinto piso edificio principal	7
7	Sexto piso edificio principal	7
10	Séptimo piso edificio principal	10
1	Azotea edificio principal	1
55	Dependencias anexas	55
Constata red húmeda y seca accesibles:		
N° de elementos verificados	Lugar de verificación	N° Cumplen
8	Planta baja edifico principal	8
10	Primer piso edificio principal	10
4	Segundo piso edificio principal	4
4	Tercer piso edificio principal	4
4	Cuarto piso edificio principal	4
4	Quinto piso edificio principal	4
4	Sexto piso edificio principal	4
4	Séptimo piso edificio principal	4
3	Edificio Psiquiatría	3
1	Edificio ETS	1

Constata mantenimiento preventivo de red seca y húmeda y sistemas automatizados:				
Ubicación de Red Seca /Húmeda Verificada	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento Revisado	Cumple Programa
8 gabinetes planta baja edifico principal	Septiembre 2015	Septiembre 2015	Planilla inspección red húmeda	Si
10 gabinetes primer piso edificio principal	Septiembre 2015	Septiembre 2015	Planilla inspección red húmeda	Si
4 gabinetes segundo piso edificio principal	Septiembre 2015	Septiembre 2015	Planilla inspección red húmeda	Si
4 gabinetes tercer piso edificio principal	Septiembre 2015	Septiembre 2015	Planilla inspección red húmeda	Si
4 gabinetes cuarto piso edificio principal	Septiembre 2015	Septiembre 2015	Planilla inspección red húmeda	Si
4 gabinetes quinto piso edificio principal	Septiembre 2015	Septiembre 2015	Planilla inspección red húmeda	Si
4 gabinetes sexto piso edificio principal	Septiembre 2015	Septiembre 2015	Planilla inspección red húmeda	Si
4 gabinetes séptimo piso edificio principal	Septiembre 2015	Septiembre 2015	Planilla inspección red húmeda	Si

3 gabinetes edificio Psiquiatría	Septiembre 2015	Septiembre 2015	Planilla inspección red húmeda	Si
1 gabinete edificio ETS	Septiembre 2015	Septiembre 2015	Planilla inspección red húmeda	Si
Observaciones: Se tienen a la vista nóminas con el total de extintores y gabinetes de red húmeda existentes en la institución, se procede a la constatación de lo vigencia del mantenimiento Plan mantención no vigente				

CARACTERÍSTICA INS 1.1 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	1° EM:	2° EM:	3° EM:	4° EM:	5° EM:
Dirección o Gerencia	1	1	0	1	
General					1
Umbral de la característica: ≥ 80%	Puntaje total: 4/5		Porcentaje obtenido: 80%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA INS 2.1 / HALLAZGOS

INS 2.1 – Primer elemento medible: Se ha designado responsable institucional del plan de evacuación.

Dirección o Gerencia			
Documento que designa nombramiento: Resolución Exenta N° 2514			
N° Resolución: N° 2514	Versión: No consta	Fecha: 11/04/2013	
Elaborado por: Dr. Juan Mattatall Director Hospital Regional de Antofagasta	Aprobado por Dr. Juan Mattatall Director Hospital Regional de Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: Indefinida	N° páginas: 1	
Nombre responsable: Médico Jefe Unidad de Emergencia Hospital Regional	Cargo: Médico Jefe Unidad de Emergencia	Profesión: Médico	
Observaciones :			

INS 2.1 – Segundo elemento medible: Se documenta un plan institucional de evacuación que contempla al menos:

Nombre del documento: Plan de Evacuación Hospital de Antofagasta			
N° Resolución: N° 5438 Código:PO-DEY-03	Versión: 02	Fecha: 31/05/2013 Fecha: 05/2013	
Elaborado por: Michael Cárdenas Prevencionista de Riesgos	Aprobado por: : Dr. Juan Mattatal Director del Hospital Regional de Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 31/05/2016	N° páginas: 38	
El documento descrito contempla al menos:			
1. Responsables locales plan evacuación Jefe de Urgencia	Si	2. Funciones de los responsables	Si
3. Procedimiento de evacuación	Si	4. Sistema de comunicación alternativo	Si
Nombre responsable: Médico Jefe Unidad de Emergencia Hospital Regional	Cargo: Médico Jefe Unidad de Emergencia Hospital Regional	Profesión: Médico	

Breve descripción del documento:

Se tiene a la vista documento de carácter institucional, en páginas 2 y 3 consta la introducción, objetivos del plan de evacuación, su alcance, en el cual se señala que el presente plan de evacuación es aplicable a todas las áreas de trabajo del Hospital Regional de Antofagasta y para los eventos de Incendio, Sismo, Inundaciones y otro tipo de emergencias internas y externas

Responsables:

- Director del establecimiento: Le corresponde gestionar los recursos necesarios para la implementación del Plan de Evacuación, activar la indicación de evacuación y toma de decisiones relacionadas con la emergencia.
- Jefe de la Unidad de Urgencia: Encargado del Plan de Evacuación en el establecimiento
- Jefe de turno de la Unidad de Urgencia: Le corresponde asumir el rol y funciones como director, en horario inhábil.
- Integrantes del Departamento de Emergencias y desastres del Hospital Regional de Antofagasta: les corresponde elaborar el Plan de Evacuación del establecimiento y asesorar al Director en la toma de decisiones.
- Jefe y Supervisor de las unidades clínicas: Le corresponde difundir el procedimiento de Evacuación, solicitar insumos e implementos necesarios para la preparación de la respuesta y organizar actividades de simulación o simulacro en su unidad.
- Encargado del Centro de Responsabilidad de Operaciones: Le corresponde organizar a su equipo para la evaluación del abastecimiento de insumos básicos
- Jefe de empresa de seguridad: Le corresponde poner a su personal a disposición del departamento de Emergencia y Desastre.
- Líder de Piso: Le corresponde organizar al personal de su área para una eventual evacuación.
- Brigada de Emergencia del piso: Le corresponde tomar las primeras medidas de contención y asistir al Líder de piso en el procedimiento de evacuación

De la página 7 a la página 20, consta la Descripción del Procedimiento de Evacuación, diferenciándose éste del tipo de emergencia:

a) **Procedimiento en caso de incendio**: Se describe el protocolo de actuación, tanto en caso de amago de incendio, como en el evento de enfrentar un fuego no controlado por extintor. Se precisan números telefónicos de contacto y cómo efectuar evacuación en caso necesario, por intermedio de los líderes de evacuación de cada área. En caso de requerirse la evacuación de los pacientes hospitalizados, se considera el TRIAGE de los pacientes (categorización efectuada a diario y se consigna en colores (verde el que puede deambular solo, amarillo necesita ayuda y rojo es el paciente que no puede ser evacuado por el personal, necesita ayuda especializada o no se evacua). Se considera el punto de encuentro y las vías de ingreso de bomberos (conforme consta en cuadro resumen por área del establecimiento).

b) **Procedimiento de Emergencia en caso de Sismo o Temblor**: Se describen las medidas de protección personal y para los pacientes al momento de un sismo, advirtiendo las dependencias del hospital antiguo que pueden representar mayores posibilidades de caídas de material de construcción. Se entregan directrices para evacuar, dependiendo del lugar en el que se encuentre y procedimiento de evacuación de pacientes.
c) **Procedimiento de Emergencia en caso de Inundaciones**: Se señala que el hospital está emplazado sobre la cota de peligro de inundación por Tsunami, por lo que el protocolo sólo se refiere a inundaciones provocadas por roturas o filtraciones de agua en las instalaciones de alcantarillado, de agua potable y servida. Señala las recomendaciones y riesgos que se pueden presentar en relación a equipos eléctricos por contacto con el agua, así como eventuales caídas a nivel, por los pisos mojados etc. Se indican teléfonos de emergencia en horario hábil e inhábil y los responsables de acudir a la emergencia.
En páginas 16 a 19 figura cuadro resumen Plan General de Evacuación.
Sistema de comunicación alternativo: alerta a viva voz**.**
Desde página 21 a 38 figuran los anexos que contienen planos de las diferentes áreas del establecimiento y sus vías de evacuación y zonas de seguridad.

El documento descrito se constata en los siguientes puntos de verificación:

Dirección	PQ	UPC Ad.	UPC Ped	UPC Neo	Ped.	Neo	Cir. Inf.	Med.	Cir. Ad.	Cons. Amb.	Toma Muestra	URG
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los distintos Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento: Dirección, Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad, Unidad Coronaria, Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgica, Unidad Paciente Crítico Pediátrico, Unidad Paciente Crítico Neo, Servicio de Pediatría Unidad de Neonatología, Servicio de Cirugía Infantil, Servicio de Medicina, Pensionado Médico Quirúrgico, Unidad de Atención Progresiva del Paciente, Bloque Quirúrgico y Especialidades, Consultas Ambulatorias, Toma de Muestras, Urgencia Adulto, Pediátrica y de Gíneco Obstetricia. Se constata la presencia del documento en cada uno de los puntos de verificación.

INS 2.1 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se han ejecutado anualmente simulacros y/o simulaciones del plan de evacuación.

PQ	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
UPC Ad.	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
UPC Ped.	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
UPC Neo	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
Ped.	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
Neo;	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
Cir. Inf.	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
Med.	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
Cir. Ad.	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
Sectores Espera Público Consultas Ambulatorias	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
Toma de Muestras	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014
URG	Documento Revisado: Informe Simulacro de Evacuación	Fecha constatada: 12/2014

Los Servicios que componen el punto de verificación:
PQ: Pabellón Central, Pabellón Cardiovascular, Pabellón de Gíneco Obstetricia y Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria.
UPC Ad.: Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico.
Unidad Paciente Crítico Pediátrico
Unidad Paciente Crítico Neonatología.
Servicio de Pediatría.
Unidad de Neonatología.
Servicio de Cirugía Infantil.
Medicina: Unidad de Atención Progresiva del Paciente, Pensionado Médico Quirúrgico y Servicio de Medicina.
Cirugía: Cirugía Adulto, Bloque Quirúrgico de Especialidades y Pensionado.
Sectores Espera Público Consultas Ambulatorias: Se consideró sector de espera de público del Consultorio Adosado de Especialidades
Toma de Muestras: Unidad de Toma de Muestras del Laboratorio.
URG:Urgencia Ad-Ped y Urgencia Gíne-Obstetricia

INS 2.1 – Cuarto elemento medible: Se constata que el personal entrevistado tiene conocimiento de aspectos generales del plan de evacuación.

Punto de verificación	N° Entrevistados	N° Respuestas correctas	N° Respuestas incorrectas	% Cumplimiento
PQ	18	50	4	92%
UPC Ad.	8	24	0	100%
UPC Ped.	7	21	0	100%
UPC Neo	8	24	0	100%
Ped.	12	36	3	91%
Neo	14	42	2	88,8%
Cir. Inf.	15	45	0	100%
Med.	10	30	0	100%
Cir. Ad	14	42	0	100%
Salas Espera Cons. Amb.	18	50	0	100%
Toma de Muestras	7	21	0	100%
URG	14	42	0	100%

Total	**145**	**427**	**9**	**97,7%**

Observaciones:
El punto de verificación "PQ" se constata en: Pabellón Central, Pabellón Cardiovascular, Pabellón de Gíneco Obstetricia y Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria
El punto de verificación UPC Ad se constata en: Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico.
El punto de verificación UPC Ped se constata en: Unidad paciente Crítico Pediátrico
El punto de verificación UPC Neo se constata en: Unidad Paciente Crítico de Neonatología
El punto de verificación Ped se constata en: Servicio de Pediatría
El punto de verificación Neo se constata en: Unidad de Neonatología
El punto de verificación Cir Inf se constata en: Servicio de Cirugía Infantil.
El punto de verificación Med se constata en: Unidad de Atención Progresiva del Paciente, Pensionado Médico Quirúrgico y Servicio de Medicina
El punto de verificación Cir Ad. se constata en: Bloque Quirúrgico y Especialidades
El punto de verificación Cons. Amb. se constata en: Consultorio Adosado de Especialidades
El punto de verificación Toma de Muestras se constata en: Toma de Muestras en el Laboratorio.
El punto de verificación URG se constata en: Urgencia Ad-Ped y Urgencia Gíne- Obst

CARACTERÍSTICA INS 2.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	Dirección	PQ	UPC Ad.	UPC Ped	UPC Neo	Ped.	Neo	Cir. Inf.	Med.	Cir. Ad.	Cons.Amb.	T. Muestra	URG
1° EM	1												
2° EM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3° EM		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4° EM		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%		Puntaje total: 38/38			Porcentaje obtenido: 100%					Cumple: Si			

CARACTERÍSTICA INS 2.2 / HALLAZGOS

INS 2.2 Primer elemento medidle: Se ha designado responsable institucional de la mantención y actualización periódica de la señalética de las vías de evacuación del establecimiento:

Dirección o Gerencia		
Documento que designa nombramiento : Resolución Exenta		
N° Resolución: 0693	Versión: NA	Fecha:26/01/2015
Elaborado por: NA	Aprobado por: Marcelo Flores Varas, Director (S) Hospital Regional Antofagasta	
Carácter institucional: si	Fecha vigencia: n/c	N° páginas:1
Nombre responsable: Alejandro Gaete Urbina	Cargo: Encargado de la Unidad de Prevención de Riesgos y Salud Ambiental	Profesión: Ingeniero en Prevención de Riesgos
Observaciones: Se nombra responsable Institucional del Mantenimiento y actualización periódica de la Señalética de Vías de Evacuación del Establecimiento al Encargado de la Unidad de Prevención de Riesgos y Salud Ambiental.		

INS 2.2 Segundo elemento medible: Se constata disponibilidad de señalética de vías de evacuación (considerar iluminación, posición, tamaño, claridad de lectura o interpretación).

Sectores Acceso de Público		
Indicar ubicación de señaléticas observadas: Sector de acceso de Público en entrada a edificio principal Primer piso		
Describir:	1. Iluminación: Optima, luz natural desde ventanas laterales a la altura del techo.	2. Posición: en altura, instalada en viga en forma colgante
3. Tamaño: Gigantografía de aproximadamente 2 x 5 metros.	4. Claridad de lectura: fácil lectura, consistente en plano de planta con flechas rojas que indican el sentido de la evacuación hacia las zonas de seguridad	
Observaciones: Se constata presencia de Gigantografía con flujo de Evacuación visible por ambas caras, en primer piso del Hospital, sector acceso principal.		
Sectores de Espera de Público		
Indicar ubicación de señaléticas observadas: Sectores Espera de Público en primer piso: Servicio de Urgencia, Consultas de especialidades y salas de espera en acceso a las Unidades Clínicas en los pisos 2°, 3°, 4°, 5°, 6° y 7°		
Describir:	1. Iluminación: adecuada, dada por luz natural en sectores de espera de urgencia y en unidad de consultas de especialidades, al igual que en esperas de acceso a las Unidades Clínicas.	2. Posición: La señalética se ubica a la altura de la vista, Aproximadamente a 1.6 metros del suelo.
2. Tamaño: Adhesivos de aproximadamente 18 x 25 cm.	4. Claridad de lectura: La señalética es con imágenes y flechas colores blanco y verde.	
Observaciones: La señalética en uso se encuentra en cantidad suficiente y de acuerdo a lo establecido en la NCh N° 1411/1, en cuanto a tamaño y colores. Indicando el sentido del desplazamiento en caso de escape.		
Pasillos de Circulación		
Indicar ubicación de señaléticas observadas: Pasillo de circulación en pisos 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6° y 7°		
Describir:	1. Iluminación: adecuada, dada por luz natural en las escaleras, en los pasillos de hospitalización la señalética	2. Posición: adheridas a los muros a aproximadamente 1.6 metros del suelo y las tipo veleta ancladas a

	es luminosa de fácil visualización en la noche.	aproximadamente 1.9 metros del suelo
3. Tamaño: Estándar , aproximadamente 18 x 25 cm		4. Claridad de lectura: La señalética es con imágenes y flechas claras , colores verde y rojo con letras blancas
Observaciones: La señalética en uso se encuentra en cantidad suficiente y de acuerdo a lo establecido en la NCh N° 1411/1, en cuanto a tamaño y colores. Indicando el sentido del desplazamiento en caso de escape, la presencia de escaleras y/o puertas de escape.		

CARACTERÍSTICA INS 2.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección	Sector Espera Público	Sector Espera Público	Pasillos de Circulación
Primer elemento medible	1			
Segundo elemento medible		1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 4/4	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple:Si

CARACTERÍSTICA INS 3.1 / HALLAZGOS

INS 3.1 – Primer elemento medible: Se ha designado un responsable institucional del mantenimiento preventivo de las instalaciones.

Dirección o Gerencia		
Documento que designa nombramiento: Resolución Exenta		
N° Resolución:9687	Versión: No tiene	Fecha:29 agosto 2013
Elaborado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta	Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall L., Director Hospital Regional de Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: No tiene	N° páginas: 1
Nombre responsable: Pedro Caballero Navea	Cargo: Responsable Mantenimiento Preventivo de las Instalaciones	Profesión: Ingeniero Naval

Documento que designa nombramiento: Resolución Exenta		
N° Resolución:13999	Versión: No tiene	Fecha:20 Agosto 2014
Elaborado por: Dra. Juana Pérez Moraga, Director (T y P) Hospital Regional de Antofagasta	Aprobado por: Dra. Juana Pérez Moraga, Director (T y P) Hospital Regional de Antofagasta	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: No	N° páginas: 1
Nombre responsable: Pedro Caballero Navea	Cargo: Jefe de la Unidad de Mantención del Hospital Regional de Antofagasta	Profesión: Ingeniero Naval

INS 3.1 – Segundo elemento medible: Se documenta un programa de mantenimiento preventivo que incluye al menos:

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento: Programa de mantenimiento preventivo de equipos industriales e instalaciones					
Código: PO-INS-01	Versión:00	Fecha: Marzo 2014	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 16	
Elaborado por: Ramón Jorquera R., Jefe (s) Unidad de Mantención		Aprobado por: Dra. Juana Pérez M., Directora Hospital Regional Antofagasta			
El documento incluye el programa de mantenimiento preventivo de al menos:					
1. Ascensores	Si	2. Calderas	N/A	3. Techumbre	Si
4. Sistemas de aspiración y gases clínicos	Si	6. Sistemas de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes			Si
En el punto 7 del programa se estipula el detalle de las actividades y periodicidad de las siguientes instalaciones: -Ascensores: Mensual, para una actividad bimensual y para 2 de las actividades semestral -Sistema de aspiración y gases clínicos: se incluye el detalle de las actividades de mantención preventiva para la Central de Aire Medicinal, Central de Vacío Duplex Medicinal, Manifold de Gases (O2-N2O), Salidas Murales, Cajas de Válvulas, Alarma Master y de Presión. Periodicidad: 1 vez al año. Adicionalmente, se consigna que la Mantención Preventiva de "Reparación Equipamiento secundario", se realizará con frecuencia "De acuerdo a solicitud". Se detallan las actividades técnicas de Mantención Preventiva de cada uno de los componentes del sistema de aspiración y gases clínicos. -Techumbre: Se consigna que 3 actividades, son de frecuencia mensual y 2 de frecuencia anual. -Climatización: En el punto 7.5, letra a), se consigna, pormenorizadamente, en un listado 22 equipos de distintas marcas y modelos, ubicados en diferentes servicios y plantas (Planta baja, primer piso, segundo piso, etc.) del hospital. La periodicidad de las actividades de Mantención Preventiva definidas para todos ellos es Mensual. En el punto 7.5, letra b) se consigna, pormenorizadamente, en un listado 24 equipos de distintas marcas y modelos, ubicados en diferentes servicios y plantas (Planta baja, primer piso, segundo piso, etc.) del hospital. La periodicidad de las actividades de Mantención Preventiva definidas para 12 de éstos, es Mensual y para otros 12, es Trimestral. En el punto 7.6 "Constancia de mantención", se define que el medio por el cual se verificará la realización de cada mantención será a través de: órdenes de trabajo, órdenes de servicio, check list o libro de obras. En el punto 8 "Excepciones a mantenciones", se define que en el caso que no se pueda cumplir con la mantención programada por espera de llegada de insumos o repuestos; o cualquier otro caso fortuito, quedará reflejado en la planilla de chequeo de la programación del mes, detallando la problemática causante del incumplimiento.					

INS 3.1 – Tercer elemento medible: Se constata ejecución de programa de mantenimiento preventivo.

Se constata en Dirección o Gerencia del Prestador

Mantenimiento preventivo de ascensores						
Metodología de constatación: Se revisan los documentos presentados por el Jefe de Mantención del Hospital Regional Antofagasta, Sr. Javier Vera Rojas, RUT 13.744.117-9. Corresponden a Cartillas de Inspección e Informes Técnicos de la empresa Ascensores Chile con número de folio.						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
HOSPAN - Montacamillas N° 1 y 2- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Mayo - 2015	11 al 15 Mayo-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0041745 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005585	Si	Si
HOSPAN N°3 -Pasajeros- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Mayo - 2015	11 al 15 Mayo-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0041746 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005585	Si	Si
HOSPAN N°4 –Pasajeros Alimentación- Schindler- OTIS	Mensual	Mayo - 2015	11 al 15 Mayo-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0041747 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile - N° 005585	Si	Si
HOSPAN N°5 –Pasajeros Psiquiatría- Schindler- OTIS	Mensual	Mayo - 2015	11 al 15 Mayo-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0041748 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005585	Si	Si
HOSPAN N°6 –Pasajeros ex Oncología- Schindler- OTIS	Mensual	Mayo - 2015	11 al 15 Mayo-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0041749 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005585	Si	Si
HOSPAN - Montacamillas N° 1 y 2- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Junio - 2015	8 al 12 Junio-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0041770 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005558	Si	Si
HOSPAN N°3 -Pasajeros- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Junio - 2015	8 al 12 Junio-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0041771 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005558	Si	Si
HOSPAN N°4 –Pasajeros Alimentación- Schindler- OTIS	Mensual	Junio - 2015	8 al 12 Junio-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0041772 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile - N° 005558	Si	Si
HOSPAN N°5 –Pasajeros Psiquiatría- Schindler- OTIS	Mensual	Junio - 2015	8 al 12 Junio-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0041773 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005558	Si	Si
HOSPAN N°6 –Pasajeros ex Oncología- Schindler- OTIS	Mensual	Junio - 2015	8 al 12 Junio-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0041774 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005558	Si	Si
HOSPAN - Montacamillas N° 1 y 2- Hall Principal- Schindler-	Mensual	Julio - 2015	20 al 24 Julio-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042195 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores	Si	Si

OTIS				Chile- N° 005592		
HOSPAN N°3 -Pasajeros- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Julio - 2015	20 al 24 Julio-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N° 0042196 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005592	Si	Si
HOSPAN N°4 –Pasajeros Alimentación- Schindler- OTIS	Mensual	Julio - 2015	20 al 24 Julio-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042197 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile - N° 005592	Si	Si
HOSPAN N°5 –Pasajeros Psiquiatría- Schindler- OTIS	Mensual	Julio - 2015	20 al 24 Julio-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042198 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005558	Si	Si
HOSPAN N°6 –Pasajeros ex Oncología- Schindler- OTIS	Mensual	Julio - 2015	20 al 24 Julio-2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042199 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005592	Si	Si
HOSPAN - Montacamillas N° 1 y 2- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Agosto - 2015	3 al 7 Agosto 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042415 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005594	Si	Si
HOSPAN N°3 -Pasajeros- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Agosto - 2015	3 al 7 Agosto 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N° 0042416 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005594	Si	Si
HOSPAN N°4 –Pasajeros Alimentación- Schindler- OTIS	Mensual	Agosto - 2015	3 al 7 Agosto 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042417 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile - N° 005594	Si	Si
HOSPAN N°5 –Pasajeros Psiquiatría- Schindler- OTIS	Mensual	Agosto - 2015	3 al 7 Agosto 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042418 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005594	Si	Si
HOSPAN N°6 –Pasajeros ex Oncología- Schindler- OTIS	Mensual	Agosto - 2015	3 al 7 Agosto 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042419 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005594	Si	Si
HOSPAN - Montacamillas N° 1 y 2- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Septiembre - 2015	6 al 11 Septiembre 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042415 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005597	Si	Si
HOSPAN N°3 -Pasajeros- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Septiembre - 2015	6 al 11 Septiembre 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N° 0042444 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005597	Si	Si
HOSPAN N°4 –Pasajeros Alimentación- Schindler-	Mensual	Septiembre - 2015	6 al 11 Septiembre 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042445 Cartilla de Inspección e	Si	Si

OTIS				Informe Técnico Ascensores Chile - N° 005597		
HOSPAN N°5 –Pasajeros Psiquiatría- Schindler- OTIS	Mensual	Septiembre - 2015	6 al 11 Septiembre 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042446 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005597	Si	Si
HOSPAN N°6 –Pasajeros ex Oncología- Schindler- OTIS	Mensual	Septiembre - 2015	6 al 11 Septiembre 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042447 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005597	Si	Si
HOSPAN - Montacamillas N° 1 y 2- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Octubre - 2015	5 al 10 Octubre 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042834 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005598	Si	Si
HOSPAN N°3 -Pasajeros- Hall Principal- Schindler- OTIS	Mensual	Octubre - 2015	5 al 10 Octubre 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N° 0042835 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005598	Si	Si
HOSPAN N°4 –Pasajeros Alimentación- Schindler- OTIS	Mensual	Octubre - 2015	5 al 10 Octubre 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N° 0042836 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile - N° 005598	Si	Si
HOSPAN N°5 –Pasajeros Psiquiatría- Schindler- OTIS	Mensual	Octubre - 2015	5 al 10 Octubre 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042837 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005598	Si	Si
HOSPAN N°6 –Pasajeros ex Oncología- Schindler- OTIS	Mensual	Octubre - 2015	5 al 10 Octubre 2015	Comprobante de servicio empresa Ascensores Chile N°0042838 Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005598	Si	Si
Observaciones: Hay un error en la Cartilla de Inspección e Informe Técnico Ascensores Chile- N° 005558, dice Julio; debe decir Junio (el Prestador declara que efectivamente corresponde a Junio).						
Mantenimiento preventivo de calderas						
Observaciones: No aplica. El Prestador declara que el Hospital no tiene calderas.						
Mantenimiento preventivo de techumbre						
Metodología de constatación: Se revisan los documentos presentados por el Jefe de Mantención del Hospital Regional Antofagasta, Sr. Javier Vera Rojas, RUT 13.744.117-9. Corresponden a documentos en formato institucional, tipo pauta de chequeo "Check list" de las actividades definidas, con signo "√" cuando se ha realizado.						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Techumbre Edificio Principal	Mensual	Mayo a Octubre 2015	Mayo a Octubre-2015	Formato institucional, tipo pauta de chequeo "Check list" de las actividades definidas, con signo "√" cuando se ha realizado. Consigna nombre y firma del técnico responsable y Jefe de la Unidad de Mantención del Hospital Regional Antofagasta	Si	Si
Techumbre Área Administrativa	Mensual	Mayo a Octubre 2015	Mayo a Octubre-2015	Formato institucional, tipo pauta de chequeo "Check list" de las actividades definidas, con signo "√" cuando se ha realizado. Consigna nombre y firma del técnico responsable y Jefe de la Unidad	Si	Si

				de Mantención del Hospital Regional Antofagasta		
Techumbre Ex-Oncológico	Mensual	Mayo a Octubre 2015	Mayo a Octubre-2015	Formato institucional, tipo pauta de chequeo "Check list" de las actividades definidas, con signo "√" cuando se ha realizado. Consigna nombre y firma del técnico responsable y Jefe de la Unidad de Mantención del Hospital Regional Antofagasta	Si	Si

Observaciones:

Mantenimiento preventivo de sistema de aspiración y gases clínicos

Metodología de constatación: Se revisan los documentos presentados por el Jefe de Mantención del Hospital Regional Antofagasta, Sr. Javier Vera Rojas, RUT 13.744.117-9
Los documentos presentados corresponden a la empresa "Redes de Gases Clínicos" Proyecta Ltda.; éstos, no consignan el nombre del formulario, ni el número de folio. Incluyen el nombre y firma del responsable de Proyecta Ltda. La "descripción del trabajo a realizar" está consignada en letra manuscrita en formato de "texto libre".

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Aire Medicinal	Anual	1 vez al año	30 Junio 2015	Documento de la empresa "Redes de Gases Clínicos" Proyecta Ltda., (No consigna el nombre del formulario, ni el número de folio).	No	No se registran en el documento todas las acciones de Mantención Preventiva definidas en la página 9 del Programa de Mantenimiento Preventivo definido en la institución. No cumple.
Central de Aire	Anual	1 vez al año	No consigna fecha	Documento de la empresa "Redes de Gases Clínicos" Proyecta Ltda., (No consigna el nombre del formulario, ni el número de folio, ni la fecha de realización de las actividades).	No	No se registran en el documento todas las acciones de Mantención Preventiva definidas en la página 9 del Programa de Mantenimiento Preventivo definido en la institución. No cumple.
Central de vacío (palabra ilegible)	Anual	1 vez al año	30 Junio 2015	Documento de la empresa "Redes de Gases Clínicos" Proyecta Ltda., (No consigna el nombre del formulario, ni el número de folio).	No	No se registran en el documento todas las acciones de Mantención Preventiva definidas en la página 9 del Programa de Mantenimiento Preventivo definido en la institución. Consigna, entre otros, que: "Trabaja un solo equipo, bomba N°2 desconectada, no está funcionando" No cumple.
Central de vacío "PUR"	Anual	1 vez al año	No consigna fecha	Documento de la empresa "Redes de Gases Clínicos" Proyecta Ltda., (No consigna el nombre del formulario, ni el número de folio, ni la fecha).	No	No se registran en el documento todas las acciones de Mantención Preventiva definidas en la página 9 del Programa de Mantenimiento Preventivo definido en la institución. No cumple.
Manifold Óxido Nitroso	Anual	1 vez al año	No consigna	Documento de la empresa "Redes de Gases Clínicos" Proyecta Ltda., (No consigna el nombre del formulario, ni el número de folio, ni la fecha).	No	No se registran en el documento todas las acciones de Mantención Preventiva definidas en la página 10 del Programa de Mantenimiento Preventivo definido en la institución. No cumple.
Manifold Respaldo O_2	Anual	1 vez al año	30 Junio 2015	Documento de la empresa "Redes de Gases Clínicos" Proyecta Ltda., (No consigna el nombre	No	No se registran en el documento todas las acciones de Mantención Preventiva definidas en la página 10 del Programa de

				del formulario, ni el número de folio).		Mantenimiento Preventivo definido en la institución. No cumple.
Salidas Murales de Gases Clínicos	Anual	1 vez al año	30 Junio 2015	Documento de la empresa "Redes de Gases Clínicos" Proyecta Ltda., (No consigna el nombre del formulario, ni el número de folio).	No	No se registran en el documento todas las acciones de Mantención Preventiva definidas en la página 10 del Programa de Mantenimiento Preventivo definido en la institución. Se consigna que las "*salidas murales diferentes servicios presentan problemas de fugas, son salidas murales antiguas, están discontinuadas, no tienen repuestos. Se solicita recambio de salidas para normalizar y dejar operativo el sistema*" No cumple.
Cajas de Válvulas	Anual	1 vez al año	30 Junio 2015	Documento de la empresa "Redes de Gases Clínicos" Proyecta Ltda., (No consigna el nombre del formulario, ni el número de folio).	No	No se registran en el documento todas las acciones de Mantención Preventiva definidas en la página 11 del Programa de Mantenimiento Preventivo definido en la institución. Se consigna que "*no se intervienen, están fuera de norma. Se realizan pruebas de fuga, están sin manómetros, no cumplen con la norma chilena de gases*" No cumple
Alarmas de Gases Clínicos	Anual	1 vez al año	30 Junio 2015	Documento de la empresa "Redes de Gases Clínicos" Proyecta Ltda., (No consigna el nombre del formulario, ni el número de folio).	No	No se registran en el documento todas las acciones de Mantención Preventiva definidas en la página 11 del Programa de Mantenimiento Preventivo definido en la institución. Se consigna que "*hay servicios que no cuentan con alarmas*" No cumple

Observaciones: Se constata que no se cumplen las acciones contempladas en el Programa de Mantención Preventivo definido en la institución. Se aplica el criterio de "no cumplimiento de la periodicidad", al no estar explicitas en el documento de registro de la empresa Proyecta Ltda., todas las acciones de Mantención Preventiva que se debieron revisar en cada visita; por lo tanto, se define que no es posible constatar, la periodicidad de las acciones de mantención preventiva.

Mantenimiento preventivo de sistemas de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes

Metodología de constatación: Se revisan todos los formularios presentados por el Jefe de Mantención del Hospital Regional Antofagasta, Sr. Javier Vera Rojas, RUT 13.744.117-9 de las siguientes empresas:

- "HOFESA Climatización": Formularios "Recepción de trabajos N°". Los documentos presentados consignan el nombre del formulario, el número de folio, la firma del técnico. El formato es pre-impreso con campos a llenar para distintas actividades y un campo de "observaciones", para "texto libre".
- "Termoingeniería Norte Ltda".: Formularios "Orden de reparación y mantención N°". Los documentos presentados consignan el nombre del formulario, el número de folio, la firma del técnico. El formato es pre-impreso con campos a llenar para distintas actividades y un campo de "observaciones", para "texto libre".

Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Sistema Central UCI Ad	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Mayo-Octubre 2015	Órdenes de Reparación y Mantención de la Empresa Termoingeniería Norte Ltda., N°1.130-1/ N°1.148-1/ N°1.170-1/ N°1.174-1/ N°1.196-1/ N°1.124-1	Si	Si

Alimentación-Planta Baja	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Junio-Octubre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números: 2432-2433-2441-2362-2467-2467-2501-2466-2465-2464-2575-2591-2592-2593-2667-2679-2678-2677-2676-2750	No	No se presenta documentación del mes de mayo 2015. No cumple
Hemodinamia -Planta Baja-Clark	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Mayo-Septiembre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números: 2273-2272-2271-2270-2436-2437-2393-2429-2428-2468-2430-2588-2649-2648-2647-2646	No	No se presenta documentación del mes de octubre 2015. No cumple
Imagenología -Primer Piso-Carrier	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Mayo 2015 Julio 2015 Septiembre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números: 2308-2509-2681	No	No se presenta documentación de los meses de junio-agosto y octubre 2015. No cumple
Imagenología -Primer Piso-Haier	Mensual	Mayo-Octubre 2015	No se constata	No se presentan documentos	No	No se presenta documentación del período mayo-octubre 2015. No cumple
Pabellón Central – Tercer Piso-York	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Junio 2015 Julio 2015 Agosto 2015 Septiembre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números:2397-2533-2620-2701	No	No se presenta documentación de los meses de mayo y octubre 2015. No cumple
Pabellón N°6-Tercer Piso-York	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Junio 2015 Julio 2015 Agosto 2015 Septiembre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números:2398-2534-2621-2702	No	No se presenta documentación de los meses de mayo y octubre 2015. No cumple
Poli Otorrino-Ex - Oncología-Clark	Mensual	Mayo-Octubre 2015	No se constata	No se presentan documentos	No	No se presenta documentación del periodo evaluado. No cumple
Sala Ecotomógrafo -Primer Piso-Tadiran	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Julio 2015	Formularios "Recepción de trabajos" número 2510	No	No se presenta documentación de los meses de mayo, junio, agosto, septiembre y octubre 2015. No cumple
Sala Scanner-Primer Piso-Trane	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Mayo-Septiembre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números: 2306-2307-2363-2512-2511-2508-2599-2600-2683-2684	No	No se presenta documentación del mes de octubre 2015. No cumple
SEDILE-Sexto Piso-Haier	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Mayo-Septiembre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números: 2329-2399-3005-2622-2703	No	No se presenta documentación del mes de octubre 2015. No cumple
Sala Litotriptor-Séptimo Piso-Westinghouse	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Mayo 2015 Junio 2015 Julio 2015 Septiembre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números: 2330-2400-2537-3011	No	No se presenta documentación de los meses de agosto y octubre 2015. No cumple
Sala Litotriptor-Séptimo Piso-Wespoint	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Mayo 2015 Junio 2015 Julio 2015 Agosto 2015 Septiembre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números: 2331-2401-2538-2624-2704	No	No se presenta documentación del mes de octubre 2015. No cumple
Bodega Farmacia-Patio Ambulancias-Anwo	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Mayo 2015 Junio 2015 Agosto 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números: 2342-2341-2340-2339-2338-2408-2409-2629-2628-2630-2632-2631	No	No se presenta documentación de los meses de julio, septiembre y octubre 2015.

						No cumple
Dental-Planta Baja-Uniclima	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Octubre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números: 2729-2728-2727 (No consignan los trabajos realizados)	No	No se presenta documentación del período mayo-septiembre 2015. La documentación del mes de octubre no consigna trabajos realizados. No cumple
Servicio Urgencia SAUD-Uniclima	Mensual	Mayo-Octubre 2015	No se constata	No se presentan documentos	No	No se presenta documentación del periodo evaluado. No cumple
Pabellón Cardiología-Segundo Piso-Trane	Mensual	Mayo-Octubre 2015	Mayo 2015 Julio 2015 Septiembre 2015	Formularios "Recepción de trabajos" números: 2313-2312-2518-2517-2685-2686	No	No se presenta documentación de los meses de junio, agosto y octubre 2015. No cumple

CARACTERÍSTICA INS 3.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 0
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 2/3	Porcentaje obtenido: 67%		Cumple: No

CARACTERÍSTICA INS 3.2 / HALLAZGOS

INS 3.2 – Primer elemento medible: Se ha designado responsable institucional del plan de contingencia en caso de interrupción de suministro eléctrico y agua potable.

Dirección o Gerencia			
Documento que designa nombramiento: Resolución Exenta			
N° Resolución: 10500	Versión: NA	Fecha: 11/09/2013	
Elaborado por: NA	Aprobado por: Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional de Antofagasta		
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 11/09/2013	N° páginas: 1	
Nombre responsable: Ramón Jorquera Rojas, Rut N° 6.804.007-8	Cargo: Responsable del Plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico y agua potable del Hospital Regional de Antofagasta.		Profesión: No consigna
Observaciones: El documento tenido a la vista no consigna la profesión del responsable.			

INS 3.2 – Segundo elemento medible: Se documenta un plan de contingencia en caso de interrupción de suministro eléctrico y agua potable.

Dirección o Gerencia
Nombre del documento: No presenta documento
Observaciones: El prestador indica que el documento existente se encuentra obsoleto y el nuevo se encuentra en elaboración, no posee versión vigente. Se constata documento con timbre "Obsoleto"

INS 3.2 – Tercer elemento medible: Existen registros que dan cuenta de mantenimiento preventivo.

Punto de verificación Dirección o Gerencia

Mantenimiento preventivo de sistema de generadores de energía de emergencia						
Metodología de constatación: Para la constatación del tercer elemento medible se solicitan las pautas de mantenimiento de los generadores de emergencia del hospital efectuadas en el período evaluado, mayo octubre de 2015 y se procede a su revisión.						
Se verifica:	Características del mantenimiento:	Si	Periodicidad	Si	Fechas de mantenimiento	Si
Descripción de mantenimiento revisado: En punto de verificación Dirección se tienen a la vista los documentos denominados "Pauta Mantención Equipo Electrógeno", en los cuales se describen los criterios de desempeño a medir por ítem, según se detalla: 1. Preparación de herramientas y materiales, considera 5 actividades. 2. Solicitud y bloqueo de equipo, considera 4 actividades relacionadas a la preparación del equipo mara el mantenimiento. 3. Realización de la actividad, considera 16 tareas a ejecutar de inspección, limpieza y verificación de funcionamiento de los distintos componentes del equipo. 4. Registro de valores medidos generales del grupo electrógeno, considera los valores medidos con y sin tablero conectado.						

El mantenimiento se efectúa en forma mensual, se constatan las pautas ejecutadas en los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre, todas consignan la fecha, hora de inicio, hora de término y firmas del Técnico responsable del mantenimiento y el jefe de la unidad.
Mantenimiento preventivo de estanques de agua de emergencia
Metodología de constatación: Para la constatación del tercer elemento medible se solicitan las pautas de mantenimiento de los estanques de agua de emergencia del hospital efectuadas en el período evaluado, mayo octubre de 2015 y se procede a su revisión.

Se verifica:	Características del mantenimiento:	Si	Periodicidad	Si	Fechas de mantenimiento	Si

Descripción de mantenimiento revisado:
En punto de verificación Dirección se tienen a la vista los documentos que dan cuenta del mantenimiento realizado a los estanques de agua, según se detalla a continuación:

1. "Informe visita inspectiva Planta de agua principal", informe que elabora el técnico responsable de la inspección realizada a los estanques de agua de emergencia cada 3 meses, en las cuales revisa las bombas, el estanque hidropack, el tablero eléctrico, el presostato y el rango de presión. Se constata inspección de los meses de marzo, junio y septiembre, todas consignan fecha, hora de inicio, hora de término y firma del técnico responsable.
2. "Informe microbiológico de agua potable LB N° 2642/15", análisis efectuado por laboratorio externo 2 veces al año. Se constata análisis del laboratorio "Labotec Ltda." de fecha 29/06/2015, con muestra de la "Piscina de agua potable" efectuada entre los días 25 y 28/06/2015, los parámetros evaluados son: Coliformes totales, Escherichia Coli, cloro libre o residual y PH.

INS 3.2 – Cuarto elemento medible: Se constata operación de los sistemas de emergencia.

Punto de verificación Dirección o Gerencia
Constata operación de generadores de energía de emergencia: En conjunto con el Jefe de Mantención se planifica corte de suministro eléctrico para el día 03/12/2015 a las 18 hrs. En la fecha y hora señalada el eléctrico de turno, Sr. Carlos Vega, procede a preparar el equipo electrógeno que energiza el edificio principal en 15 segundos en caso de corte de suministro eléctrico, marca Luyere, modelo V550k, con capacidad de 550 KVA. A las 18:07 horas se procede con el corte de suministro comprobándose el correcto funcionamiento del equipo a los 12 segundos, sin afectar la operatividad de los servicios clínicos consultados: Pabellón, UCI adultos.
Constata calidad macroscópica del agua de estanques de reserva: La evaluadora en compañía del Jefe de Mantención procede a revisar los dos estanques de acumulación de agua potable de 4 m^3 cada uno. Los estanques se encuentran protegidos del exterior y se accede a visualizar el agua a través de ventanas ubicadas en la parte superior de ellos, el agua se observa limpia, libre de elementos flotando y malos olores.

CARACTERÍSTICA 3.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM: 1	2° EM: 0	3° EM:1	4° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 3/4		Porcentaje obtenido: 75%		Cumple: Si

SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO

SERVICIOS DE APOYO – LABORATORIO CLÍNICO (APL)

CARACTERÍSTICA APL 1.1 / HALLAZGOS

APL 1.1 – Elemento medible: Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia		
Prestador al que compra: Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica, Acreditado		N° Registro Acreditación: 49
N° Autorización Sanitaria: N/A	Fecha Autorización Sanitaria: N/A	SEREMI:N/A
Copia fiel del documento original **(Si/No): N/A**	Fecha copia notarial: N/A	

CARACTERÍSTICA APL 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	Primer elemento medible: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APL 1.2 / HALLAZGOS

APL 1.2 – Primer elemento medible: Se describen en documento(s) elaborado(s) por Laboratorio Clínico, los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado, incluyendo:

Laboratorio Clínico				
Nombre del documento: Manual de Toma de Muestras Hospital Regional de Antofagasta				
Código: MA-LAB-03	Versión: 00	Fecha: Noviembre 2015	Fecha vigencia: 4 años	N° páginas: 40
Elaborado por: Karen Araya, Tecnólogo Médico			Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Laboratorio	
El documento incluye los siguientes procedimientos (Si/No):				
1. Instrucciones de preparación del	Si	2. Procedimiento de toma de muestra para los		Si

paciente		exámenes realizados			
3. Rotulación de las muestras	Si	4. Conservación de las muestras	Si	5. Traslado de las muestras	Si
6. Criterios de rechazo de muestras	Si	7. Se han definido responsables de su aplicación	Si		

Breve descripción del contenido del documento: El objetivo principal del documento es indicar la forma correcta y segura de tomar las muestras para exámenes de Laboratorio, indicando los requisitos en relación a preparación del paciente, y la conservación y transporte de muestra.
Las instrucciones entregadas en el manual aplican a la tomas de muestras que se realicen en todas las unidades asistenciales del Hospital Regional de Antofagasta.
La solicitud de exámenes se debe realizar en los formularios distribuidos por el Laboratorio y la recolección de la muestra es de responsabilidad del personal a cargo del paciente, siguiendo las normas entregadas por el laboratorio. La muestra debe ser rotulada con letra clara y legible con el nombre del paciente y dos apellidos, tipo de muestra, fecha y hora de su extracción.
Si la muestra no es apropiada para las determinaciones solicitadas o no cumpla con lo requerido en este manual, se notificará su rechazo al profesional responsable de la unidad de origen.
Se enumeran los instructivos para toma de muestra de los exámenes realizados (sangre venosa y arterial, tiempo de sangría, flujo vaginal, estudios de secreciones, muestras de orina, coproparasitológico, hemorragias ocultas, hemocultivo, PKU y otros) y cada instructivo cuenta con objetivo, principio, referencias, responsables, materiales y equipos, descripción de la tarea, informe de resultados, control de calidad, documentos asociados y anexos, los cuales se encuentran en formato electrónico en la web.

En las páginas N°13 a la 39, el manual, cuenta con anexo N°1: "Instructivo de preparación del paciente según examen solicitado", agrupados por sección de proceso, indicaciones del paciente, tipo de muestra, conservación y en la página N° 40, el anexo N° 2, el Indicador de "Rechazo de Muestras".
Criterios de rechazo de muestras, se encuentran en la página N° 6 del documento:

- Volumen insuficiente
- Muestra hemolizada
- Muestra coagulada
- Solicitud de examen no valorizado
- Muestra en contenedor equivocado
- Contenedor de la muestra mal etiquetado
- Transporte inadecuado de la muestra
- Solicitud ilegible
- Solicitud sin identificación del médico (nombre y Rut)
- Tubos o etiquetas contaminadas con sangre
- Muestras solicitadas y no tomadas
- Tubo enviado para determinación no solicitada
- Muestra derramada

Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación:

Laboratorio	Toma Muestra	UPC Ad, TIM, UPC Coronaria	UPC Ped.	UPC Neo	Medicina, UAPP y Pensionado	Pediatría	Urgencia adulto y pediátrica, Gineco-obstétrica
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
Laboratorio: Laboratorio
Toma Muestras: Toma de Muestras de Laboratorio
UPC Ad: Unidad de Paciente Crítico Adulto
TIM: Tratamiento Intermedio
UPC Coronaria: Unidad de Paciente Crítico Coronario
UPC Ped: Unidad de Paciente Crítico Pediátrica
UPC Neo: Unidad de Paciente Crítico Neonatología
Medicina: Servicio de Medicina, Unidad de Atención Progresiva del Paciente y Pensionado
Pediatría: Servicio de Pediatría
Urgencia: Unidad de Emergencia Adulto, Pediátrica y Gineco-Obstétrica

El Hospital, cuenta con los servicios de Unidad de Paciente Crítico de adulto, Tratamiento Intermedio y Unidad de Paciente crítico Coronario.
En el Servicio de Medicina cuenta con Medicina, Unidad de Atención Progresiva del Paciente (UAPP) y Pensionado.
En el Servicio de Urgencia cuentan con Urgencia Adulto y Pediátrico y Urgencia Gineco-Obstétrica.

Se constata que en todos los puntos de verificación señalados, cuentan con el manual de Toma de Muestras entregado por el Laboratorio y con los instructivos de toma de muestras digitalizados, siendo éstos, la misma versión con que cuenta el Laboratorio.

Observaciones: Se tiene a la vista versión anterior código PO-LAB-01 de 169 páginas, fecha de emisión Agosto 2012 y vigencia de 3 años elaborado por Eva Mejías, Tecnólogo Médico, Encargada de Calidad y aprobado por Dr. Juan Pablo Mattatal I., Director del Hospital Regional de Antofagasta.

APL 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con problemas de la toma de muestra detectados en el Laboratorio.

Toma de Muestra	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras

Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Adulto	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
TIM (Tratamiento Intermedio)	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Coronaria	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Ped.	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Neo	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Medicina	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UAPP (Unidad de Atención Progresiva del Paciente)	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Pensionado	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Pediatría	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Urgencia Adulto- Pediátrica	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Urgencia Gineco-Obstétrica	
Nombre del indicador	Rechazo de Muestras
Fórmula matemática	(Nº de muestras rechazadas por Unidad Asistencial / Nº total de muestras recibidas por Unidad Asistencial) x 100
Umbral de cumplimiento: = o < 1.5%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

APL 1.2– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Toma de Muestras	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador).

	Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
UPC Adulto	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
TIM (Tratamiento Intermedio)	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
UPC Coronaria	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
UPC Ped.	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
UPC Neo	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
Medicina	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una

	etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
UAPP (Unidad de Atención Progresiva del Paciente)	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
Pensionado	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
Pediatría	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
Urgencia Adulto Pediátrica	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).
Urgencia Gineco-Obstétrica	
Nombre documento	Informe de Evaluación de Indicador
Responsable medición	TM Karen Araya Collao
Fuente primaria	Planilla de "Rechazo de Muestras por tubo y Procedencia"
Fuente secundaria	Estadística de tubos ingresados al sistema informático de Laboratorio Omega
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Al ingresar los exámenes solicitados al sistema informático de Laboratorio Omega, se genera una etiqueta con código de barra por tubo. Mensualmente, se saca la estadística de los tubos recibidos en el Laboratorio, diferenciada por unidad solicitante (denominador). Cada vez que existe un rechazo de tubo en recepción o en la sección, se registra en planilla Excel y mensualmente, se obtiene el número de tubos rechazados agrupados por unidad solicitante (numerador).

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Toma de Muestra

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados /	6	1	2	5	0	1
N° Total de Tubos	28.658	5.479	7.735	6.008	5.577	5.956

% Cumplimiento	0,02%	0,02%	0,03%	0,08%	0%	0,02%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Toma de Muestra

Describir constatación**:** Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y permite agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio. Se constata que existe consistencia entre los datos registrados y los presentados por el prestador. Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados /	1					
N° Total de Tubos	5.956					
% Cumplimiento	0,02%					

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados /	16	11	9	11	3	11
N° Total de Tubos	5.712	1.039	1.191	1.226	1.263	1.306
% Cumplimiento	0,28%	1,06%	0,76%	0,90%	0,24%	0,84%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad

Describir constatación**:** Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio. Se constata que existe consistencia entre los datos registrados y los presentados por el prestador. Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados /	11					
N° Total de Tubos	1.306					
% Cumplimiento	0,84%					

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en TIM (Tratamiento Intermedio)

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados /	19	19	15	16	14	15
N° Total de Tubos	6.396	1.179	1.552	1.704	1.421	1.618
% Cumplimiento	0,30%	1,61%	0,97%	0,94%	0,99%	0,93%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para TIM (Tratamiento Intermedio)

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador". Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables. Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio.
Al constatar la información entregada por el Laboratorio en la planilla de rechazo de tubos, se encuentra una diferencia de un

tubo más que el reportado por el prestador (error de contabilización) y cómo esto no afecta el resultado del porcentaje del resultado informado del indicador, se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados / N° Total de Tubos	16 / 1.618					
% Cumplimiento	0,99%					

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Coronaria

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados / N° Total de Tubos	0 / 6.332	2 / 684	11 / 1.171	10 / 1.139	4 / 1.050	13 / 1.346
% Cumplimiento	0%	0,29%	0,94%	0,88%	0,38%	0,97%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Coronaria

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio. Se constata que existe consistencia entre los datos registrados y los presentados por el prestador.
Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados / N° Total de Tubos	13 / 1.346					
% Cumplimiento	0,97%					

Observaciones:

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Pediátrica

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados / N° Total de Tubos	23 / 5.677	26 / 1.115	8 / 662	4 / 222	6 / 444	2 / 556
% Cumplimiento	0,41%	2,33%	1,21%	1,80%	1,35%	0,36%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Pediátrica

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio.
Al constatar la información entregada por el Laboratorio en la planilla de rechazo de tubos, se encuentra una diferencia de dos tubos más que el reportado por el prestador (error de contabilización). Dado que no hay consistencia entre el resultado reportado y el constatado, se da por no cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados / N° Total de Tubos	4 / 556					
% Cumplimiento	0,72%					

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Neonatología

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados /	6	1	14	7	4	21
N° Total de Tubos	2.988	420	628	433	573	504
% Cumplimiento	0,20%	0,24%	2,23%	1,62%	0,70%	4,17%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Neonatología

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio.
Al constatar la información entregada por el Laboratorio en la planilla de rechazo de tubos, se encuentra una diferencia de un tubo menos que el reportado por el prestador (error de contabilización). Se estima que el error no afecta de manera significativa el porcentaje del resultado informado del indicador. Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados /	20					
N° Total de Tubos	504					
% Cumplimiento	3,97%					

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Medicina

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados /	22	27	25	10	15	31
N° Total de Tubos	11.244	1.789	1.868	1.520	1.526	1.691
% Cumplimiento	0,20%	1,51%	1,34%	0,66%	0,98%	1,83%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Medicina

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio.
Al constatar la información entregada por el Laboratorio en la planilla de rechazo de tubos, se encuentra una diferencia de ocho tubos menos que el reportado por el prestador (error de contabilización).
Dado que no existe consistencia entre en el numerador informado y el resultado del numerador constatado por el evaluador, se da por NO cumplido el hecho medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados /	23					
N° Total de Tubos	1.691					
% Cumplimiento	1,36%					

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UAPP (Unidad de Atención Progresiva del Paciente)

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados /	6	4	0	6	1	6
N° Total de Tubos	1711	167	334	191	229	247

% Cumplimiento	0,35%	2,40%	0%	3,14%	0,44%	2,43%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UAPP (Unidad de Atención Progresiva del Paciente)

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio. Se constata que existe consistencia entre los datos registrados y los presentados por el prestador.
Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados /	6					
N° Total de Tubos	247					
% Cumplimiento	2,43%					

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Pensionado

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados /	0	1	3	0	1	4
N° Total de Tubos	422	43	76	94	115	91
% Cumplimiento	0%	2,33%	3,95%	0%	0,87%	4,40%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Pensionado

Describir constatación**:** Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio.
Al constatar la información entregada por el Laboratorio en la planilla de rechazo de tubos, se encuentra una diferencia de ocho tubos menos que el reportado por el prestador (error de contabilización).
Dado que no existe consistencia entre en el numerador informado y el resultado del numerador constatado por el evaluador, se da por NO cumplido el hecho medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados /	2					
N° Total de Tubos	91					
% Cumplimiento	2,20%					

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Pediatría

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados /	19	7	3	5	23	14
N° Total de Tubos	3.155	608	495	316	558	566
% Cumplimiento	0,60%	1,15%	0,61%	1,58%	4,12%	2,47%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Pediatría

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad

solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio. Se constata que existe consistencia entre los datos registrados y los presentados por el prestador.
Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados /	14					
N° Total de Tubos	566					
% Cumplimiento	2,47%					

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Urgencia Adulto Pediátrica

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados /	156	57	74	95	52	97
N° Total de Tubos	27.372	4.556	5.498	5.067	5.496	5.438
% Cumplimiento	0,57%	1,25%	1,35%	1,87%	0,95%	1,78%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Urgencia Adulto Pediátrica

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio. Se constata que existe consistencia entre los datos registrados y los presentados por el prestador.
Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados /	97					
N° Total de Tubos	5.438					
% Cumplimiento	1,78%					

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Urgencia Gineco-Obstétrica

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° de Tubos Rechazados /	10	5	9	9	0	1
N° Total de Tubos	3.045	421	671	599	535	404
% Cumplimiento	0,33%	1,19%	1,34%	1,50%	0%	0,25%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Urgencia Gineco-Obstétrica

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre del 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros.
En el punto de verificación presentan los resultados del indicador, los que son enviados por el Laboratorio, en un documento denominado "Informe de Evaluación de Indicador".
Para formarse la convicción de la consistencia de los datos, la evaluadora verifica los registros realizados por el Laboratorio que permiten la elaboración del indicador.
Se solicita al encargado del Laboratorio mostrar los datos de los tubos recibidos en el Laboratorio separados por unidad solicitante. Se constata que el sistema informático permite ordenar los exámenes recibidos para las distintas secciones y agrupar por fecha y unidad solicitante. La evaluadora se forma la convicción que los datos extraídos para el denominador del indicador, son confiables.
Adicionalmente, se solicita la planilla de rechazo de tubos del mes de Octubre, la cual cuenta con los campos de fecha, hora de recepción, nombre del paciente, unidad de origen, tubo rechazado, código de rechazo, notificado por, recibe notificación y hora de notificación, para verificar que los registros de rechazos de exámenes corresponden a los criterios definidos en el procedimiento del laboratorio. Se constata que existe consistencia entre los datos registrados y los presentados por el prestador.
Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° de Tubos Rechazados /	1					
N° Total de Tubos	404					
% Cumplimiento	0,25%					

APL 1.2– Cuarto elemento medible: Se constata que el Laboratorio dispone de formularios para entrega de información a los pacientes ambulatorios en relación con:**(Si/No)**

Laboratorio Clínico					
1. Formulario instrucciones de preparación del paciente	Si	2. Formulario toma y traslado de muestras	Si	3. Formulario plazos de entrega de los exámenes	Si

Observaciones: El Laboratorio dispone de formularios para entrega de información a los pacientes ambulatorios que incluye instrucciones de preparación del paciente, recolección de la muestra, traslado de la muestra y el plazo de entrega del resultado.
Dispone de los siguientes formularios:

- Recolección de orina de 24 horas para catecolaminas
- Orina segundo chorro
- Expectoración o desgarro
- Niveles plasmáticos de drogas anticonvulsivantes
- Test de Sudan lll
- Test de Graham
- Sangre oculta en deposiciones
- Parasitológico seriado
- TBC en orina
- Espermiograma
- Renina plasmática
- Niveles de B6 y B12
- Hormona de crecimiento

CARACTERÍSTICA APL 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	Laboratorio	Toma Muestra	UPC Ad	UPC Ped.	UPC Neo	Medicina	Pediatría	Urgencia
1° EM	1	1	1	1	1	1	1	1
2° EM		1	1	1	1	1	1	1
3° EM		1	1	0	1	0	1	1
4° EM	1							

Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 21/23	Porcentaje obtenido: 91%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APL 1.3 / HALLAZGOS

APL 1.3 – Primer elemento medible: Se describen en documento(s) los procedimientos respecto de.

Microbiología					
Nombre del documento: Instructivo Flujograma para Diagnóstico Bacteriológico					
Código: IT-LABM-03	Versión: 00	Fecha: Mayo 2015	Fecha vigencia: 3 años		N° páginas:15
Elaborado por: Paula Araya Collados, Tecnólogo Médico			Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Laboratorio		
El documento incluye al menos: (Si/No)					
1. Técnicas de ejecución de los exámenes	Si	2. Tiempos de respuesta de exámenes			Si
3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda					Si

Breve descripción del documento: El objetivo principal del documento es estandarizar el procedimiento a seguir para la identificación bacteriana de microorganismos. Este instructivo se utiliza como guía para el estudio de cepas aisladas desde las muestras recibidas en el Laboratoro. Incluye flujogramas de: Cocáceas Gram + Catalasa +, Streptococcus Beta hemolíticos, Streptococcus alfa hemolíticos, Haemophilus sp, Neisseria sp, Coprocultivo, Bacillus sp, Corynebacterium sp, Listeria sp, Microorganismos grupo HACEK, Estudio bacteriológico de Urocultivo.
Las técnicas están descritas individualmente (coprocultivo, urocultivo, antígenos febriles, virus influenza A y B, rotavirus, etc.) y cada una cuenta con objetivo, principio de la técnica, responsables de su ejecución, referencias, material y equipo a utilizar, descripción de la tarea, informe y el tiempo de respuesta del resultado, control de calidad interno, documentos asociados y anexos.
Adicionalmente, cuentan con un documento de tiempo de respuesta de Resultados Código IT-LAB-08.

Nombre del documento N°2: Instructivo Tiempo de Respuesta de Resultados de Exámenes de Laboratorio
Código: IT-LAB-08
Versión: 00
Fecha: Febrero 2015
Fecha vigencia: 4 años
N° de páginas: 22
Elaborado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio
Breve descripción del documento: El objetivo de este documento es asegurar que los resultados de exámenes de Laboratorio son reportados oportunamente para garantizar los cuidados y seguridad de los pacientes.
Como Anexo N°1, se define los tiempo de respuesta de los de exámenes STAT (tiempo de respuesta de 1 hora desde que se recibe la muestra en el Laboratorio) y los exámenes ASAP (tiempo de respuesta de 3 horas desde que se recibe la muestra en el Laboratorio) y cuáles exámenes según la sección de proceso, se pueden solicitar con este carácter. (Página 7 y 8 del documento).
Como Anexo N°2, se incluye listado de tiempo de respuesta de exámenes de Laboratorio de rutina, en que se indica, código del

examen, nombre del examen, sección que lo procesa, días de realización del test y tiempo de respuesta. (Páginas 9 a 17 del documento).
Adicionalmente, se incluye el indicador y los días de medición según período a evaluar.

Hematología

Nombre del documento: Instructivo Uso y Mantención del Analizador Sysmex XT-4000i

Código: IT-LABH-03	Versión: 00	Fecha: Abril 2015	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 22
Elaborado por: Brissa Morata G., Tecnólogo Médico		Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Laboratorio		

El documento incluye al menos: (Si/No)

1. Técnicas de ejecución de los exámenes	Si	2. Tiempos de respuesta de exámenes	Si
3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda	Si		

Breve descripción del documento: El objetivo principal es entregar las instrucciones para la mantención y uso del equipo Sysmex XT 4000i para procesar hemogramas. Describe la tecnología que utiliza, los responsables de su mantención, materiales, equipos y la descripción de la tarea a realizar. El control de calidad se realiza con controles comerciales de segunda opinión, con tres niveles de medición los cuales se procesan antes de iniciar la corrida analítica.
Adicionalmente, cuenta con Instructivo Uso y Mantención STA Compact Max equipo en que se realizan las pruebas de coagulación y el Instructivo Uso equipo SRS 20/ll, equipo en el que se realizan las VHS (velocidad de sedimentación).

Las técnicas están descritas individualmente (hemograma y VHS, anticoagulante lúpico, lectura del frotis, eosinófilos nasales, recuento de reticulocitos, fragilidad osmótica, etc.) y cada una cuenta con objetivo, principio de la técnica, responsables de su ejecución, referencias, material a utilizar y equipo, descripción de la tarea, informe del resultado y el tiempo de respuesta del resultado, control de calidad interno, documentos asociados y anexos.

Nombre del documento N°2: Procedimiento Control de Calidad para las Mediciones Cuantitativas
Código: PO-LAB-13
Versión: 00
Fecha: Enero 2015
Fecha vigencia: 3 años
N° de páginas: 35
Elaborado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio
Breve descripción del documento: El objetivo del documento e establecer las condiciones de desempeño analítico y control de calidad para una medición con la finalidad de lograr que la variabilidad analítica sea siempre menor que la variabilidad biológica y que los resultados obtenidos contribuyan en la toma de decisiones médicas.
Este documento aplica a todas las mediciones de analitos cuantitativos que están sujetos a control de calidad interno.
Incluye responsables de su ejecución, definiciones, referencias, materiales y equipos y descripción del proceso.
Define los requisitos de calidad a utilizar en el laboratorio (será el de la ultima variabilidad biológica disponible), la selección del material de control y la concentración de los analitos en el material de control (niveles de decisión médica). El control de calidad interno se realizará según tabla de periodicidad de control según equipo el cual se encuentra en la página 13 del documento.

Los calibradores se utilizan en equipo:

- STA Compact Max, cuando se instalan nuevas técnicas
- Sysmex XT-4000i, solo lo utiliza el técnico y
- SRS 20/ll, no utiliza calibradores.

Nombre del documento N°3: Instructivo Tiempo de Respuesta de Resultados de Exámenes de Laboratorio
Código: IT-LAB-08
Versión: 00
Fecha: Febrero 2015
Fecha vigencia: 4 años
N° de páginas: 22
Elaborado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio
Breve descripción del documento: el objetivo de este documento es asegurar que los resultados de exámenes de Laboratorio son reportados oportunamente para garantizar los cuidados y seguridad de los pacientes.
Como Anexo N°1, se define los tiempo de respuesta de los de exámenes STAT (tiempo de respuesta de 1 hora desde que se recibe la muestra en el Laboratorio) y los exámenes ASAP (tiempo de respuesta de 3 horas desde que se recibe la muestra en el Laboratorio) y cuáles de exámenes según la sección de proceso, se pueden solicitar con este carácter. (Página 7 y 8 del documento).
Como Anexo N°2, se incluye listado de tiempo de respuesta de exámenes de Laboratorio de rutina, en que se indica, código del examen, nombre del examen, sección que lo procesa, días de realización del test y tiempo de respuesta. (Páginas 9 a 17 del documento).
Adicionalmente, se incluye el indicador y los días de medición según período a evaluar.

Bioquímica

Nombre del documento 1: Instructivo Uso y Mantenimiento analizador Cobas c 311

N° Resolución: IT-LAB-38	Versión:01	Fecha: Marzo 2015	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas:23
Elaborado por: Carlos Valderrama M., Tecnólogo Médico		Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio		

El documento incluye al menos: (Si/No)

1. Técnicas de ejecución de los exámenes	Si	2. Tiempos de respuesta de exámenes	Si
3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda	Si		

Breve descripción del documento: El objetivo es establecer el procedimiento para la utilización del analizador de química Cobas

c311, el cual cuenta con un menú integral de más de 100 análisis. Describe la tecnología que utiliza, los responsables de su mantención, materiales, equipos y la descripción de la tarea a realizar. El control de calidad se realiza con controles comerciales, cada 12 horas.
Los insertos de las técnicas de los exámenes que se pueden procesar en este equipo se encuentran archivados en el manual del equipo.
Adicionalmente, cuenta con Instructivo de Uso y Mantención del Equipo Cobas 6000, Instructivo Uso y Mantención del Equipo Cobas e 411, Instructivo de Operación y Mantención del equipo Rapid Point 500 (para gases, electrolito y calcio iónico), Instructivo de Uso y Mantención Equipo Vidas (para análisis de pruebas de inmunoensayos como B2 microglobulina, determinación de virus de la Hepatitis C, HIV, Ca 19-9). Cada documento cuenta con objetivo, principio de la técnica, responsables de su ejecución, referencias, material a utilizar y equipo, descripción de la tarea, informe del resultado y el tiempo de respuesta del resultado, control de calidad interno, documentos asociados y anexos.
Los insertos de las técnicas de los exámenes que se pueden procesar en cada equipo se encuentran archivados en el manual del equipo.

Nombre del documento N°2: Procedimiento Control de Calidad para las Mediciones Cuantitativas
Código: PO-LAB-13
Versión: 00
Fecha: Enero 2015
Fecha vigencia: 3 años
N° de páginas: 35
Elaborado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio
Breve descripción del documento: el objetivo del documento e establecer las condiciones de desempeño analítico y control de calidad para una medición con la finalidad de lograr que la variabilidad analítica sea siempre menor que la variabilidad biológica y que los resultados obtenidos contribuyan en la toma de decisiones médicas.
Este documento aplica a todas las mediciones de analitos cuantitativos que están sujetos a control de calidad interno.
Incluye responsables de su ejecución, definiciones, referencias, materiales y equipos y descripción del proceso.
Define los requisitos de calidad a utilizar en el laboratorio (será el de la ultima variabilidad biológica disponible), la selección del material de control y la concentración de los analitos en el material de control (niveles de decisión médica). El control de calidad interno se realizará según tabla de periodicidad de control según equipo el cual se encuentra en la página 13 del documento.
El uso de calibradores está definido en cada equipo de la sección.

Nombre del documento N°3: Instructivo Tiempo de Respuesta de Resultados de Exámenes de Laboratorio
Código: IT-LAB-08
Versión: 00
Fecha: Febrero 2015
Fecha vigencia: 4 años
N° de páginas: 22
Elaborado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe de Laboratorio
Breve descripción del documento: El objetivo de este documento es asegurar que los resultados de exámenes de Laboratorio son reportados oportunamente para garantizar los cuidados y seguridad de los pacientes.
Como Anexo N°1, se define los tiempo de respuesta de los de exámenes STAT (tiempo de respuesta de 1 hora desde que se recibe la muestra en el Laboratorio) y los exámenes ASAP (tiempo de respuesta de 3 horas desde que se recibe la muestra en el Laboratorio) y cuáles de exámenes según la sección de proceso, se pueden solicitar con este carácter. (Página 7 y 8 del documento).
Como Anexo N°2, se incluye listado de tiempo de respuesta de exámenes de Laboratorio de rutina, en que se indica, código del examen, nombre del examen, sección que lo procesa, días de realización del test y tiempo de respuesta. (Páginas 9 a 17 del documento).
Adicionalmente, se incluye el indicador y los días de medición según período a evaluar.

APL 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con: tiempo de respuesta de exámenes urgentes o provenientes de unidades críticas.

Microbiología	
Nombre del indicador	Tiempo de respuesta ASAP
Fórmula matemática	(N° exámenes solicitados como ASAP informados dentro del plazo de entrega/ N° total de exámenes ASAP solicitados en el período de tiempo evaluado) x 100
Umbral de cumplimiento: > o = 80%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral
Hematología	
Nombre del indicador	Tiempo de respuesta ASAP
Fórmula matemática	(N° exámenes solicitados como ASAP informados dentro del plazo de entrega/ N° total de exámenes ASAP solicitados en el período de tiempo evaluado) x 100
Umbral de cumplimiento: > o = 80%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral
Bioquímica	
Nombre del indicador	Tiempo de respuesta ASAP
Fórmula matemática	(N° exámenes solicitados como ASAP informados dentro del plazo de entrega/ N° total de exámenes ASAP solicitados en el período de tiempo evaluado) x 100
Umbral de cumplimiento: > o = 80%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral

APL 1.3– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Microbiología	
Nombre documento	Informe de resultados Indicadores y Análisis Unidad de Apoyo Diagnóstico Laboratorio Clínico
Responsable medición	TM Ximena Rojo Monroy
Fuente primaria	Solicitud de Laboratorio del día sorteado y sistema informático con la hora de validación final.
Fuente secundaria	Planilla Excel
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se revisa las solicitudes del día que se evaluó y se separan las solicitudes ASAP. Se revisa la hora de recepción escrita por el paramédico que recibe las muestras. Posteriormente, se revisa la hora de ingreso al sistema y la hora de validación del resultado. Se anota en planilla Excel "Tiempo de Respuesta Exámenes de Laboratorio" que cuenta con los campos de: Fecha de ingreso, examen, hora de recepción, hora de ingreso, fecha y hora del informe y tiempo de respuesta. Cuando se cuenta con el total de los días a evaluar del cuatrimestre, se saca en porcentaje de cumplimiento de la sección.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Microbiología						
Mes /Año	Junio a Septiembre 2015					
N° Pautas cumplidas /	30					
N° Total Pautas	81					
% Cumplimiento	37%					

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Microbiología

Describir constatación**:** Se selecciona el cuatrimestre de Junio de Septiembre 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros. Se solicita al encargado del Laboratorio el archivo Excel "Tiempo de respuesta exámenes de Laboratorio" el cual cuenta con los campos de: Fecha de ingreso, examen, hora de recepción (escrita manualmente), hora de ingreso (dato aparece en informe de resultado computacional), fecha y hora del informe (dato aparece en informe de resultado computacional) y tiempo de respuesta (diferencia entre la hora de recepción y la hora de validación). De la planilla Excel, se cuenta el universo de exámenes ASAP solicitados a la sección de Microbiología durante el período y se solicitan los documentos (solicitudes) de exámenes ASAP. Se selecciona, aleatoriamente, 30 solicitudes para verificar el cumplimiento del indicador. Dado que éste no es representativo y no cumple con el indicador informado por el prestador, el evaluador, revisa el universo de muestras solicitadas por ASAP.
Se constata que el dato presentado no es el informado por el prestador.
El cumplimiento reportado por el prestador es de un 37% y el cumplimiento constatado por el evaluador es de un 29,6%.
Dado que no existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador; se da por NO cumplido el hecho medible.

Mes /Año	Junio a Septiembre 2015					
N° Pautas cumplidas /	24					
N° Total Pautas	81					
% Cumplimiento	29,6%					

Hematología	
Nombre documento	Informe de resultados Indicadores y Análisis Unidad de Apoyo Diagnóstico Laboratorio Clínico
Responsable medición	TM Brissa Morata
Fuente primaria	Solicitud de Laboratorio del día sorteado y sistema informático con la hora de validación final.
Fuente secundaria	Planilla Excel
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se revisa las solicitudes del día que se evaluó y se separan las solicitudes ASAP. Se revisa la hora de recepción escrita por el paramédico que recibe las muestras. Posteriormente, se revisa la hora de ingreso al sistema y la hora de validación del resultado. Se anota en planilla Excel "Tiempo de Respuesta Exámenes de Laboratorio" que cuenta con los campos de: Fecha de ingreso, examen, hora de recepción, hora de ingreso, fecha y hora del informe y tiempo de respuesta. Cuando se cuenta con el total de los días a evaluar del cuatrimestre, se saca en porcentaje de cumplimiento de la sección.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Hematología						
Mes /Año	Junio a Septiembre 2015					
N° Pautas cumplidas /	235					
N° Total Pautas	306					
% Cumplimiento	76,8%					

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Hematología

Describir constatación: Se selecciona el cuatrimestre de Junio de Septiembre 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros. Se solicita al encargado del Laboratorio el archivo Excel "Tiempo de respuesta exámenes de Laboratorio" el cual cuenta con los campos de: Fecha de ingreso, examen, hora de recepción (escrita manualmente), hora de ingreso (dato aparece en informe de resultado computacional), fecha y hora del informe (dato aparece en informe de resultado computacional) y tiempo de respuesta (diferencia entre la hora de recepción y la hora de validación).
De la planilla Excel, se cuenta el universo de exámenes ASAP solicitados a la sección de Hematología durante el período y se

solicitan los documentos (solicitudes) de exámenes ASAP. Se revisa el universo de muestras solicitadas por ASAP, constatando que el dato presentado por el prestador no es el mismo que el constatado por el evaluador.
Al constatar los documentos (solicitudes) de exámenes ASAP, se encuentra una diferencia de diez solicitudes menos que las reportadas por el prestador (error de contabilización). Dado que no hay consistencia entre el resultado informado y el constatado, se da por no cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Junio a Septiembre 2015					
N° Pautas cumplidas /	225					
N° Total Pautas	307					
% Cumplimiento	73,3%					

Bioquímica	
Nombre documento	Informe de resultados Indicadores y Análisis Unidad de Apoyo Diagnóstico Laboratorio Clínico
Responsable medición	TM Ximena López
Fuente primaria	Solicitud de Laboratorio del día sorteado y sistema informático con la hora de validación final.
Fuente secundaria	Planilla Excel
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se revisan las solicitudes del día que se evaluó y se separan las solicitudes ASAP. Se revisa la hora de recepción escrita por el paramédico que recibe las muestras. Posteriormente, se revisa la hora de ingreso al sistema y la hora de validación del resultado. Se anota en planilla Excel "Tiempo de Respuesta Exámenes de Laboratorio" que cuenta con los campos de: Fecha de ingreso, examen, hora de recepción, hora de ingreso, fecha y hora del informe y tiempo de respuesta. Cuando se cuenta con el total de los días a evaluar del cuatrimestre, se saca en porcentaje de cumplimiento de la sección.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Bioquímica

Mes /Año	Junio a Septiembre 2015					
N° Pautas cumplidas /	134					
N° Total Pautas	179					
% Cumplimiento	74,86%					

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Bioquímica

Describir constatación**:** Se selecciona el cuatrimestre de Junio de Septiembre 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros. Se solicita al encargado del Laboratorio el archivo Excel "Tiempo de respuesta exámenes de Laboratorio" el cual cuenta con los campos de: Fecha de ingreso, examen, hora de recepción (escrita manualmente), hora de ingreso (dato aparece en informe de resultado computacional), fecha y hora del informe (dato aparece en informe de resultado computacional) y tiempo de respuesta (diferencia entre la hora de recepción y la hora de validación). De la planilla Excel, se cuenta el universo de exámenes ASAP solicitados a la sección de Bioquímica durante el período y se solicitan los documentos (solicitudes) de exámenes ASAP. Se selecciona aleatoriamente 30 solicitudes para verificar el cumplimiento del indicador. Se constata que el dato presentado es el informado por el prestador.
Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador; se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3, aprobada por Resolución Exenta IP N° 63, de 14 enero de 2015.

Mes /Año	Junio a Septiembre 2015					
N° Pautas cumplidas /	27					
N° Total Pautas	30					
% Cumplimiento	90%					

APL 1.3– Cuarto elemento medible: Se constata ejecución de controles de calidad internos en las diferentes áreas del Laboratorio Clínico en forma periódica de acuerdo a procedimiento local.

Describir constatación en Microbiología:
Se solicita listado de exámenes realizados en la sección y se selecciona aleatoriamente el mes (Mayo 2015) y las técnicas a evaluar, que en este caso corresponden a líquidos estériles y virus respiratorios.
Líquidos estériles:
El control de calidad de esta técnica se realiza con la tinción de Gram de todos los líquidos con cepas ATCC (American Type Culture Collection). Se realiza diariamente para controlar las bacterias Gram positivo con cepas de *Staphylococcus aureus* ATCC 25923 y las bacterias Gram negativo con cepas *Escherichia coli* ATCC 25922.
Se constata que cuentan con registros de los controles diarios de esta técnica del mes de Mayo 2015 y la constancia que se cambió el reactivo de lugol preparado en el Laboratorio, por uno comercial.
Virus respiratorios:
Para realizar estos exámenes se utiliza un kit en el que se puede investigar por técnica IFI (inmunofluorescencia indirecta) los siguientes virus:

- Virus sinsicial respiratorio
- Adenovirus
- Parainfluenza 1

- Parainfluenza 2
- Parainfluenza 3
- Influenza A
- Influenza B y
- Metapneumovirus

La lectura de las reacciones es visual y se informa en cruces. Se utiliza como control de calidad los controles que vienen en el kit. El control de calidad se realiza cada vez que se procesa una muestra en conjunto con la muestra del paciente.
Los resultados son registrados en la planilla RG-LABM-61-01 "Resultados IFI Virus respiratorios" la que incluye el nombre del paciente, la fecha del proceso, el número del control y los resultados del control.
Se constata que cuentan con registros de las muestras procesadas junto a los controles realizados durante el mes de Mayo 2015.

Describir constatación en Hematología:
Se solicita listado de exámenes realizados en la sección y se selecciona aleatoriamente el mes (Mayo 2015); las técnicas a evaluar, que en este caso, corresponden a las técnicas de coagulación y el hemograma.
Coagulación:
Las pruebas de coagulación se realizan en el equipo STA Compact Max. Se utilizan controles comerciales y tres veces al día se procesa una alícuota de plasma de control Normal y otra de control Patológico y cada vez que se cambie o reemplace un reactivo.
Los resultados se ven en la pantalla del equipo y se digitan manualmente en la "planilla de controles de coagulación 2015" que cuenta con los siguientes datos: Tipo de prueba, fecha, hora, resultados por cada prueba y nombre o iniciales del operador.
Posteriormente, estos datos son digitados en el sistema computacional de calidad Randox.
Se constata que cuentan con planillas de control de calidad y que cada vez que algún control sale fuera de rango, se deja una observación explicando la razón del problema.
Hemograma:
Este examen se procesa en el equipo Sysmex XT-4000i y el control da calidad se pasa por el equipo, dos veces al día, utilizando controles comerciales de tres niveles (Bajo, Alto y Normal). Los valores de media y límites aceptables son aquellos definidos por el fabricante debido al corto tiempo de estabilidad. Esto impide el poder contar con valores propios. Cuando el control no está dentro de los valores esperados, se repite y si está correcto, se sigue con el proceso de las muestras.
Los datos entregados por el equipo con el histograma son pasados diariamente en forma manual a la planilla Sysmex XT 4000i y éstos al sistema computacional de control de calidad Randox.
La planilla utilizada "Controles diarios Sysmex XT 4000i" contiene los siguientes datos: N° de lote del control, mes, operador, fecha y los resultados de los parámetros realizados (recuento de glóbulos blancos, recuento de glóbulos rojos, hemoglobina, hematocrito, plaquetas, neutrófilos, linfocitos, monocitos, eosinófilos, basófilos y reticulocitos. Se consigna el resultado del control bajo, normal y alto.
Se constata que cuentan con planillas de control de calidad y que cada vez que algún control se sale fuera de rango, se deja una observación explicando la razón del problema.

Describir constatación en Bioquímica:
Se solicita listado de exámenes realizados en la sección y se selecciona aleatoriamente el mes (Mayo 2015); y las técnicas a evaluar, que en este caso, corresponde a determinación de LDH y Proteínas totales.
LDH:
Este examen se procesa en el equipo Cobas 6000 en el módulo 501, analizador automático. Se utilizan controles comerciales liofilizados de nivel normal y alto. Antes de iniciar el proceso de rutina diaria y cada ocho horas, se realiza el control de calidad del equipo y se observa si éstos están dentro de los límites establecidos. El equipo entrega los resultados impresos y éstos, se traspasan diariamente al programa computacional de control de calidad Ramdox. Una vez transcritos, se eliminan. Si algún parámetro sale alterado, se revisa la causa del problema y se pasa nuevamente el control. Si el problema persiste, se calibra la técnica.
Cuentan con controles anuales del mismo lote y cada vez que éste se cambia, utilizan como valores de referencia los entregados por el proveedor hasta que obtener los propios.
Se constata que cuentan con gráficos de control de calidad diario de ambos controles y que se consigna en los comentarios el problema detectado o la acción realizada.
Proteínas totales:
Este examen se procesa en el equipo Cobas 6000 en el módulo 501, analizador automático. Se utilizan controles comerciales liofilizados de nivel normal y alto. Antes de iniciar el proceso de rutina diaria y cada ocho horas, se realiza el control de calidad del equipo y se observa si éstos están dentro de los límites establecidos. El equipo entrega los resultados impresos y éstos, se traspasan diariamente al programa computacional de control de calidad Ramdox. Una vez transcritos, se eliminan. Si algún parámetro sale alterado, se revisa la causa del problema y se pasa nuevamente el control. Si el problema persiste, se calibra la técnica.
Cuentan con controles anuales del mismo lote y cada vez que éste se cambia, utilizan como valores de referencia los entregados por el proveedor hasta que obtener los propios.
Se constata que cuentan con gráficos de control de calidad diario de ambos controles y que se consigna en los comentarios el problema detectado o la acción realizada.

CARACTERÍSTICA APL 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	1° elemento medible	2° elemento medible	3° elemento medible	4° elemento medible
Microbiología	1	1	0	1
Hematología	1	1	0	1
Bioquímica	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total: 10/12	Porcentaje obtenido: 83%	Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA APL 1.4 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

APL 1.4 – Primer elemento medible: Existen registros de participación en Programa de Evaluación Externa de la Calidad en todas las áreas en que el Laboratorio realiza prestaciones.

Laboratorio Clínico
Constata registros de participación en PEEC: Se constata que el Laboratorio participa en el programa de Control de Calidad externo del Instituto de Salud Pública (PEEC) para el año 2015, según consta en Ficha de Adscripción Programa PEEC 2015 de fecha 09/01/2015 y en Programa Nacional de Controle de Qualidade Ltda (PNCQ) programa patrocinado por la Sociedad Brasileira de Análisis Clínicos.
Programa PEEC año 2015 Área Hematología e Inmunohematología: • Evaluación Coagulación (TP y TTPK) • Evaluación Morfología sanguínea • PEEC Morfología Digital
Programa PEEC año 2015 Área Bacteriología: • Evaluación de Bacteriología • Evaluación Serología de Sífilis • Evaluación Mycobacterias • Evaluación Virus respiratorios
Programa PEEC año 2015 Área Inmunología: • Evaluación Inmunología básica (factor reumatoídeo más proteína C reactiva) • Evaluación Inmunología de Proteínas (IgA,IgG,IgM,C3,C4,EA,IEF) • Evaluación Autoinmunidad (AAN, a-DNA) • Evaluación Marcadores tumorales • Evaluación Inmunoglobulina E total • Evaluación Enfermedad Celíaca
Programa PEEC año 2015 Área Parasitología: • Evaluación Coproparasitología • Evaluación Pneumocystis jiroveci • Evaluación Serología de Toxoplasmosis • Evaluación de Serología de Enfermedad de Chagas (confirmación)
Programa PEEC año 2015 Área Química Clínica: • Evaluación Química sanguínea • Evaluación Drogas de abuso • Evaluación Química de orina cualitativa • Evaluación Hormonas tiroídeas (T3,T4, TSH y T4 libre) • Evaluación Orina cuantitativa • Evaluación Hemoglobina glicosilada • Evaluación Hormonas de la Reproducción (FSH,HCG y LH)
Programa PEEC año 2015 Área Virología • Evaluación de serología de VIH
Programa PNCQ año 2015 Área Hematología e Inmunohematología: • Hemoglobinometría • Perfil Hematológico • Recuento de Reticulocitos
Programa PNCQ año 2015 Área Virología • Serología de Hepatitis B

APL 1.4 – Segundo elemento medible: Se documentan análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo.

Laboratorio Clínico		
Programa que detecta incumplimiento: Área Hematología e Inmunohematología	N° de Informe PEEC: 89	Fecha informe: 24 de Septiembre 2015
Resultado insatisfactorio: Tiempo de Protrombina CG N° 377		Fecha medición: 11 de Agosto 2015
Análisis de informe de resultado insatisfactorio: En el Laboratorio se usa el reactivo Neoplastina R que aún no conforma en grupo PECC. La comparación se realiza con reactivos distintos. Se comunica con el proveedor y aún no hay respuesta.		
Fecha análisis: 25 de Septiembre 2015	Responsable del análisis: TM Brissa Moratta	
Medidas de mejora: No se realiza acción correctiva. Se envía correo para pronta solución.		Fecha medidas:30/09/2015
Breve descripción del EM: En el análisis de los informes de evaluación de desempeño, enviados por el Programa de Evaluación Externa de Calidad, se pudo constatar que el Laboratorio ha cumplido con la realización de los controles , que documentan análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el programa.		

Laboratorio Clínico		
Programa que detecta incumplimiento: Área Inmunología	N° de Informe PEEC: 2 de 2	Fecha informe: 24 Septiembre 2015
Resultado insatisfactorio: Anticuerpos anti EMA		Fecha medición: 11 de Agosto 2015
Análisis de informe de resultado insatisfactorio: El kit de endomisio incluye dos controles positivos y sólo uno de éstos para endomisio. Al momento de ejecutar por primera vez la técnica IFI (inmunofluorescencia indirecta), se visualizó ambos controles.		
Fecha análisis: 24 de Septiembre 2015	Responsable del análisis: TM Maythol Araya Castillo	
Medidas de mejora: En la determinación de endomisio posteriores, sólo se controlará con el control de endomisio ya que el otro control no tiene utilidad para el diagnóstico de enfermedad celíaca. Se implementará cuando se analicen muestras.		Fecha medidas: 28/09/2015
Breve descripción del EM: En el análisis de los informes de evaluación de desempeño, enviados por el Programa de Evaluación Externa de Calidad, se pudo constatar que el Laboratorio ha cumplido con la realización de los controles, que documentan análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el programa.		

Laboratorio Clínico		
Programa que detecta incumplimiento: Área Química Clínica:	N° de Informe PEEC: 21	Fecha informe: 23 de Junio de 2015
Resultado insatisfactorio: Orina cuantitativa		Fecha medición: 26 de Mayo 2015
Análisis de informe de resultado insatisfactorio: Se envía resultado sin presentar carta de control para este analito en orina.		
Fecha análisis: 24 de Julio 2015	Responsable del análisis: TM Mariana Torrico	
Medidas de mejora: Se comienza a realizar controles y se abre una carta control para este analito con controles urinarios.		Fecha medidas:30/07/2015
Breve descripción del EM: En el análisis de los informes de evaluación de desempeño, enviados por el Programa de Evaluación Externa de Calidad, se pudo constatar que el Laboratorio ha cumplido con la realización de los controles, que documentan análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el programa.		

Laboratorio Clínico		
Programa que detecta incumplimiento: Área Bacteriología:	N° de Informe PEEC: 1/1	Fecha informe: 31 de Julio 2015
Resultado insatisfactorio: Virus Parainfluenza		Fecha medición: 29 de Mayo 2015
Análisis de informe de resultado insatisfactorio: La baja celularidad no se debe a mala realización de la técnica porque la Técnico Paramédico que realizó los frotis es la más entrenada en el área. Este año se presentó una baja circulación viral en las muestras analizadas y ni siquiera se tenían los casos positivos solicitados para enviar al ISP (Instituto de Salud Pública). Las muestras eran muy antiguas y almacenadas a -20°C y no a -80°C como corresponde, ya que el Laboratorio no contaba con este congelador, por lo mismo se repitió todas las muestras previo al envío para verificar positividad.		
Fecha análisis: 4 de Agosto 2015	Responsable del análisis: TM Ximena Rojo Monroy y TM Paola Carrasco Araya	
Medidas de mejora: • 1° congelar muestras y frotis a -80°C; • Al aparecer un caso de virus positivo, el mismo día; indicar al Técnico paramédico de la sección que realice frotis abundantes para guardarlos a -80°C y antes del envío, repetir la muestra para verificar tanto positividad como celularidad. • Cuando den muestras negativas con celularidad abundante, también, dar la indicación de realizar varios frotis.		Fecha medidas: Agosto 2015
Breve descripción del EM: : En el análisis de los informes de evaluación de desempeño, enviados por el Programa de Evaluación Externa de Calidad, se pudo constatar que el Laboratorio ha cumplido con la realización de los controles, que documentan análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el programa.		

Laboratorio Clínico		
Programa que detecta incumplimiento: Área Hematología e Inmunohematología	N° de Envío: 0371 de Control PNCQ	Fecha informe: Julio 2015
Resultado insatisfactorio: Hematocrito y Leucocitos		Fecha medición: Julio 2015
Análisis de informe de resultado insatisfactorio: Hematocrito: El control de calidad para este analito estaba dentro de los valores para los 3 niveles, pero si se vio, que en algunas muestras de pacientes, el resultado tendía a subir si se comparaba con el equipo Sysmex 2000. Leucocitos: Al revisar la carta de control para este analito se vio que estaba bien. Se compara muestras de pacientes tanto en el equipo Sysmex 4000 como el Sysmex 2000 y el resultado era más alto en el equipo Sysmex 4000, al contrario de lo que pasa con el control de calidad PNCQ ya que en esa oportunidad el Sysmex 4000 dio un resultado de 4,35 x 10(3)/ul y el Sysmex 2000, dio un resultado de 4,44 x 10(3)/ul.		
Fecha análisis: 10 Agosto 2015	Responsable del análisis: TM Brissa Moratta	
Medidas de mejora: Hematocrito: Se llamó al call-center de Roche, se explicó el problema y se solicitó una calibración. En el próximo control PNCQ, pasarlo como muestra para observar si hay variación en el hematocrito. Leucocitos: se llamó al call-center de Roche y se solicitó una revisión del equipo. En el próximo PNCQ pasarlo como muestra para ver si hay variación como sucedió con las plaquetas en otra oportunidad.		Fecha medidas: Agosto 2015

Breve descripción del EM: En el análisis de los informes de evaluación de desempeño, enviados por el Programa de Evaluación Externa de Calidad, se pudo constatar que el Laboratorio ha cumplido con la realización de los controles, que documentan análisis y acciones de mejora, en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el programa.

Laboratorio Clínico		
Programa que detecta incumplimiento: Área Hematología e Inmunohematología	N° de Envío: 0372 de Control PNCQ	Fecha informe: Agosto 2015
Resultado insatisfactorio: Hemoglobina y Reticulocitos		Fecha medición: Agosto 2015
Análisis de informe de resultado insatisfactorio: Se revisa la gráfica de los controles sin mostrar alteración o alarmas. Las mantenciones se encuentran realizadas por todos los operadores. La última calibración realizada al equipo se hizo el 6 de Noviembre del 2014.		
Fecha análisis: 14 de Agosto 2015	Responsable del análisis: TM Carlos Valderrama	
Medidas de mejora: Solicitan al servicio técnico que se realice una calibración al equipo y sus debidas mantenciones. Esto se hará cuando la validación del Sysmex 4000 esté terminada.		Fecha medidas:14/09/2015
Breve descripción del EM: En el análisis de los informes de evaluación de desempeño, enviados por el Programa de Evaluación Externa de Calidad, se pudo constatar que el Laboratorio ha cumplido con la realización de los controles, que documentan análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el programa.		

Laboratorio Clínico		
Programa que detecta incumplimiento: Área Hematología e Inmunohematología	N° de Envío: 0374 de Control PNCQ	Fecha informe: Octubre 2015
Resultado insatisfactorio: Plaquetas y Reticulocitos		Fecha medición: Octubre 2015
Análisis de informe de resultado insatisfactorio: Reticulocitos: En equipo Sysmex 4000 no se encuentra validada la medición de reticulocitos Plaquetas: Al realizar el análisis de la muestra, arroja plaquetas de 117.000, pero al realizar la muestra como control, las plaquetas aumentan a 130.000.		
Fecha análisis: 10 Noviembre 2015	Responsable del análisis: TM Carlos Valderrama	
Medidas de mejora: Reticulocitos: Realizar la medición en forma manual hasta que se valide el equipo Sysmex 4000 Plaquetas: Se debe pasar el PEEC de las dos muestras y dependiendo de los resultados se evaluará las medidas a seguir.		Fecha medidas: a contar del PEEC de Noviembre
Breve descripción del EM: En el análisis de los informes de evaluación de desempeño, enviados por el Programa de Evaluación Externa de Calidad, se pudo constatar que el Laboratorio ha cumplido con la realización de los controles, que documentan análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el programa.		

CARACTERÍSTICA APL 1.4 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Laboratorio Clínico	1° EM: 1	2°EM: 1	
Umbral de la característica:100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APL 1.5 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

APL 1.5 – Primer elemento medible: Se describen en un documento las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso del Laboratorio.

Laboratorio Clínico				
Nombre del documento: Manual de Bioseguridad en Laboratorio Clínico				
N° Código: MA-LAB-01	Versión: 00	Fecha: Octubre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 32
Elaborado por: Maykol Araya C., Tecnólogo Médico y Karen Contreras C., Tecnólogo Médico		Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Laboratorio		
Incluye (Si/No)	Condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso del laboratorio: Si			
Breve descripción del documento: El objetivo del documento es prevenir, controlar y reducir al mínimo los riesgos a los que se expone el personal de laboratorio aplicando las medidas de bioseguridad en todas las etapas del proceso de Laboratorio y los responsables de su aplicación. Indica que el ingreso al Laboratorio es limitado y que sólo puede acceder el personal involucrado en el trabajo y que conozca los riesgos potenciales. Hace mención a buenas prácticas para el personal (prohibido comer, beber, fumar, manipular lentes de contacto, aplicar cosméticos, almacenar alimentos o bebidas en refrigeradores, dejar anteojos, celulares o artículos de uso personal sobre mesones o instrumentos, bromear, distraer o interrumpir y pipetear con la boca). Describe los elementos de uso de protección personal para el cuerpo (uniforme y/o delantal y pechera de plástico cada vez que se manipulen muestras biológicas), manos (guante de látex o vinilo para manipular cualquier muestra biológica o química), pies (calzados cerrado) y cara (gafas de seguridad y/o mascarillas cuando sea necesario proteger los ojos y el rostro de salpicaduras). El lavado de manos se debe realizar después de terminar el trabajo y antes de abandonar el Laboratorio, después de sacarse los guantes, antes y después del uso de servicios higiénicos, antes de cualquier actividad en la que exista contacto con mucosas o piel con lesiones, antes y después de ingerir alimento y realizar procedimientos de flebotomía. Se consigna, las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso (pre analítica, analítica y post analítica). Etapa pre-analítica: Uso obligatorio de guantes de procedimientos en toma de muestras de sangre u otro tipo de productos biológicos y en la manipulación de muestras biológicas que porten los pacientes. El trasporte de muestras se realiza con sistema de triple empaque y el personal que las transporta no debe utilizar guantes. Etapa analítica: El personal que recepciona, que distribuye las muestras en las secciones y el que trabaja en cada sección, debe				

utilizar pechera plástica y guantes.
El personal que trabaja en la oficina de jefatura, bodegas, no debe usar guantes ni pechera.
En el área de lavado de material, el personal debe utilizar guantes de goma, pechera de hule, antiparras o protector facial.
Laboratorio de Tuberculosis (TBC): Uso de gabinete de Bioseguridad tipo ll y delantal quirúrgico de manga larga.
No se exige uso de pecheras durante la observación al microscopio en hematología, en el área de toma de muestras ni en la oficina de la jefatura.
Etapa post analítica: Al finalizar el trabajo, el personal debe eliminar los guantes, la pechera plástica y lavarse las manos. Realizar el aseo de mesones de trabajo con cloro al 0,05%.
Define la eliminación de desechos como material cortopunzante (desechar en las cajas de eliminación de cortopunzantes), material contaminado con sangre visible, placas con o sin crecimiento bacteriano y muestras biológicas (eliminadas en basureros con bolsa amarilla) y material asimilable a los desechos domiciliarios (papel, vidrios, frascos, ampollas, plásticos, todo material que no tenga sangre visible), según lo definido en el "Reglamento sobre Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud (REAS)" Decreto Supremo Nº 6 de 2009, publicado en el Diario Oficial de 04.12.09.
Adicionalmente, incluye el manejo de accidentes con agentes biológicos dentro del Laboratorio (derrames, quiebre de tubos), la exposición ocupacional a patógenos que se transmiten por la sangre o a agentes de riesgo químico o físico.
En la Página N° 28, incluye la clasificación de los agentes químicos y el almacenaje de reactivos.

APL 1.5 – Segundo elemento medible: Se constata cumplimiento de uso de protección del personal en la manipulación de muestras clínicas de acuerdo a procedimiento local.

Laboratorio Clínico					
Metodología de constatación: Se constata el cumplimiento de uso de protección personal mediante observación directa del personal clínico que se encontró en sus labores al momento de la visita, según Oficio Circular IP N°6, de 24 Noviembre de 2013, que remite las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno del cumplimiento del uso de elementos de protección personal en la manipulación de muestras clínicas, en el laboratorio", incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3, aprobada por Resolución Exenta IP N° 63, de 14 enero de 2015. Se constata que el personal cumple con la utilización de elementos de protección personal según lo descrito en el manual de bioseguridad del prestador.					
N° personas observadas	32	N° personas que cumplen	32	N° personas que no cumplen	0
Describir incumplimientos delectados: No hay incumplimientos detectados					

CARACTERÍSTICA APL 1.5 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Laboratorio Clínico	1° EM: 1	2°EM:1
Umbral de la característica:100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

SERVICIOS DE APOYO – FARMACIA (APF)

CARACTERÍSTICA APF 1.1 / HALLAZGOS

APF 1.1 – Elemento medible: Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a Prestadores formalizados por la autoridad sanitaria competente.

Dirección o Gerencia
Observaciones: El prestador declara no realizar compra de prestaciones de Nutrición parenteral ni preparados antineoplásicos a terceros. No aplica.

CARACTERÍSTICA APF 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	Primer elemento medible: N/A	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple: NA

CARACTERÍSTICA APF 1.2 / HALLAZGOS

APF 1.2 – Primer Elemento medible: Se constata formalización y funcionamiento del Comité de Farmacia.* (U otra estructura organizacional de carácter técnico).

Unidad de Farmacia				
Nombre del documento: Resolución Exenta N° 0171				
N° Resolución: N° 0171	Versión: no consigna	Fecha: 09 de Febrero del 2005	Fecha vigencia: Indefinida	N° páginas:2
Elaborado por: Dr. Francisco Grisolia Cirera, Director Hospital Antofagasta		Aprobado por: Dr. Francisco Grisolia Cirera, Director Hospital Antofagasta		
Define Si/No)	Formalización y funcionamiento del Comité de Farmacia: Si			
Breve descripción del contenido del documento: Por medio de la Resolución Exenta N° 0171, del 09/02/2005, se pone término al anterior Comité de Farmacia y se crea el nuevo Comité de Farmacia y Terapéutica del Hospital Regional de Antofagasta, el que entra en funciones a contar del 09 de Febrero del 2005 y estará conformado por los funcionarios que desempeñen los siguientes cargos: Subdirector Médico (quien lo presidirá) y los respectivos Jefes de Servicio de: Medicina, Cirugía, Obstetricia y Ginecología, Pediatría- Bloque Quirúrgico y de Especialidades, Unidad de Dental, Servicio de Pabellón, Consultorio Adosado de Especialidades, Unidad de Farmacia, Unidad de Abastecimiento y Enfermera Coordinadora del Hospital.				

Se señala que este Comité, tiene por objetivo asesorar a la Dirección del Hospital, en las materias relativas al uso y manejo de los medicamentos e insumos terapéuticos necesarios para la atención de los usuarios. El Comité sesionará, a lo menos, una vez al mes, pudiéndose convocar, en forma extraordinaria la asistencia de sus miembros.
Es copia fiel del original, timbrado por el Director del Hospital y Ministro de fe Sra. Silvia Muñoz.
Se consulta al Director del Establecimiento Sr. Juan Urrutia, por documento actualizado, a lo que responde que el documento presentado está vigente.

APF 1.2 – Segundo Elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de medicamentos que considera su evaluación técnica.

Nombre del documento: Procedimiento de Adquisición de Medicamentos				
N° Resolución: N° 1000 Código:PO-CFT-02		Versión: 00		Fecha:26/02/2015 Fecha:12/2014
Carácter institucional: Si		Fecha vigencia:12/2016		N° páginas:11
Elaborado por: Rosana Ramos Químico Farmacéutica Jefe Unidad de Farmacia		Aprobado por: DR: Francisco Bueno Director (S) del Hospital Regional de Antofagasta		
Describe (Si/No)	1. Procedimiento de adquisición de medicamentos	Si	2. Considera evaluación técnica	Si

Breve descripción del contenido del documento
Se tiene a la vista documento de carácter institucional "Procedimiento de Adquisición de Medicamentos", en la página 2 consta el objetivo del procedimiento y su alcance, el que señala que el presente documento es aplicable a todas las áreas asistenciales del Hospital Regional de Antofagasta.
Responsabilidades:
Jefe de Servicio: Es el responsable de la emisión del Formulario "Solicitud de Incorporación de Medicamentos al Arsenal Farmacológico" y de la evaluación del uso del nuevo medicamento incorporado Arsenal Farmacológico, por un periodo de 6 meses.
Comité de Farmacia: Es responsable del análisis de la solicitud de incorporación de Medicamentos al Arsenal Farmacológico presentado al comité y posterior recomendación al Director del Establecimiento.
Médico Solicitante: Es el encargado de llenar y entregar el formulario con todos los datos requeridos.
Subdirector del Hospital: Es el responsable de presidir el Comité de Farmacia y de la aprobación final de las solicitudes de incorporación de los nuevos medicamentos.
En página 3 se figura el Procedimiento, el que incluye las siguientes acciones:
Incorporación o Sustitución de Medicamentos al Arsenal Farmacológico:

1. El médico solicitante llena Formulario "Solicitud de Incorporación de Medicamentos al Arsenal Farmacológico" y lo entrega al jefe de servicio, quién lo visa; si lo estima procedente y lo remite al Comité de Farmacia
2. El Comité de Farmacia aprueba o rechaza la solicitud
3. El Comité de Farmacia posteriormente, remite al Director del Hospital, un informe con los datos pertinentes para tomar su decisión
4. El Director del Hospital comunica la decisión final al Comité de Farmacia, el cual lo remitirá a los jefes de servicio y a la Sección de Contabilidad y Abastecimiento, para la incorporación del fármaco al Arsenal de Farmacia
   El jefe del servicio solicitante debe evaluar los resultados obtenidos con el fármaco incorporado o sustituido, al Comité de Farmacia en un plazo de tiempo no mayor a un año. Esta comunicación, se realiza en Formulario "Evaluación de uso de un Medicamento Incorporado al Arsenal Farmacológico". El formulario contiene los criterios de evaluación de los medicamentos a incorporar

En la página 11 consta "Formulario de Uso de un Medicamento Incorporado al Arsenal Farmacológico"

Se constata el documento en los siguientes puntos de verificación:

Farmacia*	PQ	UPC Ad.	UPC Ped.	UPC Neo	Medicina	APD
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
- Unidad de Apoyo Farmacia,
- Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ.
- Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico para punto de verificación UPC Ad.
- Unidad Paciente Crítico Pediátrico,
- Unidad Paciente Crítico Neonatal
- Servicio de Medicina, Unidad Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico Quirúrgico para punto de verificación Med.
- Unidad de Apoyo Diálisis.

En todos los puntos de verificación se constata la existencia del documento Procedimiento de adquisición de Medicamentos.

APF 1.2 – Tercer Elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de insumos, que considera su evaluación técnica.

Nombre del documento: Procedimiento de adquisición de Insumos Médicos del arsenal				
N° Resolución: N° 14.626 Código: PO-LOG-02		Versión:01		Fecha: 12/2013 Fecha: 11/2013
Carácter institucional: SI		Fecha vigencia: 11/2016		N° páginas: 19
Elaborado por: Rosana Ramos Químico Farmacéutica Jefe Unidad de Farmacia		Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Director del Hospital Regional de Antofagasta		
Describe (Si/No)	1. Procedimiento de adquisición de medicamentos	Si	2. Considera evaluación técnica	Si

Breve descripción del contenido del documento:
Se tiene a la vista documento de carácter institucional "Procedimiento de Adquisición de Insumos", en la página 2 consta el objetivo del procedimiento y su alcance, el que señala que el presente documento es aplicable a las Unidades de Abastecimiento, Logística de Farmacia y a todas las Unidades clínicas y de apoyo del establecimiento, en lo concerniente a: Solicitudes de compra,

evaluación y utilización de insumos médicos, incluidos o no, en el arsenal del Hospital Regional de Antofagasta.
Responsables:
Químico Farmacéutico de la Unidad de Logística de Farmacia, es responsable de:

- Elaborar la programación de requerimientos de Insumos Médicos, almacenados en bodega de farmacia
- Solicitar a la unidad de abastecimiento la adquisición de insumos médicos mediante compra programada
- Establecer bases técnicas para la licitación de los insumos médicos
- Informar alternativas de insumos médicos disponibles según costo/beneficio

Jefe Unidad de Abastecimiento: Es el responsable de gestionar las solicitudes de compras recibidas supervisando la adquisición de los insumos de su unidad. Participa en el Comité de Insumos analizando a pertinencia de los insumos solicitados, cita a comisión técnica y administrativa para evaluación de ofertas y aprueba las órdenes de compra
Desde página 3 a 5 consta la descripción del procedimiento, indicándose los siguientes puntos:

- Compras Programadas de Insumos del Arsenal: Estos insumos se solicitan mediante Formulario de Solicitud de Compra Programada, realizado por el Químico Farmacéutico de esa unidad o el jefe de bodega correspondiente
- Estimación del Arsenal y las cantidades a comprar el arsenal del establecimiento, ha sido elaborado en base a las solicitudes de las unidades clínicas y de apoyo de la institución y con participación del Comité de Insumos
- Modalidad de Compra: La adquisición de estas programaciones se realiza, según lo indicado en la Ley N° 19.886, y de acuerdo al Manual Procedimientos y Funciones de Abastecimiento, a través de los siguientes procesos: compras intermediadas por CENABAST y compras a través del Portal Mercado Público.
- Participación del Comité de Insumos en el proceso de adquisición: El comité es citado para la compra de aquellos insumos de mayor costo y cuando sus características técnicas sean de mayor complejidad.
- Evaluación de muestras de insumos médicos en proceso de adquisición: Esta evaluación se realiza toda vez que el producto ofertado no haya sido adquirido anteriormente por el hospital y se requiera adquirir una experiencia de uso del insumo, para realizar esta evaluación, deben considerarse los siguientes aspectos al momento de recibir las muestras en la unidad de logística:
    i. La muestra debe ser igual al producto que se entregará, en cuanto a su presentación y demás especificaciones técnicas
    ii. No se recibirán insumos vencidos o que no cumplan con las especificaciones técnicas solicitadas
    iii. Las cantidades de muestras a entregar por el proveedor, deben ser en cantidad suficiente que permita su evaluación
- Desde la Unidad de Logística de Farmacia, se distribuyen los insumos a las unidades clínicas para su evaluación. Esta evaluación se realiza a través de la pauta de calificación. Junto con la entrega de los insumos, se indica el tiempo máximo disponible para realizar esta evaluación.
- Para la incorporación de nuevos insumos al arsenal: Se debe realizar la solicitud mediante Formulario de Solicitud de Incorporación de Nuevo Insumo Clínico a la unidad de Logística de Farmacia y a la Unidad de Abastecimiento. Si el insumo ha sido previamente evaluado en el establecimiento, se deben adjuntar las pautas de evaluación realizadas a esta solicitud.

En la página 19 figura Anexo N°5 "Pauta de Evaluación de Insumo Clínico"

Se constata el documento en los siguientes puntos de verificación:

Farmacia*	PQ	UPC Ad.	UPC Ped.	UPC Neo	Medicina	APD
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
- Unidad de Apoyo Farmacia,
- Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ.
- Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico para punto de verificación UPC Ad.
- Unidad Paciente Crítico Pediátrico,
- Unidad Paciente Crítico Neonatal
- Servicio de Medicina, Unidad Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico Quirúrgico para punto de verificación Med.
- Unidad de Apoyo Diálisis.

En todos los puntos de verificación se constata la existencia del documento Procedimiento de adquisición de Medicamentos.

APF 1.2 – Cuarto Elemento medible: Se constata participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de medicamentos.

Describir constatación en PQ:
Pabellón Central: El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia que el Servicio Pabellón Quirúrgico no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a Octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal farmacológico del Hospital.
Pabellón Cardiovascular: El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia que el Servicio Pabellón Quirúrgico Cardiovascular, no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a octubre del 2015.
Pabellón Gíneco Obstetricia: El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia que el Servicio Pabellón Quirúrgico no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a Octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal farmacológico del Hospital.

Observaciones: El punto de verificación "PQ" está compuesto por los servicios clínicos Pabellón Central, Pabellón de Gíneco-Obstetricia y Pabellón Cardiovascular.

Describir constatación en UPC Ad:
Unidad Paciente Crítico: El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia que la Unidad de Paciente Crítico Adulto, no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal

farmacológico del Hospital.
Unidad Coronaria: El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia que la Unidad de Paciente Crítico Adulto, no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal farmacológico del Hospital.
Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico: El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia que la Unidad de Paciente Crítico Adulto, no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal farmacológico del Hospital

Observaciones: El punto de verificación "UPC Ad" está compuesto por los servicios clínicos Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico.

Describir constatación en UPC Ped:
El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal farmacológico del Hospital.

Describir constatación en UPC Neo:
El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia la Unidad de Neonatología, no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal farmacológico del Hospital.

Describir constatación en Medicina:
Servicio de Medicina: El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia que el Servicio de Medicina, no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal farmacológico del Hospital.
Unidad de Atención Progresiva del Paciente: El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia que el Servicio de Medicina, no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal farmacológico del Hospital.
Pensionado Médico Quirúrgico: El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia que el Servicio de Medicina, no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal farmacológico del Hospital.

Observaciones: El punto de verificación "Medicina", está compuesto por los servicios clínicos Medicina, Unidad Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico Quirúrgico.

Describir constatación en APD:
El Prestador presenta certificado extendido por la Químico Farmacéutica Rosana Ramos B. Jefe de la Unidad de Farmacia la Unidad de Diálisis, no ha participado en evaluaciones técnicas de medicamentos, durante el período de Enero a octubre del 2015, debido en dicho periodo, no se ingresaron nuevos medicamentos al Arsenal farmacológico del Hospital.

Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
- Unidad de Apoyo Farmacia,
- Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ.
- Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico para punto de verificación UPC Ad.
- Unidad Paciente Crítico Pediátrico,
- Unidad Paciente Crítico Neonatal
- Servicio de Medicina, Unidad Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico Quirúrgico para punto de verificación Med.
- Unidad de Apoyo Diálisis.

En todas las unidades asistenciales, el Prestador presenta certificado por la no participación en las evaluaciones técnicas de medicamentos; esto se debe a la no incorporación de nuevos fármacos al Arsenal Farmacológico del Hospital.

Observaciones:

APF 1.2 – Quinto Elemento medible: Se constata participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de insumos.

Describir constatación en PQ:
Pabellón Central: El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora, certifica que el Servicio de Pabellón Quirúrgico ha participado en la evaluación técnica de los siguientes insumos:
10 unidades de Bolsas Recolección de orina A4
5 unidades de Clips M/L.
Pabellón Cardiovascular: El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora certifica que el Servicio de Pabellón Quirúrgico Cardiovascular, ha participado en la evaluación técnica de los siguientes insumos: 3 Unidades Paquete Bata Quirúrgica Protección Plus XL y L
1 unidad de Paquete Cardiovascular con Zona Transparente
2 unidades Drenaje Pleural 28 FR
3 unidades Punch Vascular.
Pabellón Gíneco-Obstetricia: El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora certifica que el Servicio de Pabellón Quirúrgico de Ginecología y Obstetricia, no se le solicitó participación en la evaluación técnica por no haber ingresado nuevos insumos al arsenal hospitalario, durante los meses de Enero a Octubre 2015.

Observaciones: El punto de verificación "Pabellón Quirúrgico", está compuesto por los servicios clínicos Pabellón Central, Pabellón Cardiovascular y Pabellón de Gíneco-Obstetricia.

Describir constatación en UPC Ad: El punto de verificación "UPC Ad":

Unidad Paciente Crítico Adulto: El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora certifica que la Unidad de Paciente Crítico Adulto, ha participado en la evaluación técnica de los siguientes insumos:
1 Frasco SANI-CLOTH BLEACH
1 unidad estuche peneal 53.30
1 unidad de Medidor estuche peneal
1 unidad de Adhesivo Cutáneo normal.
Unidad Coronaria: El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora certifica que a la Unidad Coronaria, no se le solicitó participación en la evaluación técnica por no haber ingresado nuevos insumos al arsenal hospitalario, durante los meses de Enero a Octubre 2015.
Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico: El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora certifica que a la Unidad de Tratamiento intermedio Médico Quirúrgico, no se le solicitó participación en la evaluación técnica por no haber ingresado nuevos insumos al arsenal hospitalario, durante los meses de Enero a Octubre 2015.

Observaciones: El punto de verificación "Unidad de Paciente Crítico", está compuesto por la Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad de Tratamiento Intermedio Médico quirúrgico.

Describir constatación en UPC Ped:
El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora, certifica que a la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, no se le solicitó participación en la evaluación técnica, por haber ingresado nuevos insumos al arsenal hospitalario, durante los meses de Enero a Octubre 2015.

Describir constatación en UPC Neo:
El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora certifica que a la Unidad de Neonatología, no se le solicitó participación en la evaluación técnica, por haber ingresado nuevos insumos al arsenal hospitalario, durante los meses de Enero a Octubre 2015.

Describir constatación en Medicina:
Servicio de Medicina: El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora certifica que al Servicio de Medicina, no se le solicitó participación en la evaluación técnica por no haber ingresado nuevos insumos al arsenal hospitalario, durante los meses de Enero a Octubre 2015.
Unidad de Atención Progresiva del Paciente: El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora certifica que a la Unidad de Atención Progresiva del Paciente, no se le solicitó participación en la evaluación técnica por no haber ingresado nuevos insumos al arsenal hospitalario, durante los meses de Enero a Octubre 2015.
Pensionado Médico Quirúrgico: El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora certifica que al Servicio de Pensionado Médico Quirúrgico, no se le solicitó participación en la evaluación técnica por no haber ingresado nuevos insumos al arsenal hospitalario, durante los meses de Enero a Octubre 2015.

Observaciones: El punto de verificación "Medicina" está compuesto por los servicios clínicos de Medicina, Unidad de Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico Quirúrgico.

Describir constatación en APD:
El Jefe de logística de la Unidad de Farmacia, Químico Farmacéutico Ricardo Zamora certifica que la Unidad de Diálisis, no se le solicitó participación en la evaluación técnica por no haber ingresado nuevos insumos al arsenal hospitalario, durante los meses de Enero a Octubre 2015.

Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
- Unidad de Apoyo Farmacia,
- Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ.
- Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico para punto de verificación UPC Ad.
- Unidad Paciente Crítico Pediátrico,
- Unidad Paciente Crítico Neonatal
- Servicio de Medicina, Unidad Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico Quirúrgico para punto de verificación Med.
- Unidad de Apoyo Diálisis.

Observaciones:

CARACTERÍSTICA APF 1.2/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	1° EM	2° EM	3° EM	4° EM	5° EM
Unidad de Farmacia *	1	1	1		
PQ		1	1	N/A	1
UPCAd		1	1	N/A	1
UPC Ped.		1	1	N/A	N/A
UPC Neo		1	1	N/A	N/A
Medicina		1	1	N/A	N/A
APD		1	1	N/A	N/A
Umbral de la característica: ≥ 50%	Puntaje total: 17/17		Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APF 1.3 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

Registre Unidades Críticas del Prestador: Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria, Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, Unidad Paciente Crítico Pediátrico, Unidad Paciente Crítico Neonatología

APF 1.3 – Primer elemento medible: Se ha designado el responsable de la mantención del stock mínimo de medicamentos e insumos en las unidades críticas de la institución.

Unidad de Farmacia**

Documento que designa nombramiento: Resolución Exenta N° 7785				
N° Resolución: N° 7785	Versión: no tiene	Fecha: 25/05/2015	Fecha vigencia: indefinida	N° páginas: 2
Elaborado por: Sr. Juan Urrutia Director Hospital Regional de Antofagasta		Aprobado por: Sr. Juan Urrutia Director Hospital Regional de Antofagasta		
Nombre responsable: Rosana Ramos B.		Profesión: Químico Farmacéutico	Cargo: Jefe de la Unidad de Farmacia del Hospital Regional de Antofagasta	
Breve descripción del contenido del documento: En la Resolución Exenta se designa al responsable de la mantención del stock mínimo de medicamentos e insumos en las unidades críticas de la institución, como también, se designan los responsables y sus reemplazantes en cada Unidad Crítica. Copia Fiel del Original, firma como ministro de fe: Silvia Muñoz Jorquera.				

APF 1.3 – Segundo Elemento medible: Se documenta una definición del stock mínimo de medicamentos e insumos en dichas unidades.

Unidad de Farmacia**				
Nombre del documento 1: Procedimiento Stock Mínimo de Medicamentos en Unidades Críticas				
N° Resolución: 876 Código:PO-FAR-05	Versión: 04	Fecha: 02/11/2015 Fecha: 09/2015	Fecha vigencia: 09/2020	N° páginas: 17
Elaborado por: Rosana Ramos Químico Farmacéutica Jefe Unidad de Farmacia		Aprobado por: Sr. Juan Urrutia Director del Hospital de Antofagasta		
Define (Si/No)	Definición de stock mínimo en unidades críticas: Si			
Breve descripción del contenido del documento: En la Unidad de Farmacia se tiene a la vista documento Procedimiento Stock Mínimo de Medicamentos en Unidades Críticas, en páginas 2 y 3 del documento constan el objetivo del procedimiento, su alcance y los responsable : • **Enfermera o Matrona Supervisora de cada Unidad Crítica:** Son las responsables de la mantención del Stock Mínimo de Medicamentos de acuerdo a las normas • **Médico:** es responsable de la emisión oportuna de la receta de los medicamentos utilizados en la emergencia • **Químico Farmacéutico a cargo del Stock Mínimo en las Unidades Críticas:** Es responsable de la reposición oportuna de los medicamentos del Stock Mínimo en las Unidades Críticas. Se precisa que las Unidades Críticas que cuentan con Stock Mínimo de Medicamentos corresponden a la Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria, Unidad de Tratamiento Intermedio Médico- Quirúrgico, Unidad Paciente Crítico Pediátrico y Unidad de Paciente Crítico Neonatología. En páginas 4 a 7 consta la descripción del proceso, considerando: • **Stock Mínimo de Medicamentos**: Existencia o reserva mínima de medicamentos que se debe mantener para asegurar el otorgamiento oportuno de un tratamiento médico impostergable en las Unidades Críticas. • **Revisión por Químico Farmacéutico**: Una vez al mes, el Químico Farmacéutico a cargo del Stock Mínimo realiza una revisión, a objeto de constatar que el stock está completo. Cada visita de supervisión queda registrada y archivada en la Unidad de Farmacia; en cada registro se identifica al profesional a cargo de esta revisión. En página 16 Anexo N°6: "Registro para Supervisión de la mantención del Stock Mínimo de Medicamentos por Químico Farmacéutico en Unidad Crítica". El Prestador presenta versión anterior del documento (Versión N° 03 del 30/04/2013).				
Nombre del documento 2: Procedimiento Stock Mínimo de Insumos Médicos en Unidades Críticas				
N° Resolución: 8757 Código: PO-LOG-01	Versión: 02	Fecha: 02/11/2015 Fecha: 06/2015	Fecha vigencia: 09/2020	N° páginas: 27
Elaborado por: Ricardo Zamora Químico Farmacéutico Jefe Logística de la Unidad de Farmacia		Aprobado por: Sr. Juan Urrutia Director del Hospital de Antofagasta		
Define (Si/No)	Define Sistema de reposición del stock y la Periodicidad de reposición: Si			
Breve descripción del contenido del documento: En la Unidad de Farmacia, se tiene a la vista documento de carácter institucional, en la página 2 del documento, constan el objetivo del procedimiento, su alcance y las responsabilidades de los distintos profesionales relacionados con el procedimiento: **Enfermeras o Matronas supervisoras de cada Unidad Crítica:** Responsables de la mantención del Stock Mínimo de Insumos Médicos, en las Unidades Críticas **Enfermeras y matronas de turno:** Responsables de registrar e informar el uso de insumos médicos del Stock Mínimo durante su turno. **Químico Farmacéutico a cargo del Stock Mínimo en las Unidades Críticas:** Responsable de la reposición oportuna de los insumos médicos del stock Mínimo, posterior a una atención de emergencia, además de la supervisión de la cantidad y vigencia de los insumos en las Unidades Críticas En la página 3 **se define el "Stock Mínimo de Insumos Médicos en las Unidades Críticas":** Existencia o reserva mínima de insumos médicos que se debe mantener para asegurar el otorgamiento oportuno de un tratamiento médico impostergable en las Unidades Críticas. Se señala que las Unidades Críticas que cuentan con Stock Mínimo de Insumos Médicos, corresponden a la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto, Unidad de Cuidado Intensivo Pediatría, Unidad de Paciente Crítico Neonatología, Unidad de Tratamiento Intermedio Médico- Quirúrgico y Unidad Coronaria. En páginas 5 y 6 figura la descripción del proceso, considerando los siguiente puntos: • **La revisión del Stock Mínimo de Insumos Médicos:** Es realizada por la enfermera o matrona supervisora de la Unidad Crítica una vez por semana, mediante "Hoja de Revisión Semanal del Stock Mínimo de Insumos Médicos"; retirando aquellos insumos con fecha de vencimiento efectiva en los próximos 3 meses, aquellos que no cuenten con rotulación legible y los que tengan sus envases en malas condiciones, el plazo para su reemplazo es de 24 horas. • **Supervisión por Químico Farmacéutico a cargo del Stock Mínimo de Insumos Médicos en las Unidades Críticas**: La supervisión la realiza una vez al mes, verificando cantidad y vigencia de los insumos médicos del Stock				

Mínimo. Verifica igualmente los informes de las revisiones semanales realizadas por las enfermeras y matronas, debiendo dejar registro de la ejecución del procedimiento en documento "Registro de Supervisión Mensual de Insumos Médicos por Químico Farmacéutico".
- Los registros se archivan en la Unidad de Logística de Farmacia, en archivador rotulado "Acreditación"
- Finalmente, se emite un informe de los hallazgos de las visitas, de los resultados de los indicadores de cumplimiento y de la reposición oportuna del Stock Mínimo de Insumos Médicos, a la encargada de Calidad de la Unidad de Farmacia.

Anexo N°16: "Indicador de Cumplimiento "; Anexo 17: "Registro de Uso de Insumo Médico del Stock Mínimo en Unidades Críticas
El Prestador presenta versión anterior del documento (Versión 01 del 30/04/2013).
Se da por Cumplido el Segundo Elemento Medible de la Característica APF 1.3

APF 1.3 – Tercer Elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de reposición del stock y periodicidad de éste.

Unidad de Farmacia**				
Nombre del documento 1: Procedimiento Stock Mínimo de Insumos Médicos en Unidades Críticas				
N° Resolución: N° 8757 Código: PO-LOG-01	Versión: 02		Fecha: 02/11/2015 Fecha: 06/2015	
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 09/2020		N° páginas: 27	
Elaborado por: Ricardo Zamora Químico Farmacéutico Jefe Logística de la Unidad de Farmacia		Aprobado por: Sr. Juan Urrutia Director del Hospital de Antofagasta		
Describe (Si/No)	1. Sistema de reposición del stock	Si	2. Periodicidad de reposición	Si

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Farmacia, se tiene a la vista documento de carácter institucional, en página 2 del documento consta el objetivo del procedimiento, su alcance y las responsabilidades de los distintos profesionales relacionados con el procedimiento:
Enfermeras o Matronas supervisoras de cada Unidad Crítica: Responsables de la mantención del Stock Mínimo de Insumos Médicos, en las Unidades Críticas
Enfermeras y matronas de turno: Responsables de registrar e informar el uso de insumos médicos del Stock Mínimo durante su turno.
Químico Farmacéutico a cargo del Stock Mínimo en las Unidades Críticas: Responsable de la reposición oportuna de los insumos médicos del stock Mínimo, posterior a una atención de emergencia, además de la supervisión de la cantidad y vigencia de los insumos en las Unidades Críticas
En la página 3 **se define el "Stock Mínimo de Insumos Médicos en las Unidades Críticas":** Existencia o reserva mínima de insumos médicos que se debe mantener para asegurar el otorgamiento oportuno de un tratamiento médico impostergable en las Unidades Críticas.
Se señala que las Unidades Críticas que cuentan con Stock Mínimo de Insumos Médicos, corresponden a la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto, Unidad Coronaria, Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, Unidad Paciente Crítico Pediátrico y Unidad de Paciente Crítico Neonatología.
En páginas 5 y 6 figura la descripción del proceso, considerando los siguiente puntos:
- **Reposición y revisión posterior al uso del Stock mínimo de insumos médicos**: La reposición de los insumos médicos del Stock Mínimo, se debe solicitar a bodega de farmacia, inmediatamente después de finalizada la atención del paciente por parte de la enfermera o matrona supervisora de la Unidad Crítica, a través del sistema informático, indicando que corresponde a reposición de Stock Mínimo asignado.
- **La reposición de Stock Mínimo de Insumos Médicos**: La reposición, realiza la unidad de bodega de farmacia la que despacha los pedidos en un tiempo no mayor a 24 horas en día hábil. En día no hábil, la reposición se realiza el primer día hábil siguiente. El Químico Farmacéutico de logística debe informar el o los insumos médicos no despachados por falta de existencia a la enfermera o matrona supervisora de la Unidades Criticas y gestionar su compra en un plazo no mayor a 48 horas.
- **La revisión del Stock Mínimo de Insumos Médicos:** Es realizada por la enfermera o matrona supervisora de la Unidad Crítica una vez por semana, mediante "Hoja de Revisión Semanal del Stock Mínimo de Insumos Médicos"; retirando aquellos insumos con fecha de vencimiento efectiva en los próximos 3 meses, aquellos que no cuenten con rotulación legible y los que tengan sus envase en malas condiciones, el plazo para su reemplazo es de 24 horas.
- **Supervisión por Químico Farmacéutico a cargo del Stock Mínimo de Insumos Médicos en las Unidades Críticas**: La supervisión la realiza una vez al mes, verificando cantidad y vigencia de los insumos médicos del Stock Mínimo. Verifica, igualmente, los informes de las revisiones semanales realizadas por las enfermeras y matronas, debiendo dejar registro de la ejecución del procedimiento en documento "Registro de Supervisión Mensual de Insumos Médicos por Químico Farmacéutico".
- Los registros se archivan en la Unidad de Logística de Farmacia, en archivador rotulado "Acreditación"
- Finalmente, se emite un informe de los hallazgos de las visitas, de los resultados de los indicadores de cumplimiento y de la reposición oportuna del Stock Mínimo de Insumos Médicos, a la encargada de Calidad de la Unidad de Farmacia.

Anexo N°16: "Indicador de Cumplimiento "; Anexo 17: "Registro de Uso de Insumo Médico del Stock Mínimo en Unidades Críticas
El Prestador presenta versión anterior del documento (Versión 01 del 30/04/2013).

Nombre del documento 2: Procedimiento Stock Mínimo de Medicamentos en Unidades Críticas			
N° Resolución: 876 Código: PO-FAR-05	Versión: 04		Fecha: 02/11/2015 Fecha: 09/2015
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 09/2020		N° páginas: 17
Elaborado por: Rosana Ramos, Químico Farmacéutica Jefe Unidad de Farmacia		Aprobado por: Sr. Juan Urrutia, Director del Hospital Regional de Antofagasta	
Describe (Si/No)	Definición de stock mínimo en unidades críticas:		Si

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Farmacia, se tiene a la vista documento de carácter institucional "Procedimiento Stock Mínimo de Medicamentos en Unidades Críticas", en páginas 2 y 3 del documento constan el objetivo del procedimiento, su alcance y los responsable :
- **Enfermera o Matrona Supervisora de cada Unidad Crítica:** Son las responsables de la mantención del Stock Mínimo de Medicamentos, de acuerdo a las normas.

- **Médico:** Es responsable de la emisión oportuna de la receta de los medicamentos utilizados en la emergencia.
- **Químico Farmacéutico a cargo del Stock Mínimo en las Unidades Críticas:** Es responsable de la reposición oportuna de los medicamentos del Stock Mínimo en las Unidades Críticas.

Se precisa que las Unidades Críticas que cuentan con Stock Mínimo de Medicamentos corresponden a la Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria, Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, Unidad Paciente Crítico Pediátrico y Unidad de Paciente Crítico Neonatología.
En páginas 4 a 7 consta la descripción del proceso, considerando:

- **Stock Mínimo de Medicamentos**: Existencia o reserva mínima de medicamentos que se debe mantener para asegurar el otorgamiento oportuno de un tratamiento médico impostergable en las Unidades Críticas.
- **Reposición y revisión posterior al uso del stock de medicamentos**: La reposición del medicamento de Stock mínimo se debe solicitar inmediatamente después de finalizada la atención del paciente, mediante receta médica autocopiativa que debe indicar la glosa "Stock Mínimo". Estos medicamentos son repuestos a la unidad solicitante, dentro de las 24, una vez recepcionada la receta en farmacia. La receta se despacha en sobre individual, separada del resto de los medicamentos de la unidad y destacado como "Stock Mínimo",
- En caso de no existir en farmacia stock del medicamento solicitado, se informa a la unidad crítica y se gestiona su compra en un plazo no mayor a 48 horas. El profesional a cargo del stock mínimo debe retirar los medicamentos cuya fecha de caducidad sea efectiva en los próximos 3 meses, aquellos que no cuenten con rotulación legible y los que tengan su envase en malas condiciones; estos medicamentos deben ser devueltos a la Unidad de Farmacia, mediante una comunicación interna para su cambio.
- **Revisión por Químico Farmacéutico**: una vez al mes, el Químico Farmacéutico a cargo del Stock Mínimo realiza una revisión a objeto de constatar que el stock está completo. Cada visita de supervisión queda registrada y archivada en la Unidad de Farmacia; en cada registro se identifica al profesional a cargo de esta revisión.

En página 16 Anexo N°6: "Registro para Supervisión de la mantención del Stock Mínimo de Medicamentos por Químico Farmacéutico en Unidad Crítica".
El Prestador presenta versión anterior del documento (Versión N° 03 del 30/04/2013)
Se da por Cumplido el Tercer Elemento Medible de la Característica APF 1.3

APF 1.3 – Cuarto Elemento medible: Existe constancia de que el stock mínimo se repone oportunamente.

Describir constatación de la reposición del stock mínimo:
Se constata la reposición del stock mínimo de medicamentos, a través de los documentos presentados en la Unidad de Farmacia, tanto en formato de papel en el registro de uso de medicamentos del Stock Mínimo en Unidades Crítica, como en los registros informáticos. Además, se verifica la oportunidad de la reposición del Stock Mínimo constatando en las recetas (papel) emitidas en los 6 meses previos a la visita de acreditación. Se solicitan las recetas recepcionadas de las Unidades Críticas y destacadas con la sigla de T.M.I (Tratamiento Médico Impostergable). Se realiza una selección al azar de 30 recetas en papel y su copia digital, verificándose: el día de emisión de éstas y el día y hora de despacho de los medicamentos solicitados, dato que se consigna al costado de la sigla y en el sistema informático. Se constata que se cumple con el procedimiento institucional en todos los registros revisados.
Se constata la reposición del Stock Mínimo de Insumos a las Unidades, a través de los documentos presentados en la Unidad de Farmacia, en formato papel y registros informáticos de las solicitudes de reposición de insumos realizadas desde las Unidades Críticas. Se selecciona al azar una muestra de 30 registros de Reposición de Stock Mínimo de Insumos, verificándose fecha y hora de la solicitud y fecha y hora de la reposición. Se constata que se cumple el procedimiento descrito por el Prestador, en todos los registros revisados.
Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas.
Se da por Cumplido el Cuarto Elemento Medible de la Característica APF 1.3

CARACTERÍSTICA APF 1.3 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0 - NA)	Farmacia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1	4° EM: 1
Umbral de la característica:≥ 75%	Puntaje total: 4/4		Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APF 1.4 / HALLAZGOS

APF 1.4 – Primer elemento medible: Se describen en un documento(s) elaborado por Farmacia, los siguientes procedimientos.

Farmacia					
Nombre del documento: Manual de Procedimientos Prácticas de Farmacia					
Código: MA-FAR-02	Versión:02	Fecha: 04/2013	Fecha vigencia: 04/2016		N° páginas: 24
Elaborado por: Sandra Trujillo, Químico Farmacéutica			Aprobado por: Rosana Ramos, Químico Farmacéutica Jefe Unidad de Farmacia del Hospital Regional de Antofagasta		
El (los) documento (s) describe (n) los siguientes procedimientos: (Si/No)					
1. Rotulación de medicamentos	Si	2. Envasado de medicamentos e insumos	Si	3. Despacho de medicamentos e insumos	Si
4. Sistema de eliminación de medicamentos expirados, en mal estado o sin rotulación adecuada	Si	5. Sistema de reposición de stock mínimo de la Unidad de Farmacia		Si	
Breve descripción del contenido del documento: En la Unidad de Farmacia, se tiene a la vista documento "Manual de Procedimientos Prácticas de Farmacia" de las páginas 2 a la 7, constan el objetivo del procedimiento, su alcance, las responsabilidades de los profesionales involucrados, las definiciones utilizadas en el documento y las referencias.					

En páginas 7 a 19 figura la descripción del procedimiento, considerando:

Rotulación de medicamentos:

- El encargado de realizar el re envasado de los medicamentos es el Técnico Paramédico y se envasa, según necesidad, de medicamentos en dosis unitaria en la sección de Farmacia Hospitalizados.
- El rótulo debe contener la siguiente información: nombre genérico, dosis, forma farmacéutica, fecha de vencimiento, número de lote, laboratorio fabricante, nombre de la institución Hospital Regional Antofagasta (HRA), número de serie de la partida

Envasado automático de medicamentos:

- El encargado de realizar el re envasado de los medicamentos es el Técnico Paramédico, supervisado por un Químico Farmacéutico.
- Se re envasa un producto a la vez, con el fin de evitar posibles contaminaciones cruzadas y /o errores en el re envasado.
- El Químico Farmacéutico es el encargado de entregarle al auxiliar de farmacia los fármacos a envasar.
- Todo el personal que manipule los fármacos debe utilizar elementos de higiene y seguridad como: lavado de manos, gorro y mascarilla
- El desblistado se realiza sobre una caja plástica.
- Los comprimidos desblistados se trasvasijan a una bolsa de papel, sobre cual, se escriben los siguientes datos: nombre genérico del producto, dosis de los comprimidos, laboratorio o fabricante del producto, fecha de caducidad del producto, número de lote del producto.
- Se traspasan los comprimidos hacia el centro de la bandeja rotatoria y se coloca un comprimido en cada tambor dosificador.
- Se imprime etiqueta unitaria con los siguientes datos: nombre genérico del producto, fecha de caducidad del producto, número de lote, fecha de caducidad del fabricante, número de lote del fabricante.
- El Químico Farmacéutico supervisa el procedimiento y verifica el correcto re envasado de los comprimidos una vez finalizado éste.

Despacho de medicamentos: la receta médica es enviada a la Unidad de Farmacia, donde es validada por el Químico Farmacéutico, encargado de cada Servicio Clínico, quién revisa que la receta cumpla con los requisitos establecidos por ley; además, verifica el uso de antibióticos y/o de algún medicamento de uso excepcional, constatando si se encuentra validado, verifica el abastecimiento de los medicamentos, para asegurar el tratamiento en su totalidad.

- Despacho de recetas médicas: Las recetas, luego de su validación, son despachadas de acuerdo al sistema de distribución implementada en cada servicio o unidad hospitalaria.
- Despacho de las recetas Sistema de Distribución Tradicional: Una vez validada la receta por el Químico Farmacéutico, ésta, se ingresa al sistema informático de la Unidad de Farmacia; con los datos registrados diariamente, se confeccionado un listado de medicamentos por servicio o unidad clínica. Este listado se imprime y de acuerdo a lo registrado en él, se distribuyen los medicamentos a los servicios o unidades respectivas.
- Despacho de recetas Sistema de Distribución por Stock Fijo: El encargado de cada servicio, revisa el registro del stock autorizado, si corresponde, ingresa la receta al sistema informático de la Unidad de Farmacia y se despachan los medicamentos a los servicios o unidades respectivas.
- Despacho de recetas Sistema de Distribución Dosis Unitaria: Se siguen los siguientes pasos para su despacho:
    - Llenado de caseteras y maletines: Este procedimiento lo realiza el Técnico Paramédico de farmacia de acuerdo a la dosificación y vía de administración, indicados por el médico tratante; todos los maletines y caseteras llevan fecha de entrega y se revisan, nuevamente, al momento de ser entregados en la unidad correspondiente.
    - Revisión de caseteras y maletines: El responsable de esta revisión es el Químico Farmacéutico, encargado de cada servicio clínico.

Despacho de Insumos por pauta mensual: Las pautas mensuales de cada servicio se envían la última semana de cada mes a la bodega de farmacia. El auxiliar de bodega despacha los insumos a las unidades respectivas, dejando constancia de esto por escrito con firma y Rut, de la persona que recepciona los insumos en la unidad clínica.

Entrega de insumos clínicos de uso inmediato a las unidades: Los artículos de uso inmediato adquiridos por la Unidad de abastecimiento en forma especial, una vez recepcionados, son enviados en forma inmediata a las unidades solicitantes.

Despacho de insumos clínicos a unidades de paciente crítico: Las Unidades de Paciente Crítico, pueden efectuar de manera constante, pedidos a bodega de farmacia para resguardar sus inventarios críticos establecidos por la Resolución Exenta N° 3889 del 17 de Mayo del 2013.

Sistema de eliminación de medicamentos expirados, en mal estado o sin rotulación:

- Todos los meses se retiran todos los medicamentos expirados, en mal estado o sin rotulación, de las unidades clínicas, los cuales, posteriormente, se colocan en cajas las que se cierran y sellan y se rotulan de acuerdo a protocolo institucional, luego se envía a bodega de farmacia adjuntando el formulario de Solicitud de Destrucción por Vencimiento y/o deterioro, indicando los medicamentos que contiene, la cantidad y observaciones pertinentes. Este procedimiento es válido para las unidades clínicas, farmacia, y otros servicios de apoyo.
- Las cajas con los productos vencidos se almacenan en la bodega de farmacia, en área determinada para este fin
- Solicitud de autorización para la destrucción de los productos vencidos o deteriorados: El jefe de logística de farmacia elabora un informe mensual de todos los productos recepcionados y solicita vía Memorándum, la autorización para la destrucción y baja de los medicamentos e insumos médicos deteriorados y vencidos a la Subdirección Administrativa del Establecimiento. El Subdirector Administrativo, una vez revisados los antecedentes, da el V°B° y a su vez, solicita al Director del establecimiento la Resolución respectiva, que autoriza que autoriza la destrucción de los productos vencidos o deteriorados.
- Destrucción medicamentos y/ o insumos expirados, en mal estado o sin rotulación: Recibida la Resolución oficial que autoriza la destrucción de los productos vencidos o deteriorados; estos se destruyen en presencia del Ministro de Fe de la institución, quien levanta un acta y certifica el proceso.

Sistema de reposición de Stock Mínimo de la Unidad de Farmacia: Se consigna en el documento que para mantener el Stock de la Unidad de Farmacia se realiza un pedido semanal (los días martes en turno de noche). El responsable de realizar este pedido es el Técnico Paramédico de turno de noche del día martes, el cual es visado por el Químico Farmacéutico encargado de la bodega de Atención Cerrada. El pedido es enviado a la bodega central el día jueves y se recepcionan los productos solicitados dentro de las 24 horas siguientes. Diariamente, se realiza la reposición de los medicamentos en Atención Cerrada, directamente

desde la Bodega, acción que es supervisada por el Químico Farmacéutico a cargo. En página 21 Figura el Anexo N°1: "Indicador de Cumplimiento". En página 22 Anexo N°2: "Pauta de Evaluación de Envasado en Dosis Unitaria".
Observaciones: La Químico Farmacéutica a cargo de Bodega de Insumos, informa que en el establecimiento, no se realiza re envasado de insumos clínicos.

APF 1.4 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Farmacia		
Nombre del indicador	Porcentaje de re envasados realizados de acuerdo al procedimiento	
Fórmula matemática	(N° de procesos de re envasado realizados de acuerdo al procedimiento/ N° total de procesos de re envasado realizados)*100	
Umbral de cumplimiento: 90%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral

APF 1.4– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Farmacia	
Nombre documento	Informe Evaluación periódica del Indicador Procesos de Re Envasado Realizados de Acuerdo al Procedimiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pautas de Supervisión
Fuente secundaria	Informe Evaluación periódica del Indicador Procesos de Re Envasado
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	La metodología de medición, se realiza por conveniencia, la Unidad de Calidad, envía un calendario con los días en los que se deben aplicar las pautas de supervisión con criterio de sustitución, se aplica una pauta diaria de lunes a viernes. Se aplican 20 pautas mensuales. Los criterios de cumplimiento considerados en la Pauta de Supervisión, se refieren a las acciones realizadas por el Técnico Paramédico encargado de realizar el re envasado de los medicamentos: • Realiza aseo de la unidad previo a realizar el procedimiento con alcohol al 70% • Se realiza lavado de manos • Utiliza gorro y mascarilla • Re envasa un producto a la vez • El desblistado lo realiza sobre una caja plástica • Los comprimidos desblistado se trasvasijan a una bolsa de papel, sobre la cual, se escriben los siguientes datos: nombre genérico del producto, dosis de los comprimidos, laboratorio o fabricante del producto, fecha de caducidad del producto y número de lote del producto • Se traspasan los comprimidos hacia el centro de la bandeja rotatoria y se coloca un comprimido en cada tambor dosificador • Se imprime etiqueta unitaria con los siguientes datos: nombre genérico del producto, fecha de caducidad del producto, número de lote, fecha de caducidad del fabricante ye número de lote del fabricante. La pauta de supervisión es dicotómica, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Para dar por cumplida la pauta de supervisión se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Farmacia						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubres 2015
N° Pautas cumplidas /	17	19	17	17	17	18
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	85%	95%	85%	85%	85%	90%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Farmacia

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el II Trimestre 2015 compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Re Envasado". El resultado reportado del trimestre es de 88%.
Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan y cumplen las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero.

Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones:

CARACTERÍSTICA APF 1.4/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Unidad de Farmacia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica:≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA APF 1.5 / HALLAZGOS

APF 1.5 – Primer elemento medible: Se describen en un documento(s) elaborado (s) por Farmacia, los procedimientos relacionados con:

<table>
<tr><td colspan="6">Unidad de Farmacia*</td></tr>
<tr><td colspan="6">Nombre del documento: Manual de Procedimientos de Farmacia en las Unidades Clínicas</td></tr>
<tr><td colspan="2">N° Resolución: No tiene
Código MA-FAR-03</td><td>Versión:02</td><td>Fecha: 04/2013</td><td>Fecha vigencia:04/2016</td><td>N° páginas: 34</td></tr>
<tr><td colspan="3">Elaborado por: Ricardo Zamora
Químico Farmacéutico</td><td colspan="3">Aprobado por: Rosana Ramos
Químico Farmacéutica, Jefe Unidad de Farmacia del Hospital Regional de Antofagasta</td></tr>
<tr><td colspan="6">El documento describe los siguientes procedimientos (Si/No):</td></tr>
<tr><td colspan="3">1. Almacenamiento y conservación de medicamentos e insumos</td><td>Si</td><td colspan="2">2. Formato de prescripción de medicamentos</td><td>Si</td></tr>
<tr><td colspan="2">3. Solicitud de medicamentos e insumos desde unidades clínicas</td><td>Si</td><td colspan="2">4. Devolución de medicamentos e insumos</td><td>Si</td><td>5. Notificación de reacciones adversas a medicamentos a la autoridad pertinente</td><td>Si</td></tr>
<tr><td colspan="6">Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Farmacia, se tiene a la vista documento ”Manual de Procedimientos de Farmacia en las Unidades Clínicas”, en las páginas 2 y 3 del documento constan el objetivo del procedimiento, su alcance, las responsabilidades de los profesionales y técnicos del equipo de salud involucrados en el procedimiento.
En páginas 3 y 4 se incluyen las definiciones de los términos utilizados en el documento. Destaca la referencia al Sistema informático “Sol Software”, que permite conocer las existencias en cada una de las bodegas del hospital, como también, el estado de cada una de las órdenes de compras y Sistema “León Software”, que resume todas las informaciones de consumo de un respectivo centro de costo.
De las páginas 6 a la 15 figura el desarrollo del procedimiento considerando:
• Almacenamiento y conservación de almacenamiento de insumos y medicamentos:
  • Los medicamentos deben mantenerse en su envase original, protegidos de la luz del calor y humedad a temperaturas ambientales inferiores a 30°C
  • No deben utilizarse los medicamentos después de la fecha de vencimiento indicada en el envase
  • Los medicamentos e insumos deben almacenarse en un lugar específico para ello, en cada unidad
  • No deben almacenarse medicamentos en las unidades que no poseen stock autorizado
  • El Área de Almacenamiento debe disponer de estanterías cuya condición permita mantener los productos en forma inalterada, limpia y ordenada según la necesidad de cada unidad.
  • Para la conservación de los productos se debe respetar las indicaciones del fabricante o laboratorio, en relación a temperatura, luz y humedad
  • Para el manejo de los medicamentos refrigerados se requiere de una cadena de frio, sin interrupciones. Dichos medicamentos deben mantenerse entre 2°C y 8°C
  • Se debe llevar registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores
  • En los pabellones que tienen dispensación de medicamentos e insumos por sistema Pyxis, se deben mantener los medicamentos dentro de la maquinaria dispuesta para ello.
• Formato de prescripción de medicamentos: En el hospital existen 3 tipos de recetas autorizadas para la prescripción de medicamentos y se utilizan dependiendo del servicio en que se encuentre el paciente y si es hospitalizado o ambulatorio.
  • Recetas de dosis unitaria; Receta autocopiativa, con número correlativo, se utilizan en los servicios donde el sistema de distribución es por Dosis Unitaria
  • Recetas médicas de bolsillo: Receta blanca, tiene número correlativo y la utiliza todo médico autorizado para emitir recetas en el establecimiento.
  • Recetas controladas:, Recetas para la prescripción de estupefacientes y psicotrópicos, están deben cumplir con los requisitos establecidos por ley: i)escritas de puño y letra del médico tratante;
  • ii) nombre firma del médico que prescribe, iii) nombre, apellido, RUT, N° de cama y ficha clínica del paciente; iv) servicio de procedencia; vi) nombre genérico del medicamento en letra imprenta, no utilizar siglas ni abreviaturas, con letra legible v) dosis unitaria e intervalo de administración vi) vía de administración; vii) periodo que abarca el tratamiento.
• Solicitud de medicamentos e insumos desde unidades clínicas: Todas las unidades clínicas efectúan los pedidos de insumos por medio de sistema informático, con sus pautas mensuales correspondientes.
• Solicitud de insumos clínicos en unidades de paciente crítico, a objeto de resguardar sus inventarios críticos pueden efectuar pedidos en forma constante a bodega de farmacia.
• Solicitud de medicamentos desde las unidades clínicas a farmacia: La solicitud se hace a través de la receta médica y su despacho se realiza conforme lo solicitado por la respectiva receta médica previamente validada por el Químico Farmacéutico y de acuerdo al sistema de distribución implementada para cada servicio o unidad hospitalaria-
• Devolución de medicamentos e insumos desde unidades clínicas: En el caso de servicios con despacho de dosis unitarias de medicamentos, los que no se hayan suministrado se mantienen en el cajetín del paciente para ser reingresados al stock de farmacia, y además, ser descontados de la cuenta del paciente. Los servicios que no cuentan con despacho por dosis unitaria devuelven los medicamentos identificados por servicios y por paciente. Los medicamentos vencidos y/o en mal estado deben ser devueltos de acuerdo a procedimiento institucional. Los insumos médicos, no utilizados se deben devolver a bodega de farmacia, notificando unidad y nombre del paciente.
• Notificación de reacciones adversas a medicamentos (RAM): Frente a la sospecha de una reacción adversa a medicamento se deben seguir los siguientes pasos:
  • En las unidades clínicas, el personal que detecta signo y/o síntomas que puedan corresponder a una RAM lo reporta al médico tratante.
  • El médico que sospecha una RAM, evalúa y trata al paciente según corresponda. Posteriormente, completa el formulario creado para tal efecto por el Instituto de salud Pública (ISP), este formulario puede ser llenado por el médico, odontólogo o profesional no médico responsable del paciente, según corresponda, el formulario se envía a la Unidad de Farmacia.</td></tr>
</table>

- El profesional tratante debe registrar en la ficha clínica del paciente, la sospecha de RAM, con los signos y síntomas pesquisados, el medicamento que pudo provocarlo y el tratamiento indicado, si corresponde. Además, se debe consignar la fecha de notificación de la RAM a la farmacia
- El Químico Farmacéutico que recibe la notificación, concurre a verificar la RAM y a recolectar la información necesaria, para lo cual debe: Revisar la ficha del paciente, identificar posible fármacos responsables de RAM, revisar laboratorio, serie, y fecha de vencimiento del fármaco.
- En caso de ser una RAM leve, el Químico Farmacéutico de farmacia debe notificar al ISP en un plazo no mayor a un mes, a través del formulario del evento ocurrido, vía Fax o correo electrónico. Si la RAM es grave, se debe informar dentro de las 72 horas siguientes al evento.
- El Químico Farmacéutico de farmacia debe archivar y conservar el registro de RAM por 3 años
- Se debe notificar:
- Todas las sospechas de reacciones en pacientes tratados con fármacos de reciente introducción en la terapéutica
- Todas las sospechas de reacciones desconocidas e inesperadas
- Todas las sospechas de reacciones que sean mortales, que pongan en peligro la vida del paciente, que provoquen ingreso en el hospital o que alarguen la estadía hospitalaria
- Todas las sospechas de reacciones adversas derivadas del uso de medicamentos en indicaciones no autorizadas y las causadas por errores de medicación, siempre que causen un daño al paciente.

En página 21 consta Anexo N° 2 "Indicador de Cumplimiento"
En página 22 Anexo N°3: "Pauta de Supervisión Almacenamiento de Medicamentos e Insumos".

Se constata el (los) documento (s) descrito (s) en los siguientes puntos de verificación:

Farmacia	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Medicina	URG	PQ	Ped.
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
- Unidad de Apoyo Farmacia,
- Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico para punto de verificación UPC Ad.
- Unidad Paciente Crítico Pediátrico,
- Unidad Paciente Crítico Neonatal
- Servicio de Medicina, Unidad Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico Quirúrgico para punto de verificación Med.
- Emergencia Adulto, Pediátrica y Gíneco-Obstétrica para punto de verificación URG
- Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ.
- Servicio Pediatría

APF 1.5 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

UPC Ad.	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Unidad Coronaria.	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UTIMQ.	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ped.	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Neo	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Med	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio *100.
Umbral de cumplimiento:80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

UAPP	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento:80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Pensionado	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento:80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
URG: Emergencia Adulto, Pediátrica y Gíneco-Obstétrica	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ: Pabellón Central	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ: Pabellón Cardiovascular	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
PQ: Pabellón Maternidad	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Ped.	
Nombre del indicador	Porcentaje de Cumplimiento de la Norma de Almacenamiento de medicamentos e insumos en las unidades Clínicas.
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de medicamentos e insumos en el servicio/ N° total de áreas de almacenamiento en el servicio) *100.
Umbral de cumplimiento: 80%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

APF 1.5– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

UPC Ad.: UCI Adulto	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos; en los servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran: ▪ En su envase original ▪ Protegidos de la luz, calor y humedad ▪ En un lugar específico para ello ▪ Con fecha de vencimiento vigente ▪ El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada ▪ Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los criterios solicitados.
UPC Ad: UCI Coronaria	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015

Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos. Servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran: ▪ En su envase original ▪ Protegidos de la luz, calor y humedad ▪ En un lugar específico para ello ▪ Con fecha de vencimiento vigente ▪ El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada ▪ Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
UPC Ad: UTI MQ.	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos. Servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran: ▪ En su envase original ▪ Protegidos de la luz, calor y humedad ▪ En un lugar específico para ello ▪ Con fecha de vencimiento vigente ▪ El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada ▪ Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
UPC Ped.	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos. Servicios que han sido previamente designados. • Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: ▪ En su envase original ▪ Protegidos de la luz, calor y humedad ▪ En un lugar específico para ello ▪ Con fecha de vencimiento vigente ▪ El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada ▪ Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
UPC Neo	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos. Servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran ▪ En su envase original ▪ Protegidos de la luz, calor y humedad ▪ En un lugar específico para ello ▪ Con fecha de vencimiento vigente

	▪ El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada ▪ Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
Medicina: Servicio Medicina	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos. Servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran: ▪ En su envase original ▪ Protegidos de la luz, calor y humedad ▪ En un lugar específico para ello ▪ Con fecha de vencimiento vigente ▪ El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada ▪ Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
Medicina: UAPP	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos, Servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran: ▪ En su envase original ▪ Protegidos de la luz, calor y humedad ▪ En un lugar específico para ello ▪ Con fecha de vencimiento vigente ▪ El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada ▪ Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
Medicina: Pensionado Médico-Quirúrgico	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos, Servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran: ▪ En su envase original ▪ Protegidos de la luz, calor y humedad ▪ En un lugar específico para ello ▪ Con fecha de vencimiento vigente ▪ El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada ▪ Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
URG: Emergencia Adulto, Pediátrica y Gíneco-Obstétrica	

Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos, los que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran: ▪ En su envase original ▪ Protegidos de la luz, calor y humedad ▪ En un lugar específico para ello ▪ Con fecha de vencimiento vigente ▪ El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada ▪ Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
PQ: Pabellón Central	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos. Servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran: ▪ En su envase original ▪ Protegidos de la luz, calor y humedad ▪ En un lugar específico para ello ▪ Con fecha de vencimiento vigente ▪ El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada ▪ Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico. Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
PQ: Pabellón Cardiovascular	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Pauta de Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos. Servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran: • En su envase original • Protegidos de la luz, calor y humedad • En un lugar específico para ello • Con fecha de vencimiento vigente • El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada • Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
PQ: Pabellón Maternidad	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Fuente secundaria	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos. Servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son:

	• Los medicamentos e insumos se encuentran: • En su envase original • Protegidos de la luz, calor y humedad • En un lugar específico para ello • Con fecha de vencimiento vigente • El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada • Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
Ped.	
Nombre documento	Informe de Cumplimiento del Indicador Supervisión Almacenamiento
Responsable medición	Químico farmacéutico encargado de calidad
Fuente primaria	Observación directa
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Almacenamiento
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se aplica una Pauta de Supervisión 1 vez al mes, por área de almacenamiento en cada Unidad que mantiene Stock de medicamentos e insumos. Servicios que han sido previamente designados. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Los medicamentos e insumos se encuentran: • En su envase original • Protegidos de la luz, calor y humedad • En un lugar específico para ello • Con fecha de vencimiento vigente • El área de almacenamiento se encuentra limpia y ordenada • Se lleva registro diario de temperatura máxima y mínima de los refrigeradores En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado, fecha de evaluación, observaciones y nombre del evaluador. Un ítem de observaciones y la firma del encargado del servicio clínico Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UCI Adulto						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas /	17	17				
N° Total Pautas	21	21				
% Cumplimiento	80,9%	81%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UCI Adulto

Describir constatación: Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del semestre es de 80,9%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión considerando el universo de las pautas aplicadas (42 pautas). Se revisan las siete primeras al azar debido a que una de ellas no cumple, se revisan las 30. Cumplen 24/30. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.

Mes /Año	Mayo, a Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	24					
N° Total Pautas	30					
% Cumplimiento	80%					

Observaciones:
Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UCI Coronaria						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas /	22	23				
N° Total Pautas	24	24				
% Cumplimiento	91,6%	95,8%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UCI Coronaria

Describir constatación: Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El

resultado reportado del semestre es de 94%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, considerando el universo de las pautas (48 pautas). Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.

Mes /Año	Mayo a Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad: UTIMQ

Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	20 / 26	22 / 26				
% Cumplimiento	76,9%	84,6%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad: UCI UTIMQ

Describir constatación: Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del semestre es de 81%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, considerando el universo de las pautas (52 pautas). Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.

Mes /Año	Mayo, a Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC PED

Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	18 / 18	18 / 18				
% Cumplimiento	100%	100%				

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC PED

Describir constatación: Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del semestre es de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión considerando el universo de las pautas (36 pautas). Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.

Mes /Año	Agosto Septiembre Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Neo

Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas /	31	31				
N° Total Pautas	31	31				
% Cumplimiento	100%	100%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Neo						
Describir constatación**:** Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo Junio y Julio del 2015con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del semestre es de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Mayo, Junio y Julio del 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Med: Servicio Medicina						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas /	14	15				
N° Total Pautas	15	15				
% Cumplimiento	93%	100%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med: Servicio Medicina						
Describir constatación**:** Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del semestre es de 97%, se revisan las 30 pautas del periodo. Dado que existe consistencia entre el resultado reportado y el constatado, se da por cumplido el hecho medible.						
Mes /Año	Mayo Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	29					
N° Total Pautas	30					
% Cumplimiento	97%					
Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Medicna: UAPP						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas /	5	5				
N° Total Pautas	6	6				
% Cumplimiento	83%	83%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Medicina: UAPP						
Describir constatación: Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del semestre es de 83%. Se revisan las 12 pautas. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible.						
Mes /Año	Mayo a Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	10					
N° Total Pautas	12					
% Cumplimiento	83%					
Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.						

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Medicina: Pensionado Médico-Quirúrgico						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas /	16	15				
N° Total Pautas	17	17				
% Cumplimiento	94.1%	88,2%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Medicina: Pensionado Médico-Quirúrgico						
Describir constatación**:** Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del semestre es de 91%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión considerando del universo de pautas (34 pautas). Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Mayo a Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observación: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Urgencia: Emergencia Adulto, Pediátrica y Gíneco-Obstétrica						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas /	23	23				
N° Total Pautas	25	25				
% Cumplimiento	92%	92%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Urgencia: Emergencia Adulto, Pediátrica y Gíneco-Obstétrica						
Describir constatación: Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del semestre es de 92%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, considerando el universo de pautas (50 pautas). Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Mayo a Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Cardiovascular						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas /	36	36				
N° Total Pautas	36	36				
% Cumplimiento	100%	100%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Cardiovascular						
Describir constatación: Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos". Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del trimestre es de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador, se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el						

Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Mayo Junio y Julio 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7					
	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Central						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	18	18				
	21	21				
% Cumplimiento	86%	86%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Central						
Describir constatación: Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del semestre es de 86%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión considerando el universo de las pautas aplicadas (42 pautas). Se revisan las siete primeras al azar debido a que una de ellas no cumple, se revisan las 30. Cumplen 26/30. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Mayo a Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	26					
	30					
% Cumplimiento	87%					
Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ: Pabellón Maternidad						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015	Agosto Septiembre Octubre 2015				
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	26	30				
	30	30				
% Cumplimiento	87%	100%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ: Pabellón Maternidad						
Describir constatación: Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del trimestre es de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Agosto Septiembre Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7					
	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" en la Unidad de Farmacia, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Ped						
Mes /Año	Abril Mayo Junio 2015	Julio Agosto Septiembre 2015				
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	17	18				
	18	18				
% Cumplimiento	94,4%	100%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Ped						

Describir constatación: Se solicitan las "Pautas de Supervisión Proceso de Almacenamiento de Medicamentos e Insumos" con el propósito de constatar la consistencia de los resultados del indicador presentados en el punto de verificación y los registros. El resultado reportado del trimestre es de 97 %. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, considerando el universo de pautas (36 pautas). Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.

Mes /Año	Mayo a Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: La diferencia de las cantidades de pautas de supervisión aplicadas, entre los diferentes servicios clínicos corresponde al número de áreas de almacenamiento de medicamentos e insumos, que tiene cada de las unidades a las que se les aplica la pauta de supervisión.

APF 1.5 – Cuarto elemento medible: Se constata almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local.* (En el caso de estupefacientes remitirse a regulación vigente).

Unidad de Farmacia

Metodología de constatación:
Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional; como también, el cumplimiento de la normativa ministerial vigente en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita a la Unidad de Farmacia, para constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores, condiciones del sitio de re-envasado de los medicamentos y el sistema de custodia de los medicamentos controlados; entre otros aspectos.

Atributos de cumplimiento:
Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, las gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los comprimidos de medicamentos se encuentran en dosis unitaria, los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos y el registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.

Resultado de la constatación:
La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en la Unidad de Farmacia, se realiza seleccionando al azar: 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitaria, 7 repisas de los anaqueles que contienen medicamentos orales aún sin re envasar (dosis unitaria), 7 repisas de los anaqueles de almacenamiento de medicamentos inyectables, 7 gavetas del mueble donde se almacenan los medicamentos controlados y 7 bandejas de los 5 refrigeradores, que contienen los medicamentos que necesitan mantener cadena de frio. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en la Unidad de Farmacia se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados.
Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2" de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

UPC Ad.: UCI Adulto

Metodología de constatación:
Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita a la Unidad de Paciente Crítico Adulto, a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.

Atributos de cumplimiento:
Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.

Resultado de la constatación:
La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en la Unidad de Paciente Crítico, se realiza seleccionando al azar 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitaria y otras 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos seleccionados entre inyectables, controlados y refrigerados.
Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en la Unidad de Paciente Crítico, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados.
Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2" de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

UPC Ad.: UCI Coronaria

Metodología de constatación:
Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en

el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita a la Unidad de Paciente Crítico Unidad Coronaria, a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.

Atributos de cumplimiento:
Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.

Resultado de la constatación:
La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en la Unidad Coronaria, se realiza seleccionando al azar 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitaria y otras 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos seleccionados entre inyectables, controlados y refrigerados.
Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en la Unidad Coronaria, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados.
Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el oficio Circular IP N°2" de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

UPC Ad.: UTI MQ

Metodología de constatación:
Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita a la Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.

Atributos de cumplimiento:
Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.

Resultado de la constatación:
La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en la Unidad de Tratamiento Médico Quirúrgico, se realiza seleccionando al azar 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitaria y otras 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos seleccionados entre inyectables, controlados y refrigerados. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en la Unidad de Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados.
Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Medicina: Servicio Medicina

Metodología de constatación:
Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita al Servicio de Medicina, a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.

Atributos de cumplimiento:
Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.

Resultado de la constatación:
La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en el Servicio de Medicina, se realiza seleccionando al azar 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitaria y otras 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos seleccionados entre inyectables y refrigerados. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en el Servicio de Medicina, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados.
Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Medicina: UAPP

Metodología de constatación:
Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita a la Unidad de Atención Progresiva del Paciente, a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia

de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.
Atributos de cumplimiento: Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.
Resultado de la constatación: La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en la Unidad de Atención Progresiva del Paciente, se realiza seleccionando al azar 7 gaveta de almacenamiento de medicamentos: en dosis unitaria y medicamentos inyectables y medicamentos controlados y medicamentos refrigerados. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en la Unidad de atención Progresiva del Paciente, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.
Medicina: Pensionado Médico-Quirúrgico
Metodología de constatación: Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita al Pensionado Médico Quirúrgico a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.
Atributos de cumplimiento: Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.
Resultado de la constatación: La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en el Pensionado Médico Quirúrgico, se realiza seleccionando al azar 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitaria y otras 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos seleccionados entre inyectables, controlados y refrigerados. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en el Servicio de Pensionado Médico Quirúrgico, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.
URG: Emergencia Adulto, Pediátrica y Gíneco-Obstétrica
Metodología de constatación: Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita al Servicio de Urgencia, a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.
Atributos de cumplimiento: Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.
Resultado de la constatación: La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en el Servicio de Urgencia Adulto, Pediátrico y de Gíneco-Obstetricia, se realiza seleccionando al azar 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitaria y otras 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos seleccionados entre inyectables, controlados y refrigerados. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en el Servicio de Urgencia Adulto, Pediátrico y de Gíneco-Obstetricia, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.
PQ.: Pabellón Central
Metodología de constatación: Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita al Pabellón Quirúrgico, a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se constata en este servicio el uso de almacenamiento en dispensador automático, al cual se accede mediante la huella digital. Además se hace distinción al nivel de acceso a este armario mediante un perfil predeterminado,

siendo así que a los medicamentos controlados solo tiene acceso el anestesiólogo. Está en línea con la Unidad de Farmacia, para la reposición oportuna y control de los medicamentos e insumos almacenados en él. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.

Atributos de cumplimiento:
Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.

Resultado de la constatación:
La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en, Pabellón Central, se realiza seleccionando al azar 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitarias e inyectables y otras 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos seleccionados entre medicamentos controlados y refrigerados. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en el Pabellón Central, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados.
Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

PQ: Pabellón Cardiovascular

Metodología de constatación:
Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita al Pabellón Quirúrgico Cardiovascular, a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se constata en este servicio el uso de almacenamiento en dispensador automático, al cual se accede mediante la huella digital. Además se hace distinción al nivel de acceso a este armario mediante un perfil predeterminado, siendo así que a los medicamentos controlados solo tiene acceso el anestesiólogo. Está en línea con la Unidad de Farmacia, para la reposición oportuna y control de los medicamentos e insumos almacenados en él. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.

Atributos de cumplimiento:
Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.

Resultado de la constatación:
La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en, Pabellón Cardiovascular, se realiza seleccionando al azar 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitarias e inyectables y otras 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos seleccionados entre medicamentos controlados y refrigerados. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en el Pabellón Cardiovascular, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

PQ: Pabellón Maternidad.

Metodología de constatación:
Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita al Pabellón Quirúrgico Gíneco-Obst, a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se constata en este servicio el uso de almacenamiento en dispensador automático, al cual se accede mediante la huella digital. Además se hace distinción al nivel de acceso a este armario mediante un perfil predeterminado, siendo así que a los medicamentos controlados solo tiene acceso el anestesiólogo. Está en línea con la Unidad de Farmacia, para la reposición oportuna y control de los medicamentos e insumos almacenados en él. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.

Atributos de cumplimiento:
Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.

Resultado de la constatación:
La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en, Pabellón Gíneco-Obstetricia, se realiza seleccionando al azar 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitarias e inyectables y otras 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos seleccionados entre medicamentos controlados y refrigerados. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en el Pabellón Gíneco Obstetricia, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados.
Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Ped
Metodología de constatación: Con el propósito de verificar el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados; se realiza visita al Servicio de Pediatría, a objeto de constatar en terreno las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos. Se incluye en esta revisión que el almacenamiento de los medicamentos del Stock mínimo, cumpla con los requisitos estipulados en el documento.
Atributos de cumplimiento: Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.
Resultado de la constatación: La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en el Servicio de Pediatría, se realiza seleccionando al azar 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos en dosis unitaria y otras 7 gavetas de almacenamiento de medicamentos seleccionados entre inyectables, controlados y refrigerados. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en el Servicio de Pediatría, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.
Unidad de Atención y Control de Salud Sexual (UNACESS)
Metodología de constatación: Se constata, adicionalmente, la instalación y funcionamiento de un Botiquín en la Unidad de Atención y Control de Salud Sexual (UNACESS), autorizado mediante la Resolución Exenta N° 8.403 del 04/12/2014, firmada por Secretario Regional Ministerial de Salud Región de Antofagasta, Matrona Lila Vergara Picón y actuando como Ministro de Fe Silvia Muñoz Jorquera; a cargo de la profesional Karina Patricia Ulloa, Matrona Rut 13.026.320-8. En la resolución consta un listado de medicamentos autorizados. Se realiza una visita la Unidad de Atención y Control de Salud Sexual con el propósito de verificar, en terreno, el cumplimiento de las condiciones de almacenamiento y conservación de los medicamentos, temperatura de los refrigeradores y el sistema de custodia de los medicamentos controlados, entre otros aspectos; de acuerdo a los requisitos exigidos en el documento institucional, así como el cumplimiento de la normativa ministerial vigente, en el caso de los medicamentos controlados.
Atributos de cumplimiento: Se consideran de acuerdo a la normativa local los siguientes atributos: Orden de los contenedores, gavetas rotuladas con nombre del medicamento, los medicamentos en comprimidos se encuentran en dosis unitaria. Los medicamentos controlados se encuentran bajo llave, los medicamentos se encuentran dentro de su periodo de vigencia, los medicamentos refrigerados se encuentran entre 2 a 8°C, el refrigerador es de uso exclusivo para medicamentos. El Registro de temperatura del refrigerador se encuentra al día.
Resultado de la constatación: La constatación del almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local en la Unidad Atención y Control de Salud Sexual, se realiza seleccionando al azar 7 repisas de los diferentes anaqueles de almacenamiento de medicamentos. Los requisitos exigidos en el documento institucional y en la normativa ministerial, para el almacenamiento y conservación de medicamentos constatados en la Unidad Atención y Control de Salud Sexual, se cumplen en cada uno de los puntos seleccionados. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 4" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2 de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Registrar Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
Los Servicios y unidades que componen los puntos de verificación para este elemento medible son:

- Unidad de Apoyo Farmacia,
- Unidad Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico para punto de verificación UPC Ad.
- Unidad Paciente Crítico Pediátrico,
- Unidad Paciente Crítico Neonatal
- Servicio de Medicina, Unidad Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico Quirúrgico para punto de verificación Med.
- Emergencia Adulto, Pediátrica y Gíneco-Obstétrica para punto de verificación URG
- Pabellón Central, Pabellón Maternidad y Pabellón Cardiovascular para punto de verificación PQ.
- Servicio Pediatría

CARACTERÍSTICA APF 1.5 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Farmacia	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Medicina	URG	PQ	Ped.
Primer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1
Segundo elemento medible		1	1	1	1	1	1	1
Tercer elemento medible		1	1	1	1	1	1	1
Cuarto elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica:≥ 50%	Puntaje total: 30/30			Porcentaje obtenido: 100%			Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA APF 1.6 / HALLAZGOS

APF 1.6 – Primer elemento medible: Se describen en documento(s) los procedimientos de preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos de acuerdo a la normativa vigente y se ha definido responsable (s) de su aplicación.

<table>
<tr><th colspan="8">Punto de verificación Unidad de Farmacia* (Oncológica)</th></tr>
<tr><td colspan="8">Nombre del documento: Procedimiento de preparación de Magistrales Oncológicos</td></tr>
<tr><td colspan="2">Código: PO-FAR.02</td><td colspan="2">Versión: 01</td><td colspan="2">Fecha: 05/2013</td><td colspan="2">Fecha vigencia: 05/2016</td><td>N° páginas: 30</td></tr>
<tr><td colspan="4">Elaborado por: Rosa Escobar, Químico Farmacéutica
Teddy Fuentes, Químico Farmacéutico</td><td colspan="5">Aprobado por: Rosana Ramos, Químico Farmacéutica Jefe de Unidad de Farmacia del Hospital Regional de Antofagasta</td></tr>
<tr><td colspan="9">El documento describe los siguientes procedimientos relacionados con medicamentos antineoplásicos: (Si/No)</td></tr>
<tr><td colspan="2">1. Preparación</td><td>Si</td><td colspan="2">2. Almacenamiento</td><td>Si</td><td colspan="2">3. Distribución</td><td>SI</td></tr>
<tr><td colspan="2">4. Desecho</td><td>Si</td><td colspan="4">5. Procedimientos acorde a la normativa vigente</td><td>Si</td></tr>
<tr><td colspan="6">6. Se han definido responsables de la aplicación</td><td colspan="3">Si</td></tr>
<tr><td colspan="9">Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Farmacia, se tiene a la vista documento "Procedimiento de preparación de Magistrales Oncológicos", de las páginas 2 a la 4 del documento constan el objetivo del procedimiento, su alcance, las definiciones de conceptos empleados y las responsabilidades de todos los involucrados en el procedimiento, considerando:
• Químico Farmacéutico encargado de la preparación de las drogas: Es el responsable de la preparación y envío de drogas antineoplásicas al servicio clínico, como también, de la validación de las indicaciones.
• Auxiliar paramédico de farmacia: Es el responsable de asistir al Químico Farmacéutico durante la preparación de las drogas antineoplásicas y de preparar el material necesario, además, es el responsable de aseo diario y del aseo terminal de la central de mezclas intravenosas.
• Médico que prescribe: Es responsable de emitir la receta de quimioterapia y que contenga claramente el diagnóstico, la tipificación y además el ciclo de tratamiento en que se encuentra el paciente.
• Enfermera que vigila la correcta aplicación de la preparación: Es responsable que la receta del paciente llegue a tiempo a la central de mezclas, además, de vigilar que la infusión se administre de forma y en el tiempo correcto y, avisar al médico tratante si se produce alguna reacción adversa al tratamiento.
• Elaboración: Para la preparación de la quimioterapia se emplea técnica aséptica, se realiza en cabina de preparación, en la cual se ubica la Cámara de Flujo Laminar Vertical, clase II tipo B. Se indican medidas secuenciadas para garantizar la asepsia del procedimiento, tanto por el químico farmacéutico como por el técnico paramédico que lo asiste. En relación a la elaboración de formas farmacéuticas especiales, a partir de drogas Citotóxicas: se fracciona Bevacizumab, 5 –FU, para uso oftalmológico; Metotrexato en diferentes dosificaciones medicamento que es utilizado en pacientes portadores de Artritis Reumatoide, Lupus, Psoriasis, Síndrome de Sjogren entre otros; se señala en el documento, la dosis para cada uno de las drogas y patologías.
• Almacenaje: La totalidad de las drogas se almacenan en la central de mezclas intravenosa de la farmacia magistral. Se considera la fecha de vencimiento, la necesidad de refrigeración protección a la exposición a la luz, etc.
• Distribución de la Quimioterapia: Una vez finalizado el proceso de elaboración y en orden de prioridad, se da aviso a las unidades para que retiren las preparaciones desde farmacia, dejándose constancia de su retiro en la bitácora de trabajo.
• Trasladado a los servicios: El preparado es trasladado a los servicios, en un contenedor exclusivo y acondicionado especialmente para el traslado de estas soluciones. Las quimioterapias sólo pueden ser retiradas desde farmacia por personal capacitado, el que debe utilizar elementos protectores, y junto con revisar la preparación, debe dejar constancia en el cuaderno de registros de entrega, anotando nombre del paciente, dosis, nombre de quién la retira y hora.
• Administración: La administración de estos preparados a los pacientes, es realizado por personal de enfermería especialmente entrenado para el manejo de estos medicamentos.
• Eliminación de Desechos de medicamentos antineoplásicos: Todo el material empleado en la preparación de la mezcla de quimioterapia, ya sean drogas o insumos, es depositado en contenedor de bioseguridad de color rojo, especialmente destinado para esto, en la misma cámara de preparación. Posteriormente, este contenedor se coloca en una bolsa roja y se rotula con su respectivo contenido. Esta bolsa se lleva a un contenedor ubicado fuera de farmacia (acopio primario) a cargo de personal de REAS (Manejo de Residuos Peligrosos de Establecimientos de Atención de Salud), desde donde es retirado la por empresa externa ECOSUR, para su eliminación final, empresa especializada en el manejo de eliminación de sustancias y residuos peligrosos.
• En caso de derrame accidental, se debe ejecutar procedimiento descrito en Protocolo de Manejo de Accidentes con drogas Citotóxicas.
En la página 29 figura el Anexo N° 11 "Indicador de Cumplimiento". En la página 30 Anexo N° 12 Pauta de Supervisión RG-FAR-02-00. Registro de Controles Microbiológicos".</td></tr>
</table>

APF 1.6 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Punto de verificación Unidad de Farmacia* (Oncológica)	
Nombre del indicador	Porcentaje de Muestras no contaminadas en Quimioterapia
Fórmula matemática	(N° de muestras ambientales en la unidad de mezcla de Quimioterapia/N° total de muestras ambientales en la unidad de mezcla de Quimioterapia tomadas en el mismo periodo) *100.
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: trimestral

APF 1.6– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Punto de verificación Unidad de Farmacia* (Oncológica)	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador RG-FAR-02-00. Registro de Controles Microbiológicos
Responsable medición	Químico farmacéutico encargado de la central de muestras
Fuente primaria	Pauta de Supervisión RG-FAR-02-00. "Registro de Controles Microbiológicos".
Fuente secundaria	Pautas de supervisión

Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se randomiza un día por semana, de lunes a viernes, para colocar las placas de cultivo ambiental dentro de la cabina y campana de flujo laminar, de preparación de mezcla quimioterapia; de acuerdo a protocolo diseñado en la unidad. Cada vez se colocan 4 placas.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) Farmacia * (Oncológica)

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	11	6	12	11	10	11
N° Total Pautas	12	6	12	12	12	12
% Cumplimiento	91,6%	100%	100%	91,6%	83,3%	91,6%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Farmacia * (Oncológica)

Describir constatación:
Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Evaluación Muestras Ambientales". El resultado reportado del semestre es de 92%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de evaluación del total de pautas del periodo (66). Se revisan las siete primeras y dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Agosto, Septiembre 2015 Octubre					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que tiene las mediciones mensuales y debido a que los trimestres calendario, no calzan exactamente con el periodo retrospectivo, se evalúan los 6 meses del periodo.

CARACTERÍSTICA APF 1.6 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Unidad de Farmacia (1-0-NA)	Farmacia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA APF 1.7 / HALLAZGOS

APF 1.7 – Primer elemento medible: Se describe en documento(s) el procedimiento de preparación, almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral, acorde a la normativa vigente y se ha definido responsable (s) de su aplicación.

Punto de verificación Unidad de Farmacia

Nombre del documento: Procedimiento de Preparaciones Magistrales de Nutriciones Parenterales

Código: PO-FAR-01	Versión: 01	Fecha: 04/2013	Fecha vigencia: 04/2016	N° páginas: 30

Elaborado por: Francisca Guzmán Rodríguez, Químico Farmacéutica Flor Franco Arrego, Químico Farmacéutica	Aprobado por: Rossana Ramos Químico Farmacéutica Jefe Unidad de Farmacia del Hospital Regional de Antofagasta

El documento describe los siguientes procedimientos relacionados con nutrición parenteral: (Si/No)

1. Preparación	Si	2. Almacenamiento	Si	3. Dispensación	Si
4. Procedimiento acorde a la normativa vigente	Si	5. Se han definido responsables de la aplicación	Si		

Breve descripción del contenido del documento:
En la Unidad de Farmacia, se tiene a la vista documento "Procedimiento de Preparaciones Magistrales de Nutriciones Parenterales", en páginas 2 a 4 del documento, consta el objetivo del procedimiento, su alcance, las definiciones de los términos utilizados en el documento, las referencias y las responsabilidades de los profesionales y técnicos involucrados en el procedimiento.

- **Químico Farmacéutico Encargado de la Central de Mezclas:** Es el responsable de la preparación y envío de la nutrición parenteral al servicio clínico, como también, de la validación de las indicaciones.
- **Técnico Paramédico de Farmacia:** Es el responsable de asistir al Químico Farmacéutico, durante la preparación de las nutriciones parenterales y de preparar el material necesario, además es el responsable de aseo diario y del aseo terminal de la central de mezclas intravenosas.
- **Matrona y/o Enfermera Clínica del Servicio Correspondiente:** Es responsable que la receta del paciente llegue a tiempo a la central de mezclas, además de vigilar que la infusión se administre de forma y en el tiempo correcto, avisar al médico tratante si se produce alguna reacción adversa durante la administración de la NPT.

De página 5 a 16 figura el desarrollo del procedimiento, que comprende:

- **Metodología de trabajo Previo a la Preparación:** Desde la recepción de la receta con indicación de nutrición parental (NPT) por parte del Químico Farmacéutico (QF) en la central de mezclas intravenosas de la Unidad de farmacia, y su transcripción en el formulario indicado para ello por su puño y letra. Se pone énfasis en el manejo cuidado de los nutrientes de cada preparación. El QF procederá a validar la receta médica con el registro de los requerimientos de cada paciente y se verifica que los parámetros estén dentro de los límites admisibles; para consecuentemente, elaborar el etiquetado con datos que se especifican (nombre completo del paciente, requerimientos en volumen con unidad de medida en ml, los electrolitos, vitaminas, lípidos y aminoácidos, nombre del médico que prescribe, entre otros).

Igualmente, se define la preparación del área de trabajo y vestimenta para garantizar asepsia.

- **Proceso de Elaboración**: La elaboración de la Nutrición Parenteral (NPT), se realiza empleando técnica aséptica durante todo el proceso. Se detalla secuencia de procedimiento, definiendo área de trabajo y materiales respectivos. Las NPT siempre se elaboran en forma individual, siguiendo un orden estricto en la adición de micronutrientes y electrolitos para asegurar la estabilidad del preparado. Una vez terminada la preparación, el Químico Farmacéutico sella el preparado en una bolsa estéril, realizando a su vez el último chequeo visual de ésta. La preparación en su empaque final se coloca en la nevera de transporte.
- **Procedimiento Acorde a la Normativa Vigente:** El procedimiento de elaboración de la NPT, cumple de acuerdo a la Normativa Ministerial vigente.
- **Transporte de las NPT:** El transporte de la NPT, hacia el servicio solicitante es realizado por el técnico de farmacia, en una nevera portátil, acondicionada exclusivamente para este fin.
- **Almacenamiento:** Si la NPT, no es utilizada inmediatamente, ésta se mantiene por un tiempo no mayor a 4 horas después de su preparación a temperatura ambiente, en la unidad de mezclas; si ésta no es administrada se desecha. En la Central de Mezclas no se almacenan Nutriciones Parenterales preparadas.
- **Control microbiológico:** Este control se realiza según método establecido y aprobado por el Comité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
- **Para la administración de la NPT:** Se recomienda uso de bomba de infusión, lo que segura el cálculo de la administración para las 24 horas del día, Además, la nutrición parenteral se administra por catéter de uso exclusivo de acuerdo a" Normativa IAAS: Prevención Infección Torrente sanguíneo"

En página 19 figura Anexo N° 2 "Pauta de Supervisión RG-FAR.02-00. Registro de Controles Microbiológicos"
En página 27 consta el Anexo N° 10 "Indicador de Cumplimiento".

APF 1.7 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Punto de verificación Unidad de Farmacia	
Nombre del indicador	Porcentaje de Muestras no contaminadas en Nutrición Parenteral Total (NPT)
Fórmula matemática	(N° de muestras ambientales en la unidad de mezclas de Nutrición Parenteral Total /N° total de muestras ambientales en la unidad de mezclas de Nutrición Parenteral Total ,tomadas en el mismo periodo) *100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

APF 1.7– Tercer elemento medible: Verifica constancia de evaluación periódica

Unidad de Farmacia						
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del indicador RG-FAR.02-00. Registro de Controles Microbiológicos					
Responsable medición	Químico Farmacéutico encargado de la central de muestras					
Fuente primaria	Registro de controles Microbiológicos					
Fuente secundaria	Pautas de Supervisión RG-FAR.02-00. Registro de Controles Microbiológicos					
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015					
Metodología de medición	Se randomiza un día por semana, de lunes a viernes, para colocar las placas de cultivo ambiental dentro de la cabina y campana de flujo laminar, de preparación de mezcla quimioterapia; de acuerdo a protocolo diseñado en la unidad. Cada vez se colocan 4 placas.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Farmacia						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	16	8	15	14	16	16
N° Total Pautas	16	8	15	14	16	16
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Farmacia						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre conformado por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de la "Pauta de Evaluación Muestras Ambientales". El resultado reportado del periodo es de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de evaluación. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno y de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el Oficio Circular IP N°2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.						
Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: El Prestador presenta informe del indicador Trimestral, además, de los resultados mensuales. Dado que tiene las mediciones mensuales y debido a que los trimestres calendario, no calzan exactamente con el periodo retrospectivo, se evalúan los 6 meses del periodo.						

APF 1.7 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Farmacia (1-0-NA)	Farmacia	1° EM: 1	2° EM:1	3° EM:1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

SERVICIOS DE APOYO – ESTERILIZACIÓN (APE)

CARACTERÍSTICA APE 1.1 / HALLAZGOS

APE 1.1 – Primer elemento medible: Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia	
Prestador al que compra: El Prestador declara que en caso de contingencias compra servicios a la Clínica La Portada de Antofagasta, Clínica Antofagasta y eventualmente al Hospital Militar del Norte. Todas las instituciones están acreditadas.	N° Registro Acreditación: -Clínica La Portada de Antofagasta: N°61 -Clínica Antofagasta: N°76 -Hospital Militar del Norte: N°89

CARACTERÍSTICA APE 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible:1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple:Si

CARACTERÍSTICA APE 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

APE 1.2 – Primer elemento medible: Se constata que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada.*

Constatación en PQ: Se verifica en visita a las dependencias de Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Coronario y Pabellón Gine-Obstétrico que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada en la Central de Esterilización.
Constatación en UPC Ad: Se verifica en visita a las dependencias de UPC Adultos, UTIMQ y UCI Coronaria que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada en la Central de Esterilización.
Constatación en UPC Ped: Se verifica en visita a las dependencias de UPC Ped., que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada en la Central de Esterilización.
Constatación en UPC Neo: Se verifica en visita a las dependencias de UPC Neo., que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada en la Central de Esterilización.
Constatación en Obst-gine: Se verifica en visita a las dependencias de Obst-gine., que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada en la Central de Esterilización.
Constatación en Cirugía: Se verifica en visita a las dependencias de Cirugía, Bloque Quirúrgico de Especialidades y Pensionado de Cirugía, que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada en la Central de Esterilización.
Constatación en Dental: Se verifica en visita a las dependencias de atención Dental, que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada en la Central de Esterilización.
Constatación en URG: Se verifica en visita a las dependencias de URG Gine-Obst., y URG Ad y Ped., que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada en la Central de Esterilización.
Registrar Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento: Al realizar visitas a las dependencias de los distintos puntos de verificación y al entrevistar a enfermeras, técnicos paramédicos, empleados de servicio, dentistas y médicos, es posible formarse la convicción de que las etapas de lavado y preparación de materiales de uso clínico se realiza en forma centralizada en dependencias de la Central de Esterilización. En todos los servicios clínicos que componen los puntos de verificación de la característica se cumple con lo requerido por el elemento medible. Se da por cumplido.

APE 1.2 – Segundo elemento medible; Se constata que la etapa de esterilización propiamente tal se realiza en el Servicio de Esterilización.

Constatación en PQ: Se verifica en dependencias de Pabellón Quirúrgico Central, Pabellón Coronario y Pabellón Gine-Obstétrico que la etapa de esterilización se realiza en las dependencias de la Central de Esterilización.
Constatación en UPC Ad: Se verifica en dependencias de UPC AD, UCI Coronaria y UTIMQ que la etapa de esterilización se realiza en las dependencias de la Central de Esterilización.
Constatación en UPC Ped: Se verifica en dependencias de UPC Ped, que la etapa de esterilización se realiza en las dependencias de la Central de Esterilización.
Constatación en UPC Neo: Se verifica en dependencias de UPC Neo, que la etapa de esterilización se realiza en las dependencias de la Central de Esterilización.
Constatación en Obst-gine: Se verifica en dependencias de Obst-gine, que la etapa de esterilización se realiza en las dependencias de la Central de Esterilización.
Constatación en Cirugía: Se verifica en dependencias de Cirugía, Bloque Quirúrgico de Especialidades y Pensionado Cirugía que la etapa de esterilización se realiza en las dependencias de la Central de Esterilización.
Constatación en Dental: Se verifica en dependencias de atención Dental, que la etapa de esterilización se realiza en las dependencias de la Central de Esterilización.
Constatación en URG: Se verifica en dependencias de URG Gine-Obst., y URG Ad y Ped., que la etapa de esterilización se realiza en las dependencias de la Central de Esterilización.
Registrar Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento: Al realizar visitas a las dependencias de todos los servicios clínicos que componen los distintos puntos de verificación que componen la característica, explicitados en el párrafo precedente; y al entrevistar a enfermeras, técnicos paramédicos, empleados de servicio, dentistas y médicos, es posible formarse la convicción de que el proceso de esterilización propiamente tal, se realiza en forma centralizada en dependencias de la Central de Esterilización.

CARACTERÍSTICA APE 1.2 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	PQ	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Obst-gine	Cirugía	Dental	URG
Primer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1
Segundo elemento medible	1	1	1	1	1	1	1	1
Umbral de la característica:100%	Puntaje total: 16/16			Porcentaje obtenido: 100%			Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA APE 1.3 / HALLAZGOS

APE 1.3 – Primer elemento medible: En documentos elaborados por el Servicio de Esterilización se describen.

Servicio de Esterilización				
Nombre del documento 1: Procedimiento: "Esterilización en Autoclave Getinge"				
Código. PO-EST-22	Versión:02	Fecha: Febrero 2013	Fecha vigencia: Febrero 2016	N° páginas:12
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Rafael Cárdenas A., Jefe Centro Responsabilidad de Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
1. Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico				Si
7. Operación de equipos de esterilización				Si
Breve descripción del documento: Se consigna el método de esterilización de autoclave y los materiales a esterilizar en el equipo, especificando para los distintos tipos de programas, la temperatura y los tipos de materiales a procesar. Entre otros: Textiles, tubos, mangueras, instrumental (135° C) y material sensible al calor, gomas y plásticos (121 °C). Se incluye un programa a 105 °C para desinfección.				

Nombre del documento 2: Procedimiento: "Manejo Autoclave de Óxido de Etileno"				
Código:PO-EST-23	Versión:02	Fecha: Febrero 2013	Fecha vigencia: Febrero 2016	N° páginas:7
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Rafael Cárdenas A., Jefe Centro Responsabilidad de Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
1. Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico				Si
7. Operación de equipos de esterilización				Si
Breve descripción del documento: Se consigna el método de esterilización de Óxido de Etileno, especificando el manejo del equipo, la preparación de la carga, la utilización para materiales sensibles al calor y el tipo de empaque de los artículos.				

Nombre del documento 3:Procedimiento: "Material que se procesa en Óxido de Etileno"				
Código: PO-EST-24	Versión: 02	Fecha: Febrero 2013	Fecha vigencia: Febrero 2016	N° páginas:12
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Javier Pino J., Jefe (s) Centro Responsabilidad de Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
1. Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico				Si
7. Operación de equipos de esterilización				Si
Breve descripción del documento: En el punto 7 se explicita, pormenorizadamente, un listado de materiales de uso clínico (instrumentos y equipos) que se esterilizan en Óxido de Etileno. Se describen los pasos del proceso de esterilización.				

Nombre del documento 4: Procedimiento de Transporte y Recepción de Material Contaminado				
Código: PO-EST-03	Versión:03	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas:8
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Javier Pino J., Jefe (s) Centro Responsabilidad de Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
2. Transporte de material contaminado	Si			
Breve descripción del documento: Se consigna el procedimiento de transporte de material contaminado, explicitando el uso de barreras protectoras, que se debe transportar el material en contenedor cerrado o en su defecto, en bolsas plásticas resistentes, para impedir la caída de líquidos durante el transporte. Se definen los registros que se deben realizar. Establece los responsables de su aplicación. Se constata la versión anterior del documento (versión 02) de fecha Septiembre de 2012 de 3 años de vigencia elaborado por Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización.				

Nombre del documento 5: Procedimiento: "Entrega y Recepción de Material Clínico a ser esterilizado fuera del HRA"				
Código:PO-EST-05	Versión: 03	Fecha: Julio 2013	Fecha vigencia: Julio 2016	N° páginas:8
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Paola Rojas L., Jefa Centro Responsabilidad Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
3. Recepción de material esterilizado fuera de la institución				Si
Breve descripción del documento: En el punto 7 "Descripción del proceso", se consigna el procedimiento que se debe cumplir con el material que se requiera procesar fuera de la institución, en relación a distintos aspectos, entre otros: Confección de una lista de chequeo, carga de los contenedores, cuidado de los materiales y cajas quirúrgicas, definiciones para horarios inhábiles y aspectos de coordinación con los encargados de las instituciones externas.				

Nombre del documento 6: Procedimiento: "Recepción de Material Clínico"				
Código: PO -EST- 07	Versión:03	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia:5 años	N° páginas:7
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Javier Pino J., Jefe (s) Centro Responsabilidad de Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
4. Recepción de materiales a ser esterilizados				Si
Breve descripción del documento: En el punto 7 se especifica el procedimiento de recepción y entrega de material clínico. Se constata la versión anterior del documento (versión 02) de fecha Septiembre de 2012 de 3 años de vigencia elaborado por Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización.				

Nombre del documento 7: Procedimiento: "Lavado de instrumental"				
Código: PO-EST-13	Versión:02	Fecha: Junio 2013	Fecha vigencia: Junio 2016	N° páginas: 12
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Paola Rojas L., Jefa Centro Responsabilidad Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
5. Lavado y secado				Si
Breve descripción del documento: Se consigna, entre otros aspectos: Los equipos de lavado, uso de detergentes, protección del personal, equipos y materiales. En el punto 7 se describen los procedimientos de lavado manual, en lavadora ultrasónica y en lavadora descontaminadora. Se constata que existen varios documentos que describen procedimientos de lavado: - Procedimiento:"Lavado y descontaminación material metálico" Código: PO-EST-14, de 8 páginas. - Procedimiento:"Lavado y descontaminación de gomas y plásticos" Código: PO-EST-15, de 8 páginas. Los documentos señalados han sido elaborados y aprobados por las mismas profesionales, en las mismas fechas, y tienen la misma vigencia que lo consignado para el documento 7.				

Nombre del documento 10: Secado de Material				
Código: PO-EST-18	Versión:03	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia:5 años	N° páginas: 6
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Javier Pino J., Jefe Centro Responsabilidad de Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
5. Secado	Si			
6.Inspección y Preparación	Si			
Breve descripción del documento: Se consigna en el punto 7 el procedimiento de secado. Se incluyen procedimientos de preparación de material. Se constata la versión anterior del documento (versión 02) de fecha Septiembre de 2012 de 3 años de vigencia elaborado por Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización.				

Nombre del documento 11: Proceso inspección del Material Clínico				
Código: PO-EST-08	Versión: 03	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia:5 años	N° páginas:5
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Javier Pino J., Jefe (s) Centro Responsabilidad de Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
6. Inspección				Si
Breve descripción del documento: En el punto 7, se describe el procedimiento de inspección. Se constata la versión anterior del documento (versión 02) de fecha Septiembre de 2012 de 3 años de vigencia elaborado por Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización.				

Nombre del documento 12: Proceso de preparación de cajas quirúrgicas				
Código: PO-EST-19	Versión: 03	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia:5 años	N° páginas:5
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Javier Pino J., Jefe Centro Responsabilidad de Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
6. Inspección y preparación				Si
Breve descripción del documento: En el punto 7, se describe el procedimiento de preparación. Se constata la versión anterior del documento (versión 02) de fecha Septiembre de 2012 de 3 años de vigencia elaborado por Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización.				

Nombre del documento 13: Proceso entrega y distribución de material esterilizado con CBR"				
Código: PO-EST-26	Versión: 03	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia:5 años	N° páginas:5
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Javier Pino J., Jefe Centro Responsabilidad de Operaciones		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
8. Distribución				Si
Breve descripción del documento: En el punto 7, se describe el procedimiento de entrega y distribución del material. Se constata la versión anterior del documento (versión 02) de fecha Septiembre de 2012 de 3 años de vigencia elaborado por Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización.				

Nombre del documento 14: Procedimiento de Control de Proceso de Esterilización				
Código: PO-EST-04	Versión: 04	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia:5 años	N° páginas:12
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización		Aprobado por: Javier Pino J., Jefe Centro Responsabilidad Operaciones Hospital Regional Antofagasta		
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
9. Controles del proceso				Si
Breve descripción del documento: Se incluyen los tipos de controles del proceso de esterilización: monitores físicos, químicos y biológicos. Se constata la versión anterior del documento (versión 02) de fecha Septiembre de 2012 de 3 años de vigencia elaborado por Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización.				

Nombre del documento 15: Instructivo: Uso Control Bowie Dick

Código: IT-EST-01	Versión: 01	Fecha: Noviembre 2011	Fecha vigencia:5 años	N° páginas:2
Elaborado y aprobado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización				
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
9. Controles del proceso				Si
Breve descripción del documento: Se consigna el procedimiento de uso e interpretación del Test de Bowie Dick.				
Nombre del documento 16: Instructivo: Uso de Controles Químicos				
Código:IT-EST-01	Versión: 01	Fecha: Noviembre 2011	Fecha vigencia:5 años	N° páginas: 2
Elaborado y aprobado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización				
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)				
9. Controles del proceso				Si
6.Inspección y Preparación				Si
Breve descripción del documento: Describe el procedimiento de uso, interpretación y viraje de los controles químicos para los métodos de autoclave y Óxido de Etileno. El procedimiento, se relaciona con la inspección, preparación y control del proceso.				

APE 1.3 – Segundo elemento medible: Se han definido al menos 2 indicadores y umbrales de cumplimiento.

Servicio de Esterilización	
Nombre del indicador(1)	Controles Biológicos Rápidos Autoclave de Vapor
Fórmula matemática	(N° de controles biológicos rápidos negativos entregados por período de tiempo/ N° de controles biológicos rápidos realizados en el mismo período de tiempo) x 100
Umbral de cumplimiento:100%	Periodicidad de la evaluación: Mensualmente
Nombre del indicador(2)	Controles Biológicos para Óxido de Etileno
Fórmula matemática	(N° de controles biológicos rápidos negativos de Óxido de Etileno por período de tiempo/ N° de controles biológicos rápidos Óxido de Etileno realizados en el mismo período de tiempo) x 100
Umbral de cumplimiento:100%	Periodicidad de la evaluación: Mensualmente

APE 1.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Esterilización (Indicador 1)						
Nombre documento	Informe del indicador					
Responsable medición	Enfermeras de la Central de Esterilización					
Fuente primaria	Libro de Registros diarios de Controles Biológicos Rápidos realizados en la Central de Esterilización					
Fuente secundaria	Informes mensuales del indicador					
Periodo evaluado	Mayo-octubre 2015					
Metodología de medición	Las enfermeras de esterilización revisan, mensualmente, los registros del Libro de controles biológicos de autoclave realizados en los equipos de esterilización de autoclave de vapor, verificando que el resultado de éstos sea negativo. Se realiza un informe mensual con los resultados.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Esterilización (Indicador 1)						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	44 / 44	54 / 54	38 / 38	35 / 35	36 / 36	52 / 52
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Esterilización (Indicador 1)						
Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de septiembre 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador y los registros**.** Se randomiza para obtener una muestra de 30 registros. Se revisan las 7 primeros, constatando que cumplen el procedimiento institucional. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la Situación 1 de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" del Ord. Circular IP N° 2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Septiembre 2015					
N° Registros primarios que cumplen / N° Registros primários revisados	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: Se revisan los registros primarios de controles biológicos en el "Libro de Controles biológicos Autoclave"						
Servicio de Esterilización (Indicador 2)						
Nombre documento	Informe del indicador					
Responsable medición	Enfermeras de la Central de Esterilización					
Fuente primaria	Libro de Registros diarios de Controles Biológicos OE realizados la Central de Esterilización					
Fuente secundaria	Informes mensuales del indicador					
Periodo evaluado	Mayo-octubre 2015					
Metodología de medición	Las enfermeras de esterilización revisan, mensualmente, los registros del Libro de controles biológicos de Óxido de Etileno (OE) realizados en los equipos de esterilización de OE, verificando que el resultado de éstos sea negativo. Se realiza un informe mensual con los resultados.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Esterilización (Indicador 2)						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	51 / 51	59 / 59	64 / 64	66 / 66	61 / 61	51 / 51
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Esterilización (Indicador 2)						
Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de julio 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador y los registros**.** Se randomiza para obtener una muestra de 30 registros. Se revisan las 7 primeros, constatando que cumplen el procedimiento institucional. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la Situación 1 de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" del Ord. Circular IP N° 2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Julio 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: Se revisan los registros primarios de controles biológicos en el "Libro de Controles biológicos Óxido de Etileno"						

CARACTERÍSTICA APE 1.3 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Servicio de Esterilización (0-1-NA)	Esterilización	1° EM:1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: :≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APE 1.4 / HALLAZGOS

APE 1.4 – Primer elemento medible: Se describe en documento de carácter institucional el procedimiento de almacenamiento de material estéril.

Servicio de Esterilización		
Nombre del documento: Almacenamiento y manejo del material estéril en Unidades Clínicas HRA - Código: PO-EST-01		
N° Resolución:16206 (31 Diciembre 2013)	Versión: 03	Fecha: Diciembre 2013
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: Diciembre 2016	N° páginas:13
Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Supervisora Central de Esterilización	Aprobado por: Juan Mattatall Lankin, Director Hospital Regional Antofagasta	
Describe (Si/No)	Procedimiento de almacenamiento de material estéril: Si	

Breve descripción del contenido del documento: En la página 6 se consignan las definiciones normativas de la duración del material estéril en Unidades Clínicas y Esterilización; especificando el "Tipo de empaque", "1 envoltorio" y "Doble envoltorio" para una serie de bultos con distintos empaques, entre otros: Papel grado médico mixto bilaminado, papel crepado grado médico, cajas metálicas multiperforadas y plástico.

En el punto 7 "Descripción del proceso" se describen los procedimientos en la unidad de esterilización y los responsables de su ejecución. Entre otros aspectos normativos, se establece:
-Lavado de manos
-Revisar los artículos antes de guardarlos en los armarios y verificar: empaques indemnes, etiquetas con fechas, controles virados y materiales secos.
-Siempre entregar lo que se esteriliza primero, verificando siempre las fechas

En el alcance se indica que el procedimiento se aplica a todas las unidades clínicas del Hospital.

En el punto 3 "Responsabilidades", se especifican éstas para:
-El Técnico Paramédico y/o Auxiliar de la Central de Esterilización, Técnico Paramédico y Arsenaleras de Pabellones, Técnico Paramédico de Unidades Clínicas: Responsables de resguardar la integridad de los bultos
-La Enfermera, Matrona, Médico, Odontólogo y Supervisora de Unidades Clínicas: Responsables de supervisar y evaluar el adecuado manejo del material.
-La Enfermera de Esterilización: Responsable de evaluar su cumplimiento.

En el Anexo 1 se incluye el formato de la Pauta de Supervisión con los siguientes criterios:

1. El material estéril está almacenado en área seca, alejado de humedad y libre de polvo
2. El material estéril está guardado en sitio exclusivo para este fin
3. Los envoltorios y las etiquetas están indemnes
4. El material estéril se encuentra vigente.

Se constata documento en los siguientes puntos de verificación						
Esterilización	PQ	Cirugía	UPC Ad	UPC Neo	UPC Ped	Obst-gine
Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimento:
- Central de Esterilización: Se constata el documento. Cumple.
- Pabellón Quirúrgico Central, Coronario y Gine-Obst.: Se constata el documento. Cumplen.
- Cirugía, Bloque Quirúrgico y Pensionado Cirugía: Se constata el documento. Cumplen.
- UPC Ad., UCI Coronaria y UTIMQ: Se constata el documento. Cumplen.
- UPC Neo: Se constata el documento. Cumple.
- UPC Ped: Se constata el documento. Cumple.
- Obst-gine: Se constata el documento. Cumple.

APE 1.4 – Segundo elemento medible: Se han definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Esterilización	
Nombre del indicador	Indicador Supervisión de Almacenamiento de Material Estéril
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de material estéril por unidad/ N° total de áreas de almacenamiento de material estéril por unidad) x 100
Umbral de cumplimiento:100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
PQ (Central - Coronario - Gine-Obst)	
Nombre del indicador	Indicador Supervisión de Almacenamiento de Material Estéril
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de material estéril por unidad/ N° total de áreas de almacenamiento de material estéril por unidad) x 100
Umbral de cumplimiento:100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Cirugía –Bloque Quirúrgico –Pensionado Cirugía	
Nombre del indicador	Indicador Supervisión de Almacenamiento de Material Estéril
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de material estéril por unidad/ N° total de áreas de almacenamiento de material estéril por unidad) x 100
Umbral de cumplimiento:100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Adulto – UCI Coronaria – UTIMQ	
Nombre del indicador	Indicador Supervisión de Almacenamiento de Material Estéril
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de material estéril por unidad/ N° total de áreas de almacenamiento de material estéril por unidad) x 100
Umbral de cumplimiento:100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Neo	
Nombre del indicador	Indicador Supervisión de Almacenamiento de Material Estéril
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de material estéril por unidad/ N° total de áreas de almacenamiento de material estéril por unidad) x 100
Umbral de cumplimiento:100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Ped	
Nombre del indicador	Indicador Supervisión de Almacenamiento de Material Estéril
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de material estéril por unidad/ N° total de áreas de almacenamiento de material estéril por unidad) x 100
Umbral de cumplimiento:100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual
Obst- gine	
Nombre del indicador	Indicador Supervisión de Almacenamiento de Material Estéril
Fórmula matemática	(N° de áreas de almacenamiento que cumplen con el procedimiento de almacenamiento de material estéril por unidad/ N° total de áreas de almacenamiento de material estéril por unidad) x 100
Umbral de cumplimiento:100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

APE 1.4 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Esterilización	
Nombre documento	Programa Supervisión Manejo de Materiales Estériles en Unidades Clínicas del Hospital Regional Antofagasta
Responsable medición	Enfermera Jefe Central de Esterilización
Fuente primaria	Pautas de supervisión de almacenamiento de material estéril
Fuente secundaria	Informes del indicador
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	La enfermera jefe de Esterilización establece un calendario mensual para que las enfermeras y matronas supervisoras apliquen pautas de supervisión, en modalidad cruzada, en las distintas unidades clínicas y en la Central de Esterilización. Mensualmente, se aplica una o más pautas de supervisión "Manejo de material estéril", en la cual se consigna el cumplimiento o incumplimiento de cada uno de los 4 criterios de la pauta, la fecha de aplicación, el % de cumplimiento y un campo libre de "observaciones", donde las distintas supervisoras que la aplican, registran su firma y timbre. El % de cumplimiento se obtiene de la contabilización del número de criterios de calidad que se cumplen en cada pauta. Si se cumplen todos (4) se obtiene un 100% de cumplimiento. La enfermera de esterilización elabora un informe mensual que incluye todos los servicios clínicos y esterilización. En la primera parte, se consignan los servicios que tienen un cumplimiento del 100%. En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos detallados para cada servicio clínico; no se consignan %.
PQ (Central - Coronario - Gine-Obst)	
Nombre documento	Programa Supervisión Manejo de Materiales Estériles en Unidades Clínicas del Hospital Regional Antofagasta
Responsable medición	Enfermera Jefe Central de Esterilización
Fuente primaria	Pautas de supervisión de almacenamiento de material estéril
Fuente secundaria	Informes del indicador
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	La enfermera jefe de Esterilización establece un calendario mensual para que las enfermeras y matronas supervisoras apliquen pautas de supervisión, en modalidad cruzada, en las distintas unidades clínicas y en la Central de Esterilización. Mensualmente, se aplica una o más pautas de supervisión "Manejo de material estéril", en la cual se consigna el cumplimiento o incumplimiento de cada uno de los 4 criterios de la pauta, la fecha de aplicación, el % de cumplimiento y un campo libre de "observaciones", donde las distintas supervisoras que la aplican, registran su firma y timbre. El % de cumplimiento se obtiene de la contabilización del número de criterios de calidad que se cumplen en

	cada pauta. Si se cumplen todos (4), se obtiene un 100% de cumplimiento. La enfermera de esterilización elabora un informe que incluye todos los servicios clínicos y esterilización. En la primera parte, se consignan los servicios que tienen un cumplimiento del 100%. En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos detallados para cada servicio clínico; no se consignan %. El servicio clínico recibe un informe mensual.
Cirugía –Bloque Quirúrgico –Pensionado Cirugía	
Nombre documento	Programa Supervisión Manejo de Materiales Estériles en Unidades Clínicas del Hospital Regional Antofagasta
Responsable medición	Enfermera Jefe Central de Esterilización
Fuente primaria	Pautas de supervisión de almacenamiento de material estéril
Fuente secundaria	Informes del indicador
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	La enfermera jefe de Esterilización establece un calendario mensual para que las enfermeras y matronas supervisoras apliquen pautas de supervisión, en modalidad cruzada, en las distintas unidades clínicas y en la Central de Esterilización. Mensualmente, se aplica una o más pautas de supervisión "Manejo de material estéril", en la cual se consigna el cumplimiento o incumplimiento de cada uno de los 4 criterios de la pauta, la fecha de aplicación, el % de cumplimiento y un campo libre de "observaciones", donde las distintas supervisoras que la aplican, registran su firma y timbre. El % de cumplimiento se obtiene de la contabilización del número de criterios de calidad que se cumplen en cada pauta. Si se cumplen todos (4), se obtiene un 100% de cumplimiento. La enfermera de esterilización elabora un informe que incluye todos los servicios clínicos y esterilización. En la primera parte, se consignan los servicios que tienen un cumplimiento del 100%. En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos detallados para cada servicio clínico; no se consignan %. El servicio clínico recibe un informe mensual.
UPC Adulto – UCI Coronaria - UTIMQ UPC Adulto	
Nombre documento	Programa Supervisión Manejo de Materiales Estériles en Unidades Clínicas del Hospital Regional Antofagasta
Responsable medición	Enfermera Jefe Central de Esterilización
Fuente primaria	Pautas de supervisión de almacenamiento de material estéril
Fuente secundaria	Informes del indicador
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	La enfermera jefe de Esterilización establece un calendario mensual para que las enfermeras y matronas supervisoras apliquen pautas de supervisión, en modalidad cruzada, en las distintas unidades clínicas y en la Central de Esterilización. Mensualmente, se aplica una o más pautas de supervisión "Manejo de material estéril", en la cual se consigna el cumplimiento o incumplimiento de cada uno de los 4 criterios de la pauta, la fecha de aplicación, el % de cumplimiento y un campo libre de "observaciones", donde las distintas supervisoras que la aplican, registran su firma y timbre. El % de cumplimiento se obtiene de la contabilización del número de criterios de calidad que se cumplen en cada pauta. Si se cumplen todos (4), se obtiene un 100% de cumplimiento. La enfermera de esterilización elabora un informe que incluye todos los servicios clínicos y esterilización. En la primera parte, se consignan los servicios que tienen un cumplimiento del 100%. En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos detallados para cada servicio clínico; no se consignan %. El servicio clínico recibe un informe mensual.
UPC Neo	
Nombre documento	Programa Supervisión Manejo de Materiales Estériles en Unidades Clínicas del Hospital Regional Antofagasta
Responsable medición	Enfermera Jefe Central de Esterilización
Fuente primaria	Pautas de supervisión de almacenamiento de material estéril
Fuente secundaria	Informes del indicador
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	La enfermera jefe de Esterilización establece un calendario mensual para que las enfermeras y matronas supervisoras apliquen pautas de supervisión, en modalidad cruzada, en las distintas unidades clínicas y en la Central de Esterilización. Mensualmente, se aplica una o más pautas de supervisión "Manejo de material estéril", en la cual se consigna el cumplimiento o incumplimiento de cada uno de los 4 criterios de la pauta, la fecha de aplicación, el % de cumplimiento y un campo libre de "observaciones", donde las distintas supervisoras que la aplican, registran su firma y timbre. El % de cumplimiento se obtiene de la contabilización del número de criterios de calidad que se cumplen en cada pauta. Si se cumplen todos (4), se obtiene un 100% de cumplimiento. La enfermera de esterilización elabora un informe que incluye todos los servicios clínicos y esterilización. En la primera parte, se consignan los servicios que tienen un cumplimiento del 100%. En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos detallados para cada servicio clínico; no se consignan %. El servicio clínico recibe un informe mensual.
UPC Ped	
Nombre documento	Programa Supervisión Manejo de Materiales Estériles en Unidades Clínicas del Hospital Regional Antofagasta
Responsable medición	Enfermera Jefe Central de Esterilización
Fuente primaria	Pautas de supervisión de almacenamiento de material estéril
Fuente secundaria	Informes del indicador
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	La enfermera jefe de Esterilización establece un calendario mensual para que las enfermeras y matronas supervisoras apliquen pautas de supervisión, en modalidad cruzada, en las distintas

	unidades clínicas y en la Central de Esterilización. Mensualmente, se aplica una o más pautas de supervisión "Manejo de material estéril", en la cual se consigna el cumplimiento o incumplimiento de cada uno de los 4 criterios de la pauta, la fecha de aplicación, el % de cumplimiento y un campo libre de "observaciones", donde las distintas supervisoras que la aplican, registran su firma y timbre. El % de cumplimiento se obtiene de la contabilización del número de criterios de calidad que se cumplen en cada pauta. Si se cumplen todos (4), se obtiene un 100% de cumplimiento. La enfermera de esterilización elabora un informe que incluye todos los servicios clínicos y esterilización. En la primera parte, se consignan los servicios que tienen un cumplimiento del 100%. En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos detallados para cada servicio clínico; no se consignan %. El servicio clínico recibe un informe mensual.
Obst- gine	
Nombre documento	Programa Supervisión Manejo de Materiales Estériles en Unidades Clínicas del Hospital Regional Antofagasta
Responsable medición	Enfermera Jefe Central de Esterilización
Fuente primaria	Pautas de supervisión de almacenamiento de material estéril
Fuente secundaria	Informes del indicador
Periodo evaluado	Mayo – Octubre 2015
Metodología de medición	La enfermera jefe de Esterilización establece un calendario mensual para que las enfermeras y matronas supervisoras apliquen pautas de supervisión, en modalidad cruzada, en las distintas unidades clínicas y en la Central de Esterilización. Mensualmente, se aplica una o más pautas de supervisión "Manejo de material estéril", en la cual se consigna el cumplimiento o incumplimiento de cada uno de los 4 criterios de la pauta, la fecha de aplicación, el % de cumplimiento y un campo libre de "observaciones", donde las distintas supervisoras que la aplican, registran su firma y timbre. El % de cumplimiento se obtiene de la contabilización del número de criterios de calidad que se cumplen en cada pauta. Si se cumplen todos (4), se obtiene un 100% de cumplimiento. La enfermera de esterilización elabora un informe que incluye todos los servicios clínicos y esterilización. En la primera parte, se consignan los servicios que tienen un cumplimiento del 100%. En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos detallados para cada servicio clínico; no se consignan %. El servicio clínico recibe un informe mensual.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Servicio de Esterilización

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	8	8	4	4	4	2
N° Total Pautas	8	8	4	4	4	4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	50%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Servicio de Esterilización

Describir constatación: Se constatan todas las pautas aplicadas y los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión (incluida la Central de Esterilización), consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100%; de acuerdo a la metodología definida para la elaboración del indicador, implica que se cumplen todos los criterios de cada pauta, que son 4. En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos para cada servicio clínico; no se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Hay consistencia entre los resultados reportados y los registros consignados en los registros primarios. Se da por cumplido el elemento medible.

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	8	8	4	4	4	2
	8	8	4	4	4	4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	50%

Observaciones: Dado que la enfermera de esterilización es quien elabora el indicador mensual y envía los informes a todos los servicios clínicos que componen los diferentes puntos de verificación de la característica, la evaluadora, para formarse la convicción de la validez de los resultados informados, solicita acceder a los registros primarios. La enfermera explica la metodología y presenta los registros primarios de los distintos servicios clínicos seleccionados al azar por la evaluadora. Se constata que los registros primarios son los formularios de la pauta de supervisión "Manejo de material estéril en unidades clínicas", la cual consigna el cumplimiento o incumplimiento de cada uno de los 4 criterios de la pauta, la fecha de aplicación, el % de cumplimiento y un campo libre de "observaciones", donde las distintas supervisoras que aplican la pauta (según calendario definido en el programa), registran su firma y timbre. Los registros de las pautas aplicadas a los distintos servicios clínicos en el período mayo-octubre 2015, que se utilizan para la elaboración de los indicadores y resultados presentados en los distintos puntos de verificación, están en la oficina de la enfermera jefe de esterilización y es posible verificarlos. La evaluadora se forma la convicción que los registros son confiables.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ Central

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	1	3	4	4	4	4
	4	4	4	4	4	4
% Cumplimiento	25%	75%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ Central

Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la

primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100% (eso significa que se cumplen todos los criterios de cada pauta que son 4). En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos para cada servicio clínico; no se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.

Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ Coronario						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	4 4	4 4	4 4	4 4	2 4	4 4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	50%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ Coronario

Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100% (eso significa que se cumplen todos los criterios de cada pauta que son 4). En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos para cada servicio clínico; no se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.

Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ Gine-Obst						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ Gine-Obst

Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100%; de acuerdo a la metodología definida para la elaboración del indicador, implica que se cumplen todos los criterios de cada pauta, que son 4. No se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.

Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Cirugía						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	8 8	4 8	5 8	8 8	8 8	6 8
% Cumplimiento	100%	50%	62,5%	100%	100%	75%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Cirugía

Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100% (eso significa que se cumplen todos los criterios de cada pauta que son 4). En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos para cada servicio clínico; no se consignan %, la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. En este punto de verificación se aplican pautas en dos sectores del servicio: "Hombres" y "Mujeres". Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.

Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Bloque Quirúrgico						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Bloque Quirúrgico

Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100%; de acuerdo a la metodología definida para la elaboración del

indicador, implica que se cumplen todos los criterios de cada pauta, que son 4. No se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.

Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Pensionado Cirugía						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Pensionado Cirugía

Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100%; de acuerdo a la metodología definida para la elaboración del indicador, implica que se cumplen todos los criterios de cada pauta, que son 4. No se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.

Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ad						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ad

Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100%; de acuerdo a la metodología definida para la elaboración del indicador, implica que se cumplen todos los criterios de cada pauta, que son 4. No se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.

Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UCI Coronaria						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UCI Coronaria

Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100%; de acuerdo a la metodología definida para la elaboración del indicador, implica que se cumplen todos los criterios de cada pauta, que son 4. No se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.

Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UTIMQ						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	8 8	5 8	8 8	8 8	7 8	6 8
% Cumplimiento	100%	62,5%	100%	100%	87,5%	75%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UTIMQ

Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100% (eso significa que se cumplen todos los criterios de cada pauta que son 4). En otra parte del informe, se detallan los incumplimientos para cada servicio clínico; no se consignan %, la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. En este punto de verificación se aplican pautas en dos sectores del servicio: "TIM" y "SAIQ". Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.

Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Neo						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Neo						
Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100%; de acuerdo a la metodología definida para la elaboración del indicador, implica que se cumplen todos los criterios de cada pauta, que son 4. No se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.						
Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ped						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ped						
Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100%; de acuerdo a la metodología definida para la elaboración del indicador, implica que se cumplen todos los criterios de cada pauta, que son 4. No se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.						
Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.						

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Obst –Gine						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° criterios de calidad de las pautas cumplidos /N° Total de criterios de calidad de las pautas de supervisión	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4	4 4
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Obst-Gine						
Describir constatación: Se constatan los informes mensuales del indicador correspondientes al período mayo-octubre 2015 en el punto de verificación. El informe, que incluye a todos los servicios en los cuales se aplican pautas de supervisión, consigna, en la primera parte, los servicios que tienen un cumplimiento del 100%; de acuerdo a la metodología definida para la elaboración del indicador, implica que se cumplen todos los criterios de cada pauta, que son 4. No se consignan % -; la evaluadora los obtiene para presentarlos en el formato del informe de acreditación. Los registros primarios se constatan en la oficina de la enfermera jefe de la Central de Esterilización. Se da por cumplido el elemento medible.						
Observaciones: Se utiliza una metodología general de constatación de los registros primarios (pautas de supervisión aplicadas a los servicios clínicos) archivados en la Central de Esterilización.						

APE 1.4 – Cuarto elemento medible: Se constata en terreno almacenamiento de material estéril de acuerdo a norma local que considera las orientaciones del MINSAL.

Constatación en Servicio de Esterilización: Se realiza visita a la bodega de almacenamiento de la Central de Esterilización. Se constata que los materiales se almacenan respetando la norma local que considera las orientaciones del MINSAL, relativas a mantener los bultos en estanterías limpias, a más de 30 cms., del suelo y 100 cms., del cielo; y que el personal se lava y seca las manos antes de manipular los bultos esterilizados. Se revisan, al azar, en las diferentes estanterías, los bultos almacenados, constatando la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se da por cumplido el elemento medible.
Constatación en PQ Central: Se realiza visita a la bodega de almacenamiento de material estéril re-procesado y al área de almacenamiento de insumos estériles almacenados en máquinas dispensadoras, en las dependencias de Pabellón Quirúrgico. Se revisan, al azar, en las diferentes estanterías, cajas quirúrgicas y materiales varios, constatando la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional basado en las normas del Minsal. Se da por cumplido el hecho medible.
Constatación en PQ Coronario: Se realiza visita a las dependencias del pabellón y a la bodega de almacenamiento de material estéril. Se revisan, al azar, en las diferentes estanterías, bultos estériles varios, constatando la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se revisan los materiales estériles mantenidos en un carro de perfusión, al interior de la sala de operaciones, constatando que

dos insumos esterilizados industrialmente, mantenidos dentro de los cajones del carro, no tienen fecha de esterilización ni de expiración. Se da por no cumplido el hecho medible.
Constatación en PQ Gine-Obst: Se verifica el almacenamiento de material estéril visitando la bodega de material estéril existentes en dependencias de Pabellón Quirúrgico. Se revisan, al azar, en las diferentes estanterías, cajas quirúrgicas y materiales varios, constatando la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata que no se cumplen las disposiciones relativas a mantener los bultos en estanterías a más de 30 cms., del suelo en los dispensadores de insumos estériles. Se verifica que se mantienen insumos estériles almacenados en la última bandeja inferior de las máquinas dispensadoras con sistema informático de control de acceso. Se da por no cumplido el hecho medible.
Constatación en Cirugía: Se realiza visita a las dependencias de la unidad clínica, en los sectores de hombres y mujeres. Se revisan, al azar, en los diferentes lugares de almacenamiento de material estéril, distintos materiales de uso clínico: la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata en el sector de cirugía mujeres, en un carro de paro, donde se almacenan insumos estériles, el uso de elásticos para amarrar lotes de insumos estériles empaquetados en envoltorios bilaminados. Se da por no cumplido el hecho medible.
Constatación en Bloque Quirúrgico: Se realiza visita a las dependencias de la unidad clínica. Se revisan, al azar, en los diferentes lugares de almacenamiento de material estéril, distintos materiales de uso clínico: la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata, en un carro de medicamentos, donde se almacenan insumos estériles, el uso de elásticos para amarrar lotes de insumos estériles empaquetados en envoltorios bilaminados. Se da por no cumplido el hecho medible.
Constatación en Pensionado Cirugía: Se realiza visita a las dependencias de la unidad clínica. Se revisan, al azar, en las diferentes estanterías de la estación de enfermería y en el carro de paro distintos bultos estériles, constatando la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional basado en las normas del Minsal. Se da por cumplido el hecho medible.
Constatación en UPC Ad: Se realiza visita a las dependencias de la UPC Ad. Se revisan, al azar, en las diferentes estanterías y carro de paro distintos bultos estériles, constatando la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional basado en las normas del Minsal. Se da por cumplido el hecho medible.
Constatación en UCI Coronaria: Se realiza visita a las dependencias de la unidad clínica. Se revisan, al azar, en las diferentes estanterías de la estación de enfermería y en el carro de paro distintos bultos estériles, constatando la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional basado en las normas del Minsal. Se da por cumplido el hecho medible.
Constatación en UTIMQ: Se realiza visita a las dependencias de la unidad clínica. Se revisan, al azar, en las diferentes estanterías de la estación de enfermería y en el carro de paro distintos bultos estériles, constatando la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional basado en las normas del Minsal. Se da por cumplido el hecho medible.
Constatación en UPC Neo: Se realiza visita a las dependencias de la unidad clínica. Se revisan, al azar, en los diferentes lugares de almacenamiento de material estéril, distintos materiales de uso clínico: la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata, el uso de elásticos para amarrar lotes de insumos estériles empaquetados en envoltorios bilaminados. Se da por no cumplido el hecho medible.
Constatación en UPC Pediatría: Se realiza visita a las dependencias de la unidad clínica. Se revisan, al azar, en las diferentes estanterías de la estación de enfermería distintos bultos estériles, constatando la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional basado en las normas del Minsal. Se da por cumplido el hecho medible.
Constatación en Obst-gine: Se realiza visita a las dependencias de la unidad clínica. Se revisan, al azar, en las diferentes estanterías de la estación de enfermería distintos bultos estériles, constatando la vigencia de la fecha de esterilización, la presencia de control químico externo virado y la indemnidad de los envoltorios, entre otros criterios normativos. Se constata el cumplimiento del procedimiento institucional basado en las normas del Minsal. Se da por cumplido el hecho medible.
Observaciones:

CARACTERÍSTICA APE 1.4/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Esterilización	PQ	Cirugía	UPC Ad	UPC Neo	UPC Ped	Obst-gine
Primer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1
Segundo elemento medible	1	1	1	1	1	1	1
Tercer elemento medible	1	1	1	1	1	1	1
Cuarto elemento medible	1	0	0	1	0	1	1
Umbral de la característica: ≥75%	Puntaje total: 25/28		Porcentaje obtenido: 89%			Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA APE 1.5 / HALLAZGOS

APE 1.5 – Primer elemento medible: Se describe en un documento elaborado por el Servicio de Esterilización** el procedimiento de desinfección de alto nivel.

Servicio de Esterilización (o Comité de IIH en caso de Servicio de Esterilización externalizado)				
Nombre del documento: Procedimiento: Desinfección de Alto Nivel (DAN)				
Código: PO-EST-27	Versión: 01	Fecha: Noviembre 2013	Fecha vigencia: Noviembre 2016	N° páginas:21

Elaborado por: Irene Castillo R., Enfermera Central de Esterilización	Aprobado por: Paola Rojas L., Jefe Centro Responsabilidad Operaciones
Describe explícitamente (Si/No)	Procedimiento de desinfección de alto nivel: Si
Breve descripción del contenido del documento: En el alcance se indica que el procedimiento aplica al área de DAN de la Unidad de Endoscopía del Hospital Regional de Antofagasta. En el punto 4 se incluyen las definiciones y los aspectos generales del procedimiento de DAN. Se explicita que el procedimiento se aplica en los siguientes instrumentos: broncoscopios, endoscopios, duodenoscopios, colonoscopios, otoscopios, rinoscopios, transductor esofágico, electrodos vaginales de estimulación y cistoscopios. En las referencias se explicitan las Normas Técnicas sobre Esterilización y Desinfección de elementos clínicos y Manual para su aplicación. Minsal 2001; como también, el Instructivo de Manejo de Orthoftalaldehido de la empresa Johnson y Johnson En el punto 7 "Descripción del proceso", se incluyen entre otros aspectos: La enumeración de las etapas del proceso, la preparación del Orthoftalaldehido (OPA), el procedimiento y el responsable de su ejecución; la preparación del detergente enzimático, el procedimiento y el responsable de su aplicación; la monitorización del OPA, el procedimiento y el responsable de su ejecución; el procedimiento de lavado de los endoscopios y el responsable de su ejecución, el procedimiento de DAN, el objetivo, el equipo, enjuague y el responsable de su aplicación. Adicionalmente, se consigna el procedimiento de almacenamiento, los documentos asociados y archivo. En el Anexo 1 se incluye el formato de la "Pauta Supervisión DAN" En los Anexos 2 y 3 se incluyen matrices de indicadores (1 y 2) Se da por cumplido el elemento medible.	

APE 1.5 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Esterilización* (Sala de DAN)	
Nombre del indicador	% de controles de test de efectividad de Orthoftalaldehido (OPA) aprobados según procedimiento.
Fórmula matemática	N° de controles de test de efectividad del OPA aprobados en un mes calendario/ N° total de controles de test de efectividad del OPA realizados en un mes calendario.
Umbral de cumplimiento: 100%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

APE 1.5 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Esterilización* (Sala de DAN)						
Nombre documento	Informe Test de Efectividad OPA Año 2015					
Responsable medición	Enfermeras de la Central de Esterilización					
Fuente primaria	Registros en el Libro Test OPA ubicado en la sala de DAN en la Unidad de Endoscopías.					
Fuente secundaria	Informes Test de Efectividad OPA Año 2015					
Periodo evaluado	Mayo –Octubre 2015					
Metodología de medición	Los técnicos paramédicos de la sala de DAN en la Unidad de Endoscopías registran en el Libro "Registros Test OPA" los datos definidos y pegan la tira de control químico de efectividad que aplican a la solución de OPA vigente al inicio de cada jornada diaria. La enfermera de esterilización chequea los registros y elabora los indicadores, verificando el procedimiento definido de aplicación de las tiras químicas reactivas a la solución OPA. Se considera cumplido el procedimiento si se aplica y se consigna el registro en el libro correspondiente.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Servicio de Esterilización						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	76	84	88	98	58	69
N° Total Pautas	76	84	88	98	58	69
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Servicio de Esterilización						
Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de junio 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador y los registros. Se randomiza para obtener una muestra de 30 registros del Libro "Registros Test OPA" ubicado en la sala de DAN de endoscopías, recinto supervisado por la enfermera de esterilización. Se revisan los 7 primeros, constatando que cumplen el procedimiento institucional. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la Situación 1 de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" del Ord. Circular IP N° 2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Junio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA APE 1.5 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Servicio de Esterilización (0-1-NA)	Servicio de Esterilización	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: :≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

SERVICIOS DE APOYO – UNIDAD DE DIÁLISIS (APD)

CARACTERÍSTICA APD 1.1 / HALLAZGOS

APD 1.1 – Primer elemento medible: Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia
Prestador al que compra: Prestador declara no realizar compras a terceros.

CARACTERÍSTICA APD 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: NA	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: NA	Porcentaje obtenido: NA	Cumple: NA

CARACTERÍSTICA APD 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

APD 1.2– Primer elemento medible: Se describe en documentos elaborados por la Unidad de Diálisis.

Unidad de Diálisis				
Nombre del documento 1:Procedimiento: "Conexión y desconexión de paciente a máquina de Hemodiálisis"				
Código: PO-APD-11	Versión: 0	Fecha: Abril 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas:16
Elaborado por: Ana Bacarrezza R, Enfermera Supervisora Unidad de Diálisis		Aprobado por: Dra. Tania Troya Celi, Médico Unidad Diálisis		
Nombre del documento 2: Procedimiento: " Cuidado de Enfermería durante la Hemodiálisis"				
Código: PO-APD-08	Versión: 01	Fecha: Agosto 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas:11
Elaborado por: Ana Bacarrezza R, Enfermera Supervisora Unidad de Diálisis		Aprobado por: Dra. Ruth Solís Voisan, Médico Jefe Unidad de Diálisis		
Nombre del documento 3: Procedimiento: " Manejo de Filtros y líneas arterial –venosa para Hemodiálisis"				
Código: PO-APD-05	Versión:01	Fecha: Junio 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas:8
Elaborado por: Ana Bacarrezza R, Enfermera Supervisora Unidad de Diálisis		Aprobado por: Dra. Ruth Solís Voisan, Médico Jefe Unidad de Diálisis		
Nombre del documento 4: Procedimiento: " Sistema estandarizado de registros de los procedimientos de hemodiálisis"				
Código: PO-APD-06	Versión:3	Fecha: Octubre 2014	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 9
Elaborado por: Ana Bacarrezza R, Enfermera Supervisora Unidad de Diálisis		Aprobado por: Dra. Ruth Solís Voisan, Médico Jefe Unidad de Diálisis		
Nombre del documento 5: Procedimiento: " Norma de ingreso a la Unidad de Hemodiálisis"				
Código: PO-APD-01	Versión: 01	Fecha: Agosto 2014	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas:11
Elaborado por: Ana Bacarrezza R, Enfermera Supervisora Unidad de Diálisis		Aprobado por: Dra. Ruth Solís Voisan, Jefe Técnico Unidad de Diálisis		

El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)			
1. Procedimiento de hemodiálisis	Si	2. Procedimiento de peritoneo diálisis	N/A
3. Sistema estandarizado de registros de los procedimientos de hemodiálisis	Si	4. Se han definido los responsables de su aplicación	Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento 1 denominado Procedimiento: "Conexión y desconexión de paciente a máquina de Hemodiálisis", describe en el punto 1 denominado "Objetivo", un objetivo orientado a: "Realizar conexión y desconexión del paciente a máquina de Diálisis según normas de procedimiento de la unidad, brindando seguridad al usuario". El cual aplica a "Todos los Enfermeros especializados en Diálisis que deban conectar y desconectar a pacientes con Diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda y/o Crónica con Indicación Médica de Hemodiálisis". En el punto 3 denominado "Responsabilidad", describe de forma explícita, la Enfermera Clínica, es quien ejecuta el procedimiento según normas establecidas y el Técnico Paramédico prepara las máquinas, filtros y líneas a usar en la conexión y colabora durante la conexión y desconexión para mantener la técnica aséptica. Describe las etapas de conexión y desconexión y las acciones a realizar de forma secuencial. Incluye en el Anexo 1: "Pauta de supervisión conexión de pacientes con catéter a máquina Hemodiálisis", Anexo 2: "Pauta de supervisión desconexión del pacientes con catéter a máquina de Hemodiálisis" y Anexo 3: "Indicador".

Documento 2 actualizado, denominado Procedimiento: "Cuidado de Enfermería durante la Hemodiálisis", describe en el punto 1 denominado "Objetivo", el objetivo orientado a: "Proporcionar Cuidados de Enfermería seguros y oportunos en forma integral al paciente sometido a procedimiento de Hemodiálisis". El cual aplica a todo paciente en proceso de Hemodiálisis. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe por estamento las acciones a realizar, la Enfermera Supervisora es la encargada de supervisar el proceso de cuidados de enfermería, educar al paciente y familia y evaluar. La Enfermera Clínica es quien ejecute el proceso de atención. Incluye acciones a realizar por el Técnico Paramédico y Auxiliar de Servicio. En el punto 7 denominado "Descripción del proceso", describe las etapas a cumplir durante la Hemodiálisis y los protocolos a seguir, incluye manejo de las complicaciones, paro, reforzamiento de autocuidado, administrar medicamentos, toma de muestras para exámenes y manejo de accesos. En el punto 9 denominado "Anexos", incluye el registro, "Hoja de Unidad de Diálisis, Hoja de Vigilancia Reacciones adversas y Protocolo reacciones adversas".
Prestador presenta Documento versión anterior del 22 de Agosto 2012, denominado Procedimiento: "Cuidado de Enfermería durante la Hemodiálisis".

Documento 3 actualizado, denominado "Procedimiento: "Manejo de Filtros y líneas arterial –venosa para Hemodiálisis", contiene el Objetivo, que está orientado a "Evitar infecciones cruzadas y reacciones alérgicas (Síndrome del primer uso) en los pacientes". El cual, aplica a todo el personal de la Unidad de Diálisis. En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe por estamento las responsabilidades de Enfermera Supervisora, es responsable del proceso, capacita, supervisa y evalúa el procedimiento realizado, la Enfermera Clínica es quien supervisa cumplimiento de los procesos, el Técnico Paramédico, ejecuta el procedimiento según Protocolo existente en la Unidad y Auxiliar de Servicio realiza el aseo y elimina el material contaminado según normas existentes. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", contiene los siguientes Ítem; Manejo de Filtros y líneas,

Eliminación de filtros y líneas y Preparación de filtro que ha sido utilizado. En el punto 9 denominado "Anexos" incluye el registro a utilizar, "Registro en libro de reuso de Filtros".
Prestador presenta Documento versión anterior del 22 de Agosto 2012, denominado "Procedimiento: "Manejo de capilares y líneas arterial –venosa en hemodiálisis".

Documento 4 denominado Procedimiento: " Sistema estandarizado de registros de los procedimientos de hemodiálisis", describe en el punto 1 denominado "Objetivo" un objetivo que es: " Estandarizar los registros de procedimiento de Hemodiálisis realizados a los pacientes atendidos en la Unidad de Diálisis del Hospital Regional de Antofagasta" , aplica a todo paciente que reciba tratamiento de diálisis crónica en la Unidad de Diálisis y describe de forma explícita en el punto 3 denominado " Responsabilidades", Enfermera Clínica, es quien realiza los registros de enfermería. En el punto 4 denominado "Definiciones" describe de forma explícita que el documento de registro es la Hoja de Unidad de Diálisis de cada paciente, donde se registra el procedimiento de diálisis, los problemas desde la última diálisis y las complicaciones durante el procedimiento. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", incluye los requisitos generales del registro clínico y la definición de responsables y los contenidos mínimos del registro. En el punto 9 denominado "Anexos", incluye Indicador: Registros del Procedimiento de Diálisis, Hoja de Unidad de Diálisis y Pauta de Supervisión de Registro de Hoja de Unidad de Diálisis.

Documento 5 denominado "Procedimiento: "Norma de ingreso a la Unidad de Hemodiálisis", describe en el punto 1 denominado "Objetivo" un objetivo orientado a: "Unificar criterios de ingreso a la Unidad de Hemodiálisis con los requisitos necesarios, para un tratamiento oportuno, seguro y eficaz". Describe en el punto 3 denominado "Responsabilidad", de cada estamento y su responsabilidad en el proceso, siendo el Médico el responsable del Diagnóstico e Indicación del proceso dialítico, Interconsulta para catéter, Cupo, Informe Proceso diagnóstico, Tratamiento farmacológico y Evaluación periódica. En el caso de la Enfermera Clínica, es quien verifica el acceso, la permeabilidad, el control de rayos, la presencia de marcadores virales y realiza los registros correspondientes. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", contiene flujo del paciente según área de ingreso hasta lugar de realización del procedimiento. En el punto denominado "Anexos", incluye indicador, consentimiento informado e Informe de Proceso diagnóstico.

APD 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Diálisis	
Nombre del indicador	Porcentaje de hojas de Unidad de Diálisis que cumplen con los registros completos según procedimiento
Fórmula matemática	N° de Registros con datos completos según procedimiento x 100 N° Total de registros evaluados en un mes
Umbral de cumplimiento: 95%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

APD 1.2 – Tercer elemento medible: Verifica constancia de evaluación periódica.

Unidad de Diálisis						
Nombre documento	Informe evaluación periódica de indicador					
Responsable medición	Supervisora de la unidad de Diálisis					
Fuente primaria	Hoja de Diálisis de paciente					
Fuente secundaria	Pauta de supervisión registros hoja unidad de paciente					
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015					
Metodología de medición	Aplica una pauta de supervisión cada día, realiza selección aleatoria de una de las 12 máquinas de diálisis de la unidad. Aplica pauta de cotejo a la planilla de registro del procedimiento, dándose por cumplido en caso que se encuentren presentes todos los parámetros establecidos para el procedimiento. Aplica un número de 20 pautas mensuales determinado por el Dpto. de Calidad.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Unidad de Diálisis						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	16	16	16	17	16	17
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	80%	80%	80%	85%	80%	85%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Diálisis						
Describir constatación: Se selecciona, de forma aleatoria el mes de Agosto 2015, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. Se revisan las 20 pautas de cotejo de la planilla de supervisión. Se constata consistencia en lo declarado por el prestador y los registros revisados, constatando 17 pautas que cumplen y 3 que no cumplen con los criterios establecidos en el indicador (17/20= 85%). Se da por cumplido el elemento medible.						
Mes /Año	Agosto 2015					
N° Pautas cumplidas /	17					
N° Total Pautas	20					
% Cumplimiento	85%					
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA APD 1.2 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Diálisis	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APD 1.3 / HALLAZGOS

APD 1.3– Primer elemento medible: Se describe en documentos elaborados por la Unidad de Diálisis

Unidad de Diálisis				
Nombre del documento 1:Procedimiento :" Manejo de pacientes Portadores Hepatitis B-C-VIH"				
Código : PO-UHD-10	Versión:01	Fecha: Diciembre 2012	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas:9
Elaborado por: EU. Ana Bacarrezza R, Enfermera Supervisora Unidad Diálisis		Aprobado por: Dra. Ruth Solís Voisan, Médico Jefe Unidad de Diálisis		
Nombre del documento 2: Procedimiento: " Reutilización de capilares y líneas Arterio-venosas"				
Código: PO-APD-03	Versión: 01	Fecha: Agosto 2014	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 10
Elaborado por: EU. Ana Bacarrezza R, Enfermera Supervisora Unidad Diálisis		Aprobado por: Dra. Ruth Solís Voisan, Médico Jefe Unidad de Diálisis		
Nombre del documento 3: Procedimiento: "Desinfección de Monitores Hemodiálisis"				
Código: PO-APD-04	Versión: 0	Fecha: Julio 2014	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 6
Elaborado por: EU. Ana Bacarrezza R, Enfermera Supervisora Unidad Diálisis		Aprobado por: Dra. Ruth Solís Voisan, Médico Jefe Unidad de Diálisis		
Nombre del documento 4: Procedimiento: " Manejo accesos vasculares"				
Código: PO-APD-02	Versión: 0	Fecha: Abril 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 12
Elaborado por: EU. Ana Bacarrezza R, Enfermera Supervisora Unidad Diálisis		Aprobado por: Dra. Tania Troya Celi, Médico Unidad Diálisis		

El documento describe los siguientes procedimientos o programa: (Si/No)

1. Programa de capacitación a pacientes y/o familiares en peritoneo diálisis	N/A	2. Procedimiento manejo de pacientes con infecciones virales	Si	3. Reutilización de dializadores y líneas	Si
4. Desinfección de monitores	Si	5. Manejo de accesos vasculares	Si	6. Se han definido los responsables de su aplicación	Si

Breve descripción del contenido del documento:

Documento 1 denominado Procedimiento:" Manejo de pacientes Portadores Hepatitis B-C-VIH", describe en el punto 1 denominado "Objetivo", un único objetivo, el cual está orientado a "Prevenir el contagio de esta infección viral, utilizando las medidas de precauciones universales". Aplica a "Todo paciente que reciba tratamiento de Diálisis crónica y/ o aguda y al personal que trabaja en el Unidad de Diálisis del Hospital Clínico Regional". En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe de forma explícita que la Enfermera Supervisora, es quien supervisa el cumplimiento de las normas de ingreso paciente a la unidad, aplica las pautas de supervisión, evalúa y difunde los resultados, supervisa el cumplimiento del Programa de vacunación Hepatitis B de pacientes y personal. La Enfermera Clínica atiende al paciente utilizando las normas de aislamiento establecidas, educa al paciente y la familia y registra las intervenciones realizadas. Los Técnicos Paramédicos respeta las técnicas de aislamiento, recupera el filtro en portadores de VIH y Hepatitis C en zona de aislamiento ubicadas en la sala de reutilización, elimina los filtros de pacientes portadores de Hepatitis B y registra. En el punto 7 denominado "Descripción del proceso", describe el Flujo de ingreso. En el punto 9 "Anexos "incluye "Pauta de supervisión proceso lavado de manos" y "Pauta de supervisión proceso reutilización de filtros".

Documento 2 denominado Procedimiento: "Reutilización de capilares y líneas Arterio-venosas", describe en el punto 1 denominado "Objetivo", un único objetivo, el cual está orientado a "Garantizar la desinfección del capilar y líneas de manera tal que quede libre de sustancias orgánicas y pirógenas, dando atención segura y de calidad a los usuarios". El cual aplica a "Todo paciente Insuficiente Renal Crónico y Agudo que se realice el procedimiento dialítico en la Unidad de Diálisis del Hospital Regional Antofagasta". En el punto 3 denominado " Responsabilidad", describe de forma explícita por estamento la responsabilidad de la Enfermera Supervisora quien capacita, supervisa y evalúa el procedimiento realizado, la Enfermera Clínica supervisa el cumplimiento de los procesos, el Técnico Paramédico ejecuta el procedimiento según protocolo existente en la unidad y registra el volumen residual del capilar y número de reusos de éste y líneas, Auxiliar de Servicio mantiene el orden y aseo de la sala de reutilización. En el punto 7 denominado "Descripción del proceso", contiene la descripción de la solución a preparar para la esterilización de los filtros. Describe las 4 etapas que contiene el proceso y las acciones que integra cada una: I. Etapa: Eliminación de restos de sangre. II Etapa: Retrolavado. III Etapa: Medición volumen residual y IV Etapa: Desinfección. En el punto 9 denominado "Anexos" incluye el registro que se utiliza: "Pauta de supervisión proceso de reutilización de filtros", "Indicador porcentaje de cumplimiento de pauta de procedimiento del proceso de reutilización de filtros" y "Registro en libro de reuso de filtros".

Documento 3 denominado Procedimiento: "Desinfección de Monitores Hemodiálisis", describe en el punto 1 denominado "Objetivo", un único objetivo, el cual está orientado a "Establecer una orientación clara del momento de la desinfección de los monitores de Diálisis, evitando el riesgo de contaminación de los pacientes que se dializan en la Unidad de Diálisis del Hospital Regional de Antofagasta". El cual aplica a "Todo los funcionarios de la Unidad de Diálisis del Hospital Regional de Antofagasta, deben conocer y aplicar el procedimiento". En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe de forma explícita por estamento las responsabilidades dentro del proceso de la siguiente forma: Enfermera Supervisora supervisa y evalúa el proceso. La Enfermera Clínica supervisa que el procedimiento se realice según protocolo establecido. El Técnico Paramédico inicia el proceso de desinfección incluyendo el monitor y la limpieza externa de éste hasta finalizado el procedimiento. En el punto 7 denominado "Descripción del procedimiento", contiene la descripción de las acciones a realizar para la limpieza externa, desinfección y aspectos técnicos de la máquina.

Documento 4 denominado Procedimiento: "Manejo Accesos Vasculares", describe en el punto 1 denominado "Objetivo", un único objetivo, el cual está orientado a "Prevenir riesgo de infecciones del torrente sanguíneo asociado a la manipulación del acceso venoso durante Hemodiálisis". El cual aplica a "Todos los Enfermeros especializados en Diálisis que manejen accesos vasculares y puede ser utilizado en otras unidades del hospital, donde se realicen procedimientos de Hemodiafiltración". En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe de forma explícita por estamentos las responsabilidades en el proceso de la siguiente forma: La Enfermera Supervisora capacita, supervisa y evalúa el procedimiento realizado. La Enfermera Clínica ejecuta el procedimiento según norma existente. El Técnico Paramédico colabora en el procedimiento para mantener la asepsia. En el punto

7 denominado "Descripción del proceso", incluye las acciones a realizar en caso de paciente con Fístula arterio-venosa o Prótesis arterio-venosa, desde el lavado de mano, evaluación de la fístula, desinfección de la piel, forma de puncionar, conexión, heparinización, desconexión y cuidados post diálisis. Describe acciones a realizar en caso de paciente con Catéter venoso central doble lumen, que incluye desde el lavado de manos, técnica aséptica, técnica de conexión y desconexión al catéter.

APD 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Diálisis	
Nombre del indicador	Porcentaje de filtros reutilizados según procedimiento
Fórmula matemática	N° de filtros reutilizados que cumplen con el procedimiento en un periodo de tiempo x 100 N° total de filtros reutilizados en el mismo periodo
Umbral de cumplimiento:> 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

APD 1.3– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Diálisis						
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador					
Responsable medición	Enfermera supervisora de la unidad					
Fuente primaria	Supervisión directa del filtro					
Fuente secundaria	Pauta de cotejo					
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015					
Metodología de medición	Aplica un total de 20 pautas mensuales, número determinado por el Dpto. de Calidad. Las 20 pautas las divide por 4 o 5, según la cantidad de semanas del mes, obteniendo el número de pautas a aplicar por día. Cada día seleccionado, aplica la cantidad definida de pautas de supervisión para el procedimiento realizado.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Unidad de Diálisis						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	18	18	16	19	17	17
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	90%	90%	80%	95%	85%	85%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Diálisis						
Describir constatación**:** Se selecciona, de forma aleatoria el mes de Agosto 2015, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. De las 20 pautas aplicadas, las primeras 7 pautas cumplen con los criterios establecidos en el indicador (7/7=100%). Se constata consistencia en lo declarado por el prestador y los registros revisados. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.						
Mes /Año	Agosto 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA APD 1.3/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Diálisis	1° EM:1	2° EM:1	3° EM:1
Umbral de la característica:≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APD 1.4 / HALLAZGOS

APD 1.4– Primer elemento medible: Existe un documento elaborado por la Unidad de Diálisis que describe el programa de control de calidad del agua tratada de la unidad que incluye descripción del procedimiento y periodicidad de:

Unidad de Diálisis				
Nombre del documento: Programa : "Control de Calidad del agua tratada para Hemodiálisis"				
Código: PG-APD-01	Versión:00	Fecha: Marzo 2014	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas:13
Elaborado por: EU. Ana Bacarrezza, Enfermera Supervisora Unidad Diálisis		Aprobado por: Dra. Ruth Solís, Jefe Técnico Unidad de Diálisis		
El documento describe el Programa de control de calidad del agua tratada de la unidad que incluye descripción de:				
1. Medición de la calidad del agua tratada para hemodiálisis y reutilización de dializadores		Si	Periodicidad	3 veces al día
2. Controles externos químico y microbiológico del agua tratada para hemodiálisis y reutilización de dializadores:		Si	Periodicidad	Anual / Cada 6 meses
3. Controles externos microbiológicos del agua tratada en llave de alimentación de monitores de diálisis y en líquido de diálisis después del dializador:		Si	Periodicidad	Cada 6 meses
Se han definido los responsables de su aplicación: Si				
Breve descripción del documento: Documento denominado "Programa: Control de Calidad del agua tratada para Hemodiálisis", contiene en el punto 1 denominado "Objetivo" un único objetivo orientado a "Asegurar la calidad del proceso de tratamiento de agua, mediante la vigilancia activa,				

para obtener un agua en condiciones fisicoquímicas y microbiológicas adecuadas para realizar el proceso de Hemodiálisis". El cual aplica a la Unidad de Diálisis del Hospital Clínico Regional de Antofagasta que atiende pacientes en Hemodiálisis. En el punto 3 denominado "Responsabilidad", describe de forma explícita las acciones a realizar por estamento en el proceso:

- Jefe de Unidad de Operaciones quien es responsable del buen funcionamiento de equipos con los que cuenta la Planta de tratamiento de agua, a través de convenios vigentes con empresas externas para la mantención y monitoreo de la calidad del agua.
- Enfermera Supervisora: Supervisa la ejecución de los procesos en los tiempos indicados, solicita la realización de los procesos necesarios para obtener agua de buena calidad, evalúa los resultados de los procesos y lleva registro de los resultados.
- Enfermera Clínica: verifica la dureza del agua y cantidad suficiente en los estanques de agua dura y tratada y llama al técnico de empresa responsable en caso de mal funcionamiento.
- Técnico Paramédico: informa cualquier anormalidad por baja presión de agua o filtraciones de la planta de agua.
- Auxiliar de servicio: realiza mediciones de dureza del agua 2 a 3 veces al día, registra los parámetros de funcionamiento de la planta, realiza desinfección de estanques acumuladores 1 vez al mes y avisa en forma oportuna a Enfermera algún problema con el funcionamiento.

En el punto 7 denominado "Descripción del proceso", describe las acciones a realizar según mediciones y controles del agua como: Medición de la calidad del agua tratada para Hemodiálisis y reutilización de dializadores, que será realizada por el Auxiliar de servicio 3 veces al día a las 07, 11, y 15 horas, registrando en hoja correspondiente, que incluye la conductividad de osmosis reversa, conductividad del agua que pasa a sala de Diálisis, dureza del agua y cloro total. Describe control externo químico y bacteriológico (Microbiológico) del agua tratada para Hemodiálisis y reutilización de dializadores, que será anual y cada 6 meses respectivamente. Desinfección del estanque de agua será mensual. Sanitización de la red de distribución del agua de diálisis de forma trimestral por empresa externa o extraordinaria en caso de avería o reparaciones. En el punto 7.5 denominado "Evaluación del Programa de Control", describe las acciones que debe realizar la Enfermera Supervisora, que incluye los registros actualizados de las planificaciones y los controles, Informes de mantenciones y planes de mejora según resultados. En el punto 7.6 denominado "Meta del Programa" describe que "La planta de agua de la Unidad de Diálisis del Hospital Regional de Antofagasta, cumpla con el estándar y Norma entregada por el MINSAL. En el punto 9 denominado "Anexos", incluye Registro "Hoja registro parámetros de funcionamiento planta de agua" e "Informe procedimiento desinfección de estanques".

APD 1.4 – Segundo elemento medible: Se constata cumplimiento de control de calidad según regulación vigente.

Describe constatación en Diálisis: Prestador presenta los siguientes documentos:
Nombre del documento 1: Informe de Muestreo y Ensayo IAG-22838 emitido por CESMEC, que corresponde a la empresa externa determinada para dicho control, fecha de emisión 28-11-2104. Se constata listado de resultados químicos con los Parámetros de Planta de agua por bajo los valores límite máximo DS 2357 1994, se acompaña de Informe de Muestreo y Ensayo IAG-22838 que contiene la descripción de las ubicación de las muestras "Planta de agua", fecha de inicio del análisis el 16 de octubre 2014 y fecha de término de análisis 27 de Noviembre 2914.

Nombre del documento 2: Informe de Análisis Microbiológico LB N° 1512/15, emitido por empresa LABOTEX, con fecha 24 de abril 2015, fecha del muestreo el 16 de abril 2015, identificación: Entrada TK (Osmosis), Salida TK (Osmosis), Entrada Máquina 11, Salida Máquina 10, Entrada Maquina F1 y Salida Máquina TK (Salida anillo), límite máximo de UFC/ ml de muestra y valores medidos el 2° y 7° día, por bajo lo establecido.

Nombre del documento 3:"Análisis resultado exámenes de calidad de agua tratada" fecha Mayo 2015, documento confeccionado por Supervisora Unidad de Diálisis Ana Bacarrezza R. Evalúa el resultado microbiológico" No se observa desarrollo de bacterias en el circuito del agua tratada, en muestra tomada el 16 de abril. Se continúa con programación normal de Sanitización, de limpieza de estanques y con controles habituales de la planta de tratamiento para asegurar la calidad del agua.

Nombre del documento 4 : Informe de Análisis Microbiológico LB N° 4641/15, emitido por empresa LABOTEX, con fecha 30 Octubre 2015, fecha del muestreo el 22 de octubre de 2015, identificación: Producto osmosis, estanque de agua tratada, retorno de anillo de distribución, máquina N° 13, entrada, llave máquina N° 1, entrada, llave máquina N° 7, entrada, con límite máximo de UFC/ ml de muestra y valores medidos el 2° y 7° día, por bajo lo establecido.

Nombre del documento 5:"Análisis resultado exámenes de calidad de agua tratada" fecha Noviembre 2015, documento confeccionado por Supervisora Unidad de Diálisis Ana Bacarrezza R. Evalúa el resultado microbiológico "No se observa desarrollo de bacterias en el circuito del agua tratada, en muestra tomada el 22 de Octubre. Se continúa con programación normal de Sanitización, de limpieza de estanques y con controles habituales de la planta de tratamiento para asegurar la calidad del agua. Ítem Químico: declara que la medición se realizará en el mes de noviembre según programación, declara que "la medición de Plomo del año anterior puede haberse debido a error en digitación".

Nombre del documento 6:"Registro diario Funcionamiento Planta de Agua", se constata registro interno de las mediciones que se realizan en la unidad incompleto según lo establecido en el Programa, aspecto que no incumple la regulación vigente.

Se constata cumplimiento de los Controles de Calidad del Agua, con los registros de las mediciones Microbiológicos y Químicos del agua que se realizan en la unidad, según lo establecido en la regulación vigente.

APD 1.4– Tercer elemento medible: Existe constancia de acciones de mejora en caso de que los controles excedan los límites permitidos.

Unidad de Diálisis
Nombre del documento: Prestador declara tener controles dentro de los límites permitidos, lo cual se constata con documentación tenida a la vista en 2° elemento medible.
Observaciones: Se constatan informes con controles dentro de límites permitidos.

CARACTERÍSTICA APD 1.4/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Diálisis	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica:≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

SERVICIOS DE APOYO – ANATOMÍA PATOLÓGICA

CARACTERÍSTICA APA 1.1 / HALLAZGOS

APA 1.1 – Primer elemento medible: Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia		
Prestador al que compra: Centro de Oncología Preventiva, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile		N° Registro Acreditación: N/A
N° Autorización Sanitaria: Resolución Exenta N° 085528	Fecha Autorización Sanitaria: 3 de Noviembre 2011	SEREMI: QF. Luisa González Godoy, Departamento de Profesiones Médicas y Farmacia, Secretaría Regional Ministerial de Salud, Región Metropolitana
Copia fiel del documento original **(Si/No): Si**	Fecha copia notarial: 5 de Junio 2012, Notario Manuel Almarza Varas	

Dirección o Gerencia		
Prestador al que compra: Sociedad de Profesionales Contreras y Seitz Limitada		N° Registro Acreditación: N/A
N° Autorización Sanitaria: Resolución Exenta N° 14000	Fecha Autorización Sanitaria: 20 Agosto 2014	SEREMI: Dra. Juana Pérez Moraga, Directora (T y P), Hospital Regional Antofagasta
Copia fiel del documento original **(Si/No): Si**	Fecha copia notarial: Transcrito Fielmente, Silvia Muñoz Jorquera, Ministro de Fe Hospital Antofagasta	

CARACTERÍSTICA APA 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APA 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

APA 1.2– Primer elemento medible: Se describe en un documento elaborado por la Anatomía Patológica.

Servicio de Anatomía Patológica				
Nombre del documento: Procedimientos Etapa Pre-analítica, Biopsias y citologías, Unidad Anatomía Patológica				
Código: PO-UAP-01	Versión: 04	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 21
Elaborado por: Roxana Parra, Tecnólogo Médico Supervisor		Aprobado por: Dr. Hugo Benítez, Jefe Unidad Anatomía Patológica		

El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)							
1. Datos mínimos que debe contener la solicitud de estudio anatomopatológico	Si	2. Obtención de muestras	Si	3. Criterios generales	Si		
4. Rotulación	Si	5. Traslado de muestras	Si	6. Criterios de rechazo de muestras	Si	7. Se han definido los responsables de su aplicación	SI

Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es detallar los procedimientos involucrados desde la obtención de la muestra, rotulación, traslado y entrega de la muestra en la Unidad de Anatomía Patológica y los registros asociados con el objeto de asegurar la trazabilidad de las muestras y la seguridad de los procesos en cada etapa. El procedimiento se aplica a todo el Hospital Regional de Antofagasta y a todo centro que derive muestras a la unidad.
Los responsables y sus actividades están descritas desde la página N°2 a la N°5 del documento. Adicionalmente, cuenta con definiciones, referencias, materiales y equipos.
Describe el proceso de la biopsia intraoperatoria, biopsia diferida y citología miscelánea y el Papanicolaou. En cada una de ellas describe los datos a llenar en la solicitud, la obtención de la muestra, el envasado, la rotulación, el traslado y recomendaciones generales.
Incluye la aplicación de criterios de rechazo biopsias y estos son:

- Frasco o envase inadecuado o que presenten derrame
- Biopsias que no concuerden los datos de la solicitud con el rótulo de la bolsa o frasco y con el libro de registro de la unidad de origen
- No contengan datos solicitados o letra ilegible
- Enviadas en condiciones de fijación inadecuada
- Sin rotular
- Biopsias de huesos y/o maxilofaciales sin radiografías u otras imágenes
- Frasco sin muestra
- Derrame de fijador
- Citologías en jeringas o tubos que no correspondan a los proporcionados por la Unidad de Anatomía Patológica

Adicionalmente, se incluye el anexo N° 1, Indicador "Biopsias Diferidas Rechazadas".

Observaciones: Se tiene a la vista versión anterior código PO-UAP-01de 22 páginas, fecha de emisión Septiembre 2014 y vigencia

de 3 años elaborado por Heriberto Opazo, Tecnólogo Médico y aprobado por Dr. Hugo Benítez, Jefe Unidad de Anatomía Patológica.

APA 1.2– Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Anatomía Patológica	
Nombre del indicador	Biopsias diferidas rechazadas en Unidad de Anatomía Patológica
Fórmula matemática	(N° de biopsias diferidas rechazadas que no cumplen con los criterios de manejo en un período de tiempo/ N° total de muestras recepcionadas en el mismo período) x 100
Umbral de cumplimiento: <10%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

APA 1.2– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Anatomía Patológica	
Nombre documento	Indicadores de Anatomía Patológica
Responsable medición	Tecnólogo Médico encargado de Recepción
Fuente primaria	Pautas de registro de rechazo RG-UAP-42 (numerador)
Fuente secundaria	Estadística mensual del "Libro de Ingreso de Biopsias RG-UAP-01, tomando el primer y último día del mes
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Mensualmente se cuenta el N° de Biopsias ingresadas en el mes del "Libro de Ingreso de Biopsias" RG-UAP-01 y el N° de rechazos registrados en planilla "Registro de Rechazos" RG-UAP-42

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Servicio de Anatomía Patológica

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2105	Octubre 2015
N° de Biopsias rechazadas/	11	4	6	4	21	17
N° total de Biopsias recepcionadas	473	512	591	621	627	771
% Cumplimiento	2,33%	0,78%	1,02%	0,64%	3,35%	2,20%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Servicio de Anatomía Patológica

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el mes de Mayo 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros. Se solicita al encargado del Laboratorio de Anatomía Patológica el registro de rechazos de biopsias del mes (numerador) y el registro de ingreso de biopsias del mismo mes (denominador).
Se revisa el "Libro de Ingreso de Biopsias" RG-UAP-01 que cuenta con los siguientes campos: N° biopsia (correlativo anual), fecha, nombre y apellidos del paciente, N° de carnet de identidad o N° de ficha, tipo de muestra (órgano), origen, BR (Biopsia rápida), 07 (significa muestra seriada), frascos (cantidad), bolsa (cantidad), caso externo (origen, N° de láminas y N° de bloques), médico (patólogo que realiza estudio) y se constata que en la página N° 114 comienza el mes de Mayo con el número de biopsia N° 2106 y que finaliza el mes en la página N° 138 con el número de biopsia 2578 con lo que se constata que el número de biopsias ingresadas en el mes es de 473.
Se revisa planilla "Registro de Rechazos" RG-UAP-42 que cuenta con los siguientes campos: fecha, servicio de origen, muestra, causa de rechazo, quién rechaza, nombre y apellido de quién recibe el rechazo, datos del paciente (nombre completo y N° de ficha o carnet), reingreso (fecha y hora) y se constata que en el mes de Mayo hubo 11 rechazos de biopsias (7 por datos incompletos y 4 por incongruencia muestra-solicitud).
Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador; se da por cumplido el hecho medible.

Mes /Año	Mayo 2015					
N° de Biopsias rechazadas/	11					
N° total de Biopsias recepcionadas	473					
% Cumplimiento	2,33%					

CARACTERÍSTICA APA 1.2 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Anatomía Patológica	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APA 1.3 / HALLAZGOS

APA 1.3– Primer elemento medible: Se describe en un documento elaborado por el Servicio de Anatomía Patológica.

Servicio de Anatomía Patológica				
Nombre del documento: Procedimientos de Etapa analítica y post analítica: Biopsias y Citologías.				
Código: PO-UAP-04	Versión: 03	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 25
Elaborado por: Roxana Parra, Tecnólogo Médico supervisor		Aprobado por: Dr. Hugo Benítez, Jefe Unidad Anatomía Patológica		

El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)					
1. Asignación de responsabilidad respecto a la realización de los exámenes, la validación de resultados y la entrega de informes, incluyendo biopsias rápidas					Si
2. Procedimiento de respaldo de los informes, láminas histológicas y tacos	Si	3. Técnicas de procesamiento de muestras			Si
4. Protocolo de control de calidad	Si	5. Plazos de entrega de resultados de los exámenes	Si	6. Se han definido los responsables de su aplicación	Si

Breve descripción del contenido del documento:
La asignación de responsabilidad (Encomendación de funciones) es del Dr. Hugo César Benítez Cáceres, Médico Cirujano, Rut: 7.397.795-9, según consta en Resolución Exenta N° 12385 del 21 de Julio 2014 extendida por la Dra. Juana Pérez Moraga,

Directora (T. y P.) Hospital de Antofagasta.
El objetivo del documento es describir los procedimientos que se desarrollan en la unidad de Anatomía Patológica correspondientes a la etapa analítica y post analítica de los procesos de biopsia y citología. Los responsables y sus actividades están descritas desde la página N°2 a la N°4 del documento. Adicionalmente, cuenta con definiciones, referencias, materiales y equipos y la descripción del proceso.
Define:

- Biopsia tipo 1, biopsias pequeñas (endoscópicas, piel, exocervix, endocervix, y otras) y biopsias de mediano tamaño sin complejidad (apéndices, vesículas, adenomas prostáticos y otras).
- Biopsia tipo 2, biopsia de mayor complejidad en su procesamiento por su tamaño y número de muestras (mastectomías, colectomías totales, nefrectomías, y otras).

En la descripción del proceso, está incluida la recepción de exámenes, el procedimiento de biopsia intraoperatoria y biopsia diferida, citologías misceláneas y Papanicolaou.
En el procedimiento de biopsia intraoperatoria y biopsia diferida se describe el ingreso a la unidad de Anatomía Patológica, el análisis macroscópico, la técnica de procesamiento, el análisis microscópico y la formulación del diagnóstico, la validación del informe transcrito por la secretaria, los plazos del informe, los respaldos y archivos de resultados y muestras. Los casetes histológicos (tacos) y las láminas son almacenados por 15 años en cajas con numeración y fecha de proceso en la unidad de Anatomía Patológica.
En el procedimiento de citologías miscelánea y Papanicolaou, se describe la entrega de frascos, el ingreso a la unidad, el ingreso al sistema informático, la rotulación, la técnica de procesamiento, la realización del examen, la validación, el plazo de entrega del resultado y la entrega del informe. Las citologías misceláneas negativas y positivas se guardan por 10 años y los Papanicolaou negativos por 6 años y los positivos en forma permanente, almacenadas por fecha y año de proceso en la unidad de anatomía patológica.

Observaciones: Se tiene a la vista versión anterior del documento, código PO-UAP-04 de 31 páginas, fecha de emisión Noviembre 2013 y vigencia de 3 años elaborado por Roxana Parra, Tecnólogo Médico y aprobado por Dra. Vania van der Lind Jefe Unidad de Anatomía Patológica.

APA 1.3– Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento. Al menos debe incluir indicador relacionado a control de calidad interno.

Servicio de Anatomía Patológica	
Nombre del indicador	% de cumplimiento de plazos de informes de biopsias tipo 1 por parte del Médico Anatomopatólogo.
Fórmula matemática	(N° de informes de biopsia tipo 1 informadas en 7 días hábiles en un período de tiempo / N° total de biopsias diferidas tipo 1 en el mismo período de tiempo) x 100
Umbral de cumplimiento: 75%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

APA 1.3– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Anatomía Patológica						
Nombre documento	Indicadores de Anatomía Patológica					
Responsable medición	Tecnólogo Médico encargado					
Fuente primaria	Sistema informático "Sistema Patólogos" desde donde se filtran las biopsias tipo 1 (numerador)					
Fuente secundaria	Planilla excel					
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015					
Metodología de medición	Mensualmente desde la alternativa "Reportes" del sistema informático de la unidad, se selecciona "biopsias por período". Se fija el rango a estudiar y con el nombre del patólogo y se exporta a un archivo Excel. Se filtran las biopsias tipo 1 y se restan los días no hábiles para sacar el tiempo de cumplimiento que es de 7 días hábiles.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Servicio de Anatomía Patológica						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2105	Octubre 2015
N° Biopsias tipo 1 que cumplen /	346	368	243	417	493	560
N° total biopsias tipo 1	420	426	470	449	572	726
% Cumplimiento	82,38%	86,38%	51,70%	92,87%	86,19%	77,13%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Servicio de Anatomía Patológica

Describir constatación**:** Se selecciona aleatoriamente el mes de Mayo 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros. Se solicita al encargado del Laboratorio de Anatomía Patológica la planilla Excel que se obtuvo del sistema informático de la unidad y se selecciona aleatoriamente 30 biopsias.
Se revisan las 7 primeras biopsias en el "Libro de biopsias "RE-UAO-01, constatando el N° de biopsia, la página del libro, la fecha de recepción, la fecha del informe final y el número de días de entrega del resultado y se observa que cumplen con el tiempo consignado en el procedimiento.
Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador; se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3, aprobada por Resolución Exenta IP N° 63, de 14 enero de 2015.

Mes /Año	Mayo 2015					
N° Biopsias tipo 1 que cumplen /	7					
N° total biopsias tipo 1	7					
% Cumplimiento	100%					

CARACTERÍSTICA APA 1.3/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Anatomía Patológica	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APA 1.4 / HALLAZGOS

APA 1.4– Primer elemento medible: Se describen en un documento las condiciones de bioseguridad en la Unidad, que incluyen al menos: precauciones estándar, manejo de desechos orgánicos y almacenamiento de sustancias peligrosas.

Servicio de Anatomía Patológica				
Nombre del documento: Procedimiento de bioseguridad Unidad Anatomía Patológica				
Código: PO-UAP-05	Versión: 04	Fecha: Septiembre 2015	Fecha vigencia: Octubre 2017	N° páginas: 23
Elaborado por: Horacio Vera, Tecnólogo Médico y Camila Arzola, Tecnólogo Médico		Aprobado por: Dr. Hugo Benítez, Jefe Unidad Anatomía Patológica		

El documento describe al menos los siguientes elementos: (Si/No)					
1. Precauciones estándar	Si	2. Manejo de desechos orgánicos	Si	3. Almacenamiento de sustancias peligrosas	Si

Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es adoptar y aplicar precauciones normalizadas de bioseguridad con la finalidad de prevenir, controlar y eliminar o reducir al mínimo los riesgos conocidos y potenciales que pueda estar expuesto el personal. Describe las precauciones generales y los elementos de protección personal, el lavado de manos, los riesgos por agentes biológicos, químicos y físicos. Adicionalmente, agrega las labores de limpieza y desinfección del laboratorio y salas de procedimientos.
El almacenamiento de los reactivos se realiza en una bodega y la ubicación de éstos depende del tipo de envase y del tipo de reactivo. En el laboratorio, los reactivos químicos líquidos son utilizados y mantenidos en sus envases originales y etiquetados, bajo campana de extracción diseñada para este fin y conectados a dispensadores automáticos.
El retiro, almacenamiento transitorio, transporte y disposición final de los residuos peligrosos, es realizado por una empresa externa autorizada.
Los desechos orgánicos se eliminan en bolsas plásticas cerradas de color amarillo con el logo de residuo especial. Son retiradas por personal especializado y almacenado hasta ser retiradas por una empresa externa autorizada.
Adicionalmente, describe el manejo de accidentes en el laboratorio.

Observaciones: Se tiene a la vista versión anterior del documento código PO-UAP-05 de 27 páginas, fecha de emisión Octubre 2014 y vigencia de 3 años elaborado por Horacio Vera, Tecnólogo Médico y aprobado por Dr. Miguel ángel Cerón, Jefe Unidad de Anatomía Patológica.

APA 1.4– Segundo elemento medible: Se constata: almacenamiento de sustancias peligrosas* (Xifol, Formaldehido) de acuerdo a procedimiento local.

Describe constatación en APA:
Se constata que el almacenamiento de sustancias químicas se realiza en una bodega que debe permanecer con su puerta abierta por falta de ventilación.
El Laboratorio de Anatomía Patológica no utiliza xilol ya que desde Diciembre del año 2013 se sustituyó por el reactivo Histoclear, solución derivada de cítricos que cumple la misma función en el procesamiento histológico.
Los reactivos en envases de vidrio se almacenan en los estantes inferiores, el alcohol y formalina en la estantería del segundo nivel y los reactivos sólidos se ubican en un área específica y separados según sean explosivos, comburentes, inflamables, tóxicos o corrosivos y los colorantes sólidos, con la señalética correspondiente.

CARACTERÍSTICA APA 1.4/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Anatomía Patológica	1° EM:1	2° EM:1	
Umbral de la característica: ≥ 100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

SERVICIOS DE APOYO – QUIMIOTERAPIA (APQ)

CARACTERÍSTICA APQ 1.1 / HALLAZGOS

APQ 1.1 – Primer elemento medible: Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia
Prestador al que compra: Prestador declara que no se realizan compran prestaciones a terceros

CARACTERÍSTICA APQ 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: NA	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: NA	Porcentaje obtenido: NA	Cumple: NA

CARACTERÍSTICA APQ 1.2 / HALLAZGOS

APQ 1.2– Primer elemento medible: Se describe en documentos.

Unidad de Quimioterapia Adulto- Infantil				
Nombre del documento 1 :Procedimiento : "Tratamiento de Quimioterapia"				
Código: PO-UQT-36	Versión:02	Fecha: Junio 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 12
Elaborado por: EU. Romyna Aguilar, Oncología Infantil - Valeria Gallardo, Oncología Adulto		Aprobado por: Dra. Ángela Estay, Oncóloga Adulto Hospital Regional Antofagasta		

Describe (Si/No)	1. Protocolos de tratamiento de quimioterapia	No	2. Procedimiento de registro para las atenciones de quimioterapia	Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento 1 actualizado denominado "Procedimiento Tratamiento de Quimioterapia", describe que el Objetivo es "Proporcionar atención integral médica y de enfermería a la población usuaria asignada y que requieran tratamiento de Quimioterapia curativo o paliativo hospitalizado". Con un alcance a todos los pacientes adultos y pediátricos con cáncer que tienen indicación médica de Quimioterapia. En el punto 3 denominado "Responsable", incluye al estamento Médico, Enfermera de Quimioterapia y Técnico paramédico. En el punto 5 denominado "Referencias" incluye Protocolos Programa Nacional de Cáncer Adulto (PANDA) 2013 y Protocolo Programa Nacional de Cáncer Infantil (PINDA) 2010. Documento incluye Ítem de definiciones, indicaciones, efectos, materiales. En el punto 7 denominado "Descripción de Proceso" incluye los siguientes Ítems con sus actividades respectivas; Objetivo de la administración, Entrevista, Admisión, administración e Indicaciones de alta. En el punto 9 Incluye anexos " Hoja de Quimioterapia adulto", para el registro de la información del Esquema de Tratamiento de Quimioterapia indicado, "Hoja de Quimioterapia Oncología Infantil", para el registro de la información del paciente, control de signos vitales, esquema de tratamiento indicado, "Pauta de supervisión Tratamiento de Quimioterapia" e " Indicador".

Prestador presenta Documento versión anterior del 01 de Julio 2012, denominado "Procedimiento: Tratamiento de Quimioterapia".
Se constata mismo indicador para ambos documentos.
No es posible constatar los Protocolos de Quimioterapia en el punto de verificación Unidad de Quimioterapia Adulto- Infantil. Dándose por no cumplido el elemento medible.

APQ 1.2– Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Quimioterapia Adulto - Infantil	
Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de procedimiento de Tratamiento de Quimioterapia
Fórmula matemática	N° Total de pacientes que cumplen con el procedimiento de Tratamiento de Quimioterapia x 100 Total de pacientes con Tratamiento de Quimioterapia realizados
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Cuatrimestral

APQ 1.2– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Quimioterapia Adulto	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Enfermera encargada de calidad de la unidad
Fuente primaria	Ficha clínica – Observación directa del procedimiento de Tratamiento de Quimioterapia
Fuente secundaria	Pauta de cotejo
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica 20 pautas de supervisión, número establecido por el Dpto. de Calidad, realiza la supervisión los primeros días del mes, aplica pautas en los pacientes al azar.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Unidad de Quimioterapia Adulto

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Quimioterapia Adulto

Describir constatación**:** Se selecciona el periodo cuatrimestral de Mayo a Agosto 2015, del periodo de retrospectividad evaluado, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. Se selecciona por muestreo sistematizado (80/30= 2,6) desde la pauta número 3 hasta completar 30. Dado que las 7 primeras cumplen con los requisitos establecidos en el indicador. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.

Mes /Año	Mayo - Agosto 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones:

Unidad de Quimioterapia Infantil	
Nombre documento	Informe evaluación periódica del indicador
Responsable medición	Enfermera encargada de calidad de la unidad
Fuente primaria	Ficha clínica – Observación directa del procedimiento de Tratamiento de Quimioterapia
Fuente secundaria	Pauta de cotejo
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica 20 pautas de supervisión que es el número determinado por el Dpto. de Calidad, realiza la supervisión al universo de pacientes según oportunidad y carga de trabajo.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Unidad de Quimioterapia Infantil

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	9	6	11	8	6	8
N° Total Pautas	9	6	11	8	6	8

% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Quimioterapia Infantil						
Describir constatación: Se selecciona el periodo cuatrimestral de Mayo a Agosto 2015, del periodo de retrospectividad evaluado, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. Se selecciona por muestreo sistematizado (34/30=1) desde la pauta número 1 hasta completar 30. Dado que las 7 primeras cumplen con los requisitos establecidos en el indicador. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.						
Mes /Año	Mayo - Agosto 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA APQ 1.2/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Quimioterapia	1° EM: 0	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 2/3	Porcentaje obtenido: 66,6 %		Cumple: No

CARACTERÍSTICA APQ 1.3 OBLIGATORIA/ HALLAZGOS

APQ 1.3– Primer elemento medible: Se describen en documentos de carácter institucional los procedimientos relacionados con.

Unidad de Quimioterapia			
Nombre del documento 1: "Administración de Fármacos Antineoplásicos"			
N° Resolución: 16020 Código: PO- UQT-17	Versión:05		Fecha Resolución: 26 Diciembre 2013 Fecha Documento : Noviembre 2013
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años		N° páginas: 11
Elaborado por: EU. Elisa Wong Collao, Enfermera Supervisora Quimioterapia - EU. Mónica González Pizarro		Aprobado por: Dr. Juan Mattatall Lankin, Director Hospital Regional Antofagasta	
Nombre del documento 2: Procedimiento: "Disposición y eliminación de residuos citotóxicos Unidad Quimioterapia"			
N° Resolución: 14628 Código: PO-UQT-03	Versión: 04		Fecha Resolución:5 Diciembre 2013 Fecha Documento :
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años		N° páginas: 10
Elaborado por: Michaell Cárdenas Carvajal, Prevencionista de Riesgo - EU. Elisa Wong, Enfermera Supervisora Quimioterapia		Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional de Antofagasta	
Nombre del documento 3: "Instalación y manejo de Catéter Vascular Central con reservorio subcutáneo"			
N° Resolución: 0747 Código: PO-UQT-09	Versión:03		Fecha Resolución: 16 Enero 2014 Fecha Documento :Noviembre 2013
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años		N° páginas: 23
Elaborado por: EU. Elisa Wong Collao, Enfermera Supervisora Quimioterapia - EU. Mónica González Pizarro		Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional Antofagasta	
Nombre del documento 4: "Vigilancia de Infección asociada a Catéter Vascular Central con reservorio"			
N° Resolución: 7146 Código: PO-UQT-38	Versión:03		Fecha Resolución: 7 Mayo 2014 Fecha Documento: Enero 2014
Carácter institucional: Si	Fecha vigencia: 3 años		N° páginas: 9
Elaborado por: EU. Elisa Wong Collao, Enfermera Supervisora Quimioterapia		Aprobado por: Dr. Juan Pablo Mattatall Lankin, Director Hospital Regional Antofagasta	

El documento describe los siguientes procedimientos: (Si/No)			
1. Administración de medicamentos antineoplásicos	Si	2. Disposición y eliminación de desechos de medicamentos antineoplásicos y residuos contaminados	Si
3. Instalación y manejo de procedimientos invasivos relacionados con quimioterapia	Si	4. Vigilancia de infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales	Si

Breve descripción del contenido del documento:
Documento 1 denominado "Administración de Fármacos Antineoplásicos", contiene en el punto 3 denominado "Responsable" las responsabilidades del estamento Médico, Enfermera y Técnico Paramédico, relacionadas con la administración de los fármacos antineoplásicos. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso" incluye desde el ingreso del paciente, requerimiento de consentimiento informado firmado en caso de primer ciclo de quimioterapia, revisión de indicaciones de Protocolo Médico de Quimioterapia en Hoja de Hospitalización, confirmación con central de mezcla, transporte de drogas, punción de catéter, pre-hidratación y administración de medicación, forma de administración de quimioterapia, registros y monitoreo. En el punto 9 denominado "Anexos "incluye los registros de "Formulario de ingreso a Quimioterapia", "Pauta de supervisión" e "Indicador".

Documento 2 denominado "Procedimiento: Disposición y eliminación de residuos citotóxicos Unidad Quimioterapia", En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe por estamento las acciones específicas a realizar por: Enfermera de Quimioterapia, Técnico Paramédico, Auxiliar de Servicio y Encargado de retiro de residuos, las cuales están orientadas a la supervisión, gestión de insumos y materiales, ejecución de la segregación de los residuos, cierre y rotulación de las bolsas, entrega y retiro de bolsas por los encargados y entrega a empresa externa respectivamente. En el punto 7 denominado "Descripción del proceso", incluye acciones desde el uso de guantes de procedimiento para la manipulación de los desechos citotóxicos, uso de bolsa roja para la

eliminación, cómo debe ser llenada, cerrada, amarrada y rotulada. Lugar de ubicación, días de retiro y registro. En el punto 9 denominado "Anexos" incluye los siguientes registros; "Pauta de supervisión disposición y eliminación de residuos citotóxicos", "Indicador", "Registros de almacenamiento de residuos peligrosos", "Registro de retiro de residuos peligrosos" y "Etiqueta con símbolo de residuo peligroso para rotulación de la bolsa".

Documento 3 denominado "Instalación y manejo de Catéter Vascular Central con reservorio subcutáneo", En el punto 3 denominado "Responsabilidades", describe de forma explícita las responsabilidades y acciones a realizar por los siguientes estamentos: Médico, Enfermera y Técnico Paramédico, relacionadas con la instalación y manejo del catéter. En el punto 5 denominado "Referencias", incluye lo siguiente: Protocolo Programa Nacional del Cáncer de Adulto (PANDA) 2008 y Primer Consenso de Enfermeras Onco-hematológicas en el Manejo de Catéter subcutáneo con reservorio 2010. En el punto 6 incluye listado de equipos y materiales. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", incluye los siguientes ítems:

- Instalación de catéter que incluye consentimiento informado y las acciones desde la solicitud del pabellón hasta la instalación.
- Complicaciones de los catéteres con reservorio: incluye listado de dichas complicaciones.
- Atención de Enfermería después de la instalación con evaluación de la herida, información al paciente, fecha de retiro de puntos y registros.
- Mantención del catéter con reservorio incluye cuidados específicos de la aguja y permeabilización.
- Punción del catéter con reservorio, describe la cronología para la punción.
- Retiro de aguja - Terapia intermitente: describe la forma de retirar y heparinización del catéter.
- Técnica de mantención o lavado del catéter incluye listado de equipo a utilizar.
- Procedimiento.
- Consideraciones importantes.
- Complicaciones más frecuentes derivadas de su manipulación y / o instalación quirúrgica, signos y síntomas y manejo con las acciones a realizar y las Medidas básicas y fundamentales en la prevención de infecciones asociadas a catéter venoso central incluye acciones generales y especificas a realizar.

Documento 4 denominado "Vigilancia de Infección asociada a Catéter Vascular Central con reservorio", en el punto 3 denominado "Responsabilidades" describe de forma explícita las responsabilidades y acciones a realizar por: Médico, Enfermera Unidad de Quimioterapia y Técnico Paramédico, relacionadas con la prevención de las infecciones asociadas a catéter. En el punto 4 denominado "Definiciones" incluye la descripción de tipos de Infecciones y el manejo para cada condición. En el punto 7 denominado "Descripción del Proceso", incluye la descripción de los registros a realizar, diferenciación de infección con Neutropenia febril, reporte de infección y evaluación de vigilancia. En el punto 9 denominado "Anexos" incluye el "Registro de vigilancia de Infección asociado a catéter con reservorio" e "Indicador".

APQ 1.3– Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Quimioterapia	
Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de Procedimiento de administración de medicamentos antineoplásicos que cumplen con el protocolo
Fórmula matemática	N° de Procedimientos de administración de medicamentos antineoplásicos que cumplen con el protocolo en un periodo determinado x 100 Total de procedimientos de administración de drogas antineoplásicas administrados en un periodo determinado
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Informe Cuatrimestral Medición mensual

APQ 1.3– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Quimioterapia Adulto						
Nombre documento	Informe de evaluación periódica de Indicador					
Responsable medición	Enfermera encargada de Calidad de la unidad					
Fuente primaria	Observación directa del procedimiento de administración de medicamentos antineoplásicos Ficha clínica					
Fuente secundaria	Pautas de supervisión					
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015					
Metodología de medición	Aplica 20 pautas de supervisión, número establecido por el Dpto. de Calidad, realiza la supervisión los primeros días del mes, aplica pautas en los pacientes al azar.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Unidad de Quimioterapia Adulto						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	20	20	20	20	20	20
N° Total Pautas	20	20	20	20	20	20
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Quimioterapia Adulto						
Describir constatación**:** Se selecciona el periodo cuatrimestral de Mayo a Agosto 2015, del periodo de retrospectividad evaluado, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. Se selecciona por muestreo sistematizado (80/30= 2,6) desde la pauta número 3 hasta completar 30. Dado que las 7 primeras cumplen con los requisitos establecidos en el indicador. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.						
Mes /Año	Mayo - Agosto 2015					

N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7					
	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

Unidad de Quimioterapia Infantil	
Nombre documento	Informe de evaluación periódica de Indicador
Responsable medición	Enfermera encargada de Calidad de la unidad
Fuente primaria	Observación directa del procedimiento de administración de medicamentos antineoplásicos Ficha clínica
Fuente secundaria	Pautas de supervisión
Periodo evaluado	Mayo - Octubre 2015
Metodología de medición	Aplica 20 pautas de supervisión que es el número determinado por el Dpto. de Calidad, realiza la supervisión al universo de pacientes según oportunidad y carga de trabajo.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Unidad de Quimioterapia Infantil

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	9	6	11	8	6	8
	9	6	11	8	6	8
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Quimioterapia Infantil

Describir constatación: Se selecciona el periodo cuatrimestral de Mayo a Agosto 2015, del periodo de retrospectividad evaluado, para verificar consistencia entre el resultado informado por el prestador y los registros existentes. Se selecciona por muestreo sistematizado (34/30=1) desde la pauta número 1 hasta completar 30. Dado que las 7 primeras cumplen con los requisitos establecidos en el indicador. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de Enero de 2015.

Mes /Año	Mayo - Agosto 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7					
	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA APQ 1.3 OBLIGATORIA/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Quimioterapia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si	

SERVICIOS DE APOYO – IMAGENOLOGÍA (API)

CARACTERÍSTICA API 1.1 / HALLAZGOS

API 1.1 – Primer elemento medible: Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia	
Prestador al que compra: El Prestador declara que compra servicios, en caso de fallas a: -Diagnoimage -Clínica La Portada	N° Registro Acreditación: -Diagnoimage: N°119 -Clínica La Portada de Antofagasta: N°61

CARACTERÍSTICA API 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA API 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

API 1.2 – Primer elemento medible: Con respecto a los exámenes imagenológicos que involucran procedimientos invasivos, uso de medio de contraste, sedación y/o anestesia, se describe en un documento elaborado por la unidad:

Servicio de Imagenología				
Nombre del documento 1:Procedimiento Punción Bajo ECO para Biopsia de Tiroides (Código PO-IMA-12)				
N° Resolución: No hay	Versión:00	Fecha: Mayo 2013	Fecha vigencia:3 años	N° páginas:11
Elaborado por: Rossana Huerta M., Encargada de Calidad Unidad de Apoyo Imagenología		Aprobado por: Dr. Ricardo Seguel Dumont, Médico Jefe Unidad de Apoyo Imagenología		

El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)			
1. El procedimiento imagenológico cuando está involucrado un procedimiento invasivo	Si	2. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenosos, sedación y /o anestesia	
3. Protocolo de sedación y/o anestesia		4. Se han definido los responsables de su aplicación	Si
Breve descripción del documento: En el punto 8 "Descripción del proceso" se consignan las indicaciones previas y post al procedimiento. Se define la ejecución del procedimiento, explicitando los pasos a seguir y las medidas de técnica aséptica que se deben utilizar, entre otras: lavado clínico			

de manos con jabón antiséptico, uso de guantes y delantal para el operador; como también, el aseo de la piel de la zona a puncionar y la aseptización de la piel con antiséptico local, campos con paños estériles en el paciente y sobre la mesa con el material.
En el punto 5 se definen las responsabilidades del médico tratante, del médico intervencionista (responsable de realizar el procedimiento invasivo), del tecnólogo médico, del técnico paramédico y del auxiliar de servicio.
En el Anexo 1 se incluye el formato IT-IMA-14-00 con las indicaciones post procedimientos intervencionales.

Nombre del documento 2: Procedimiento Punción bajo TAC para Biopsia Hepática, Pulmonar, Partes Blandas, Renal.				
N° Resolución: No hay	Versión:00	Fecha: Marzo 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 11
Elaborado por: Rossana Huerta M., Encargada de Calidad Unidad de Apoyo Imagenología		Aprobado por: Dr. Ricardo Seguel Dumont, Médico Jefe Unidad de Apoyo Imagenología		

El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)					
1. El procedimiento imagenológico cuando está involucrado un procedimiento invasivo	Si	2. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenosos, sedación y /o anestesia			Si
3. Protocolo de sedación y/o anestesia	No	4. Se han definido los responsables de su aplicación			Si

Breve descripción del documento:

En el punto 8 "Descripción del proceso" se consignan las indicaciones previas y post al procedimiento. Se define la ejecución del procedimiento, explicitando los pasos a seguir y las medidas de técnica aséptica que se deben utilizar para la realización de la biopsia, entre otras: lavado clínico de manos con jabón antiséptico, uso de guantes y delantal para el operador; como también, el aseo de la piel de la zona a puncionar y la aseptización de la piel con antiséptico local, campos con paños estériles en el paciente y sobre la mesa con el material.

En el punto 5 se definen las responsabilidades del médico tratante, del médico intervencionista (responsable de realizar el procedimiento invasivo), del tecnólogo médico (responsable de verificar la aplicación del consentimiento informado y de realizar el procedimiento radiológico), del técnico paramédico y del auxiliar de servicio.
En el Anexo 1 se incluye el formato IT-IMA-14-00 con las indicaciones post procedimientos intervencionales.

Nombre del documento 3: Procedimiento TAC Contrastado de cualquier Región Anatómica				
N° Resolución: No hay	Versión:00	Fecha: Abril 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 14
Elaborado por: Rossana Huerta M., Encargada de Calidad Unidad de Apoyo Imagenología		Aprobado por: Dr. Ricardo Seguel Dumont, Médico Jefe Unidad de Apoyo Imagenología		

El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)					
1. El procedimiento imagenológico cuando está involucrado un procedimiento invasivo	Si	2. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenosos, sedación y /o anestesia			Si
3. Protocolo de sedación y/o anestesia	No	4. Se han definido los responsables de su aplicación			Si

Breve descripción del documento:
En el punto 7 "Descripción del proceso", se incluye los procedimientos de otorgamiento del consentimiento informado, la preparación del paciente, la preparación del sitio de punción, la realización del examen y las acciones a realizar con posterioridad al examen.

En el punto 7.2 "Preparación del paciente", se explicitan distintas acciones, entre otras, evaluar si el paciente presenta factores de riesgo que puedan ocasionar la ocurrencia de eventos adversos asociados a la inyección del contraste endovenoso y la presencia de antecedentes de alergia, con indicaciones de aplicar las instrucciones de premedicación, si corresponde.

En el punto 7.3 "Preparación del sitio de punción", se explicitan las medidas de control de infecciones.

En el punto 7.4 "Realización del examen", donde se incluyen los pasos del procedimiento, se explicitan, entre otros, las medidas de prevención a reacciones asociadas a la inyección del medio de contraste endovenoso.

En el punto 5 se definen las responsabilidades del tecnólogo médico (responsable de aplicar el consentimiento informado y de realizar el procedimiento radiológico, entre otras) y del técnico paramédico.

En el punto 9 "Registros asociados", se incluyen, entre otros, distintos instructivos de preparación para realización de TAC de distintos segmentos corporales; como también, las instrucciones para premedicación de pacientes alérgicos.

En el Anexo 1 se incluye el Manual de uso y mantención de la inyectora automática
En el Anexo 2 se incluyen las reacciones asociadas al uso de medio de contraste.

Nombre del documento 4: Procedimiento para Sedación y Anestesia en Salas de Procedimientos e Imagenología				
Código PO-IMA-13	Versión:01	Fecha: Abril 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 19
Elaborado por: Rossana Huerta M., Encargada de Calidad Unidad de Apoyo Imagenología y Dr. Gerardo Valdivia Delgado, Médico Anestesiólogo, Unidad de Pabellones Quirúrgicos		Aprobado por: Dr. Luis Molina Arévalo, Médico Jefe CR Apoyo Diagnóstico Terapéutico.		

El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)			
1. El procedimiento imagenológico cuando está involucrado un procedimiento invasivo	Si	2. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenosos, sedación y /o anestesia	Si

3. Protocolo de sedación y/o anestesia	Si	4. Se han definido los responsables de su aplicación	Si

Breve descripción del documento:
En el punto 5 se incluyen las definiciones de sedación consciente y profunda; como también de anestesia general.

En el punto 6 "Equipos y materiales" se explicitan los distintos elementos y equipamiento clínico con los cuales debe contar la sala donde se realice el procedimiento, entre otros: Suministro de oxígeno, de aspiración y eléctrico; máquina de anestesia y monitor cardíaco. Se consigna el listado que debe contener el carro de drogas.

En el punto 7 "Descripción del proceso", se incluyen los siguientes procedimientos:
7.2 Procedimiento de sedación en paciente pediátrico, el medicamento utilizado para la sedación en Imagenología del paciente pediátrico, las medidas de seguridad para el uso de sedación en pacientes pediátrico, la duración del ayuno según grupo etario, y las recomendaciones posteriores a la sedación.
7.3 Procedimiento de sedación y/o anestesia en paciente adulto, procedimientos diagnósticos no invasivos (exploraciones de Resonancia Magnética y Tomografía Computada), procedimientos terapéuticos intervencionistas (Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica y Colangiografía Retrógrada Intraoperatoria), medicamento y dosis utilizados para la sedación en Imagenología y Salas de Procedimientos de pacientes adultos. Adicionalmente, se consignan las medidas de prevención de eventos adversos relacionados con la Sedación en pacientes adultos, las recomendaciones posteriores a la sedación y las medidas de seguridad del paciente en Imagenología, en las Salas de Procedimientos y Pabellón

En el punto 4 se definen las responsabilidades del médico tratante, médico anestesiólogo (responsable de la evaluación pre-anestésica, prescripción y administración de la anestesia, revisión del material e insumos necesarios para el procedimiento y registrar en la hoja de evaluación de anestesia), tecnólogo médico (responsable de aplicar el consentimiento informado y de verificar que se cumplan las indicaciones previas al examen y sedación, cuando corresponda, entre otras), auxiliar de anestesia y de la enfermera del servicio clínico derivador.

En el punto 9 "Registros asociados", se incluyen, entre otros, la Lista de verificación de exámenes contrastados y el formulario de Registro de eventos adversos asociados a exámenes contrastados.
En el Anexo 2 se incluye la "Pauta de control de sedación pediátrica"

Nombre del documento 5: Procedimiento de prevención de Eventos Adversos asociados a exámenes invasivos, sedación y anestesia. Código PO-IMA-02

N° Resolución: No hay	Versión:03	Fecha: Junio 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 30
Elaborado por: María Yampara Flores y Rossana Huerta M., Tecnólogos Médicos Unidad Apoyo Imagenología		Aprobado por: Dr. Marcelo Ávila Jaramillo, Médico Jefe Unidad de Apoyo Imagenología.		

El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)

1. El procedimiento imagenológico cuando está involucrado un procedimiento invasivo	Si	2. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenosos, sedación y /o anestesia	Si
3. Protocolo de sedación y/o anestesia	Si	4. Se han definido los responsables de su aplicación	Si

Breve descripción del contenido del documento 5:
En el punto 8 "Descripción del proceso" se incluyen los siguientes aspectos:
8.1 Indicación de los procedimientos imagenológicos intervencionales o que requieran administración de medios de contraste, sedación y/o anestesia.
8.2 El proceso de atención, entre otros, en lo relativo al procedimiento intervencional en exámenes invasivos, en pacientes con antecedentes de alergias y en la administración de medio de contraste endovenoso.
8.3 Medidas de prevención y criterios preventivos:

- Previas a la administración de contraste para evitar nefropatología inducida por medio de contraste
- Aparición de reacciones generalizadas al medio de contraste
- Prevención y Manejo de las extravasaciones del medio de contraste
- Del efecto del medio de contraste en la función tiroidea en adultos
- Uso adecuado de medios de contraste en pacientes gestantes y madres lactantes

8.4 Medidas de prevención en escáner con sedación o anestesia en menores o lactantes, respecto a la preparación, ejecución del procedimiento y manejo posterior a éste.
8.5 Medidas de prevención previas a la realización de procedimientos intervencionales bajo apoyo escográfico o de escáner.
8.6 Indicaciones posteriores a la ejecución del examen.

Consigna en el punto 9 "Documentos asociados", los siguientes, entre otros:

- IT-IMA-02-00. Instrucciones de preparación para la realización de TAC contrastado de cerebro, cuello, tórax, angiotac
- IT-IMA-03-00. Instrucciones de preparación para la realización de TAC de abdomen y pelvis sin contraste, PIELOTAC
- IT-IMA-04-00. Instrucciones de preparación para la realización de TAC contrastado de abdomen y pelvis
- IT-IMA-05-00. Instrucciones de premedicación para pacientes alérgicos
- IT-IMA-10-00. Instrucciones de preparación para la realización de TAC contrastado de abdomen y pelvis, UROTAC
- IT-IMA-08-00. Indicaciones post examen con medio de contraste
- IT-IMA-14-00. Indicaciones post procedimientos intervencionales

En el Anexo 1, se incluyen las siguientes indicaciones de preparación previa e indicaciones para el paciente:

- Instrucciones de preparación para la realización de TAC contrastado de cerebro, cuello, tórax y angiotac (IT-IMA-02-00)
- Instrucciones de preparación para la realización de TAC contrastado de abdomen y pelvis (IT-IMA-04-00)
- Instructivo para el paciente que requiera biopsia/drenaje (IT-IMA-12-00)
- Instructivo de preparación para la realización de urotac (IT-IMA-10-00)

En el Anexo 2, se incluyen las instrucciones de premedicación para los pacientes alérgicos (IT-IMA-05-00)
En el Anexo 3, se incluye un instructivo para la administración de medio de contraste I/V, se incluye un instructivo (IT-IMA-20-00)

En el Anexo 6, se incluyen las "Indicaciones post-examen con medio de contraste" (IT-IMA-08-00) y las "Indicaciones post procedimientos intervencionales" (IT-IMA-14-00).
Observaciones: Se constata la versión anterior 02 del documento "Procedimiento de prevención de Eventos Adversos asociados a exámenes invasivos, sedación y anestesia. Código PO-IMA-02" abril de 2013, 26 páginas, elaborado por la Tecnólogo Médico Rossana Huerta M., Encargada de Calidad de Imagenología y aprobado por el Dr. Ricardo Seguel D., Médico Jefe Unidad de Imagenología.

Servicio de Hemodinamia				
Nombre del documento 1 :Prevención de eventos adversos asociados a la administración de medios de contraste utilizados en la Unidad de Hemodinamia				
Código PO-HEM-01	Versión:02	Fecha: Abril 2015	Fecha vigencia:5 años	N° páginas:21
Elaborado por: Tomás Aguilar G., y Rigoberto Choque M., Tecnólogos Médicos Hemodinamia		Aprobado por: Bernhard Westerberg M., Médico Jefe Unidad Hemodinamia		

El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)			
1. El procedimiento imagenológico cuando está involucrado un procedimiento invasivo	Si	2. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenosos, sedación y /o anestesia	Si
3. Protocolo de sedación y/o anestesia	No	4. Se han definido los responsables de su aplicación	Si

Breve descripción del documento: Se consigna en el alcance que el procedimiento aplica a los pacientes sometidos a estudios angiográficos. En el punto 4, se define que en la Sala de Hemodinamia se realizan exámenes contrastados y cualquier otro procedimiento mínimamente invasivo; adicionalmente, se consigna que el paciente tipo corresponde a pacientes ambulatorios y pacientes que provienen de cualquier servicio clínico perteneciente al Hospital Regional de Antofagasta a realizarse un procedimiento angiográfico con administración de medio de contraste, durante la jornada diurna. Se excluyen los pacientes, en los que previamente se sabe que se utilizarán grandes volúmenes de medio de contraste para realizar el procedimiento. En el punto 7 "Descripción del proceso" se incluyen los procedimientos de identificación e instrucción de factores de riesgo de reacción adversa a medios de contraste antes del procedimiento, las medidas de prevención de factores de riesgo de reacción adversa a medios de contraste durante el procedimiento. En el punto 7.4 se incluyen las medidas profilácticas ante pacientes que presenten factores de riesgo asociados a reacciones adversas anafiloides, nefropatía y al desconocimiento del valor e creatinina sérica previo al procedimiento contrastado. En el punto 8, se incluyen los documentos asociados, entre otros: Documento de consentimiento informado, Hoja de entrevista de pacientes y Lista de verificación de exámenes contrastados.
Observaciones: El Prestador declara que se administra sedación en la Unidad de Hemodinamia. En la visita de acreditación al servicio clínico, los responsables no presentan a la evaluadora un documento que consigne un protocolo de sedación y/o anestesia. Se da por no cumplido el elemento medible.

API 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Imagenología	
Nombre del indicador	% procedimientos imagenológicos con uso de contraste, sedación y anestesia, en que se aplicó procedimiento de prevención de eventos adversos
Fórmula matemática	(Procedimientos radiológicos invasivos con uso de contraste, sedación y/o anestesia, en que se aplicó las medidas de prevención de EA en el período/N° total de procedimientos radiológicos invasivos con uso de contraste, sedación y/o anestesia en el mismo período) x 100
Umbral de cumplimiento: ≥90%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

Servicio de Hemodinamia	
Nombre del indicador	% procedimientos contrastados realizados en pacientes tipo que cumplieron con el procedimiento de prevención de eventos adversos a la administración de medios de contraste
Fórmula matemática	(Procedimientos contrastados de paciente tipo que cumplieron con las medidas de prevención de eventos adversos en el período/N° total de procedimientos contrastados en pacientes tipo en el mismo período) x 100
Umbral de cumplimiento: 85%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

API 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Imagenología	
Nombre documento	Informe de evaluación del indicador
Responsable medición	Tecnólogo Médico encargado de calidad de la Unidad de Imagenología.
Fuente primaria	Lista de verificación de exámenes contrastados (RG-IMA-01-00)
Fuente secundaria	Formularios de notificación de eventos adversos (RG-UCSP-04-00) –Informes de evaluación del indicador
Periodo evaluado	Mayo-Octubre 2015
Metodología de medición	El tecnólogo médico que realiza exámenes consigna, diariamente, en cada sala de scanner, los datos definidos en la "Lista de verificación de exámenes invasivos (RG-IMA-01-00) a cada paciente que atiende. Consigna cuando el criterio de la lista se cumple, no se cumple o no aplica. La Lista de verificación contiene las medidas de prevención de eventos adversos definidas que se deben aplicar. Se considera cumplida la pauta, cuando cumple todos los criterios que le aplican al procedimiento. Mensualmente, la tecnóloga médica revisa los registros, consolida la información y elabora el

	indicador.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Servicio de Imagenología						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	351	442	381	458	432	406
N° Total Pautas	367	473	395	468	461	413
% Cumplimiento	95,64%	93,45%	96,46%	97,86%	93,71%	98,31%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Servicio de Imagenología						
Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de julio 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador y los registros**.** Se randomiza para obtener una muestra de 30 pautas. Se revisan las 7 primeras, constatando que cumplen el procedimiento institucional. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la Situación 1 de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" del Ord. Circular IP N° 2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						

Servicio de Hemodinamia	
Nombre documento	Informe medición indicadores
Responsable medición	Tecnólogos Médicos de la Unidad de Hemodinamia
Fuente primaria	Lista de verificación de exámenes contrastados (RG-HDM-01-00)
Fuente secundaria	Informe medición indicadores
Periodo evaluado	II y III Trimestre 2015
Metodología de medición	El tecnólogo médico consigna en la planilla excel, al momento de realizar un examen contrastado, los datos definidos en la "Lista de verificación de exámenes contrastados (RG-HDM-01-00)" a cada paciente que atiende. Consigna cuando el criterio de la lista se cumple, no se cumple o no aplica. La Lista de verificación contiene las medidas de prevención de eventos adversos definidas que se deben aplicar. Se considera cumplida la pauta, cuando cumple todos los criterios que le aplican al procedimiento. Mensualmente, los tecnólogos médicos revisan los registros, consolidan la información y elaboran el indicador. Se incluye en los informes los resultados mensuales y trimestrales

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Servicio de Hemodinamia						
Mes /Año	II Trimestre 2015	III Trimestre 2015				
N° Pautas cumplidas /	186	164				
N° Total Pautas	193	179				
% Cumplimiento	96,37%	91.62%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Servicio de Imagenología						
Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el III Trimestre 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador y los registros. Se revisa el total de las pautas aplicadas. Se constata la consistencia con el resultado documentado en el informe. Se da por cumplido el elemento medible.						
Mes /Año	III Trimestre 2015					
N° Pautas cumplidas /	164					
N° Total Pautas	179					
% Cumplimiento	91.62%					
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA API 1.2 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Imagenología	1° EM: 0	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 2/3	Porcentaje obtenido: 67%	Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA API 1.3 / HALLAZGOS

API 1.3 – Primer elemento medible: Se describe en documentos elaborados por el Servicio de Imagenología.

Servicio de Imagenología				
Nombre del documento 1: Procedimiento Solicitud e Indicaciones de Exámenes Radiológicos (Código PO-IMA-05)				
N° Resolución: No hay	Versión:01	Fecha: Abril 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 13
Elaborado por: Rossana Huerta M., Tecnólogo Médico Unidad Apoyo Imagenología		Aprobado por: Dr. Ricardo Seguel Dumont, Médico Jefe Imagenología.		
El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)				
1. Los requisitos que deben cumplir las	Si	2. Las indicaciones que deben entregarse a los pacientes antes y		Si

solicitudes de exámenes		después de los procedimientos imagenológicos según corresponda	

Breve descripción del contenido del documento 1:
Se consigna, en el alcance que el protocolo aplica a los pacientes beneficiarios y/o no beneficiarios de la Red, hospitalizados, ambulatorios, de emergencia y referidos de los servicios clínicos y establecimientos de nivel primario.

En el punto 4 se definen los responsables de la ejecución, entre otros:

- Médico tratante: Escribir con letra clara la orden de examen, completando los campos establecidos en el formulario RG-IMA-03-00. Escribir el diagnóstico o la sospecha clínica, claramente especificada; como también, los antecedentes clínicos resumidos, cuando sea necesario (Ej.: Si ha recibido quimioterapia o radioterapia). Debe anotar con claridad su nombre en la indicación de examen, a fin de identificarlo para eventualmente solicitar mayores antecedentes o para avisarle algún hallazgo o resultado crítico.
- Tecnólogo Médico: Verificar previamente que la orden de examen cumpla las especificaciones requeridas de identificación y datos del paciente.

En el punto 7 "Descripción del Proceso", en las páginas 4 y 5 los requisitos que deben cumplir las solicitudes (manuales o electrónicas) de exámenes imagenológicos:

- Ser confeccionada por el médico tratante de los servicios clínicos, unidades de apoyo, emergencias, policlínicos de atención ambulatoria (CDT), Centros de Referencia (CRS) y consultorios de atención primaria (APS), como también de otros establecimientos de la Red de Salud, en caso de requerir atención.
- Deben incluir: nombre y dos apellidos del paciente, RUT, edad o fecha de nacimiento, fecha de la solicitud, número de ficha clínica, procedencia, nombre del examen o procedimiento a realizar, diagnóstico presunto, nombre o timbre o firma del médico que solicita el examen. En caso de pacientes hospitalizados, también se debe indicar sala y cama de hospitalización.

En el punto 7.2 se incluyen las indicaciones para Tomografía Computada. Respecto de la preparación; se explicita, entre otras, las indicaciones en el caso de pacientes con insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica (paciente en diálisis). Respecto a la ejecución del procedimiento imagenológico, se especifica, por ejemplo, que todo paciente de riesgo que requiera ayuda o inmovilización debe ser acompañado al interior del escáner por personal paramédico o auxiliar del servicio derivador.

En el punto 7.3 se incluyen las indicaciones para Radiología Simple y Contrastada. Respecto de la preparación, se consigna, entre otros, que en los exámenes radiológicos ambulatorios que incluyan preparación previa y ayuno, deberá acompañarse la orden de examen de una hoja de indicaciones específica según el procedimiento a realizar. En relación a la ejecución, se definen indicaciones para pacientes hospitalizados, entre otras, que los pacientes que requieran realizarse exámenes con contraste endovenoso, debe llegar a la unidad de imagenología con vía venosa permeable y llave de tres pasos.
En el punto 7.4 se incluyen las indicaciones para la preparación y ejecución de la Ecotomografía.

En el punto 9 "Registros asociados", se consignan, entre otros:
IT-IMA-06-00 Instrucciones de preparación para la realización de Uretrocistografía
IT-IMA-07-00 Instrucciones de preparación para la realización de Colangiografía postoperatoria
IT-IMA-09-00 Instrucciones de preparación para la realización de Radiografía Renal, Vesical, Columna y Sacrocoxis
ITA-IMA-10-00 Instrucciones de preparación para la realización de TAC Urotac
IT-IMA-08-00 Indicaciones post-examen con medio de contraste

Nombre del documento 2: Procedimiento de prevención de Eventos Adversos asociados a exámenes invasivos, sedación y anestesia. Código PO-IMA-02

N° Resolución: No hay	Versión:03	Fecha: Junio 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 30

Elaborado por: María Yampara Flores y Rossana Huerta M., Tecnólogos Médicos Unidad Apoyo Imagenología	Aprobado por: Dr. Marcelo Ávila Jaramillo, Médico Jefe Unidad de Apoyo Imagenología.

El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)

1. Los requisitos que deben cumplir las solicitudes de exámenes	No	2. Las indicaciones que deben entregarse a los pacientes antes y después de los procedimientos imagenológicos según corresponda	Si

Breve descripción del contenido del documento 2: Consigna en el punto 9 "Documentos asociados", los siguientes, entre otros:

- IT-IMA-02-00. Instrucciones de preparación para la realización de TAC contrastado de cerebro, cuello, tórax, angiotac
- IT-IMA-03-00. Instrucciones de preparación para la realización de TAC de abdomen y pelvis sin contraste, PIELOTAC
- IT-IMA-04-00. Instrucciones de preparación para la realización de TAC contrastado de abdomen y pelvis
- IT-IMA-05-00. Instrucciones de premedicación para pacientes alérgicos
- IT-IMA-10-00. Instrucciones de preparación para la realización de TAC contrastado de abdomen y pelvis, UROTAC
- IT-IMA-08-00. Indicaciones post examen con medio de contraste
- IT-IMA-14-00. Indicaciones post procedimientos intervencionales

En el Anexo 1, se incluyen las siguientes indicaciones de preparación previa e indicaciones para el paciente:

- Instrucciones de preparación para la realización de TAC contrastado de cerebro, cuello, tórax y angiotac (IT-IMA-02-00)
- Instrucciones de preparación para la realización de TAC contrastado de abdomen y pelvis (IT-IMA-04-00)
- Instructivo para el paciente que requiera biopsia/drenaje (IT-IMA-12-00)
- Instructivo de preparación para la realización de urotac (IT-IMA-10-00)

En el Anexo 2, se incluyen las instrucciones de premedicación para los pacientes alérgicos (IT-IMA-05-00)
En el Anexo 3, se incluye un instructivo para la administración de medio de contraste I/V, se incluye un instructivo (IT-IMA-20-00)
En el Anexo 6, se incluyen las "Indicaciones post-examen con medio de contraste" (IT-IMA-08-00) y las "Indicaciones post procedimientos intervencionales" (IT-IMA-14-00)

Observaciones: Se constata la versión anterior del documento "Procedimiento de prevención de Eventos Adversos asociados a exámenes invasivos, sedación y anestesia. Código PO-IMA-02", versión 02, de Abril 2013, vigencia 3 años.

Se constata el documento en los siguientes puntos de verificación:			
Servicio de Imagenología (1 y 2)	UPC Adulto (1)	Medicina (1 y 2)	URG (1)
Registrar los Servicios que competen a los puntos de verificación y su cumplimiento: - Servicio de Imagenología: Se constatan ambos documentos. Cumple - UPC Adulto: Se constata documento 1 (Código PO-IMA-05). Cumple. - UTIMQ: Se constata documento 1 (Código PO-IMA-05). Cumple. - UCI Coronaria: Se constata documento 1 (Código PO-IMA-05). Cumple. - Medicina: Se constata documento 1 (Código PO-IMA-05). Cumple. - UAPP: Se constata documento 1 (Código PO-IMA-05). Cumple. - Pensionado Medicina: Se constata documento 1 (Código PO-IMA-05). Cumple. - Urgencia Ad., Ped. y Gine-Obst: Se constata documento 1 (Código PO-IMA-05). Cumplen.			
Observaciones:			

API 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Imagenología		
Nombre del indicador	% de solicitud de exámenes de imagenología con datos completos según procedimiento, por unidad	
Fórmula matemática	(N° de solicitudes de exámenes con datos completos según procedimiento por unidad en el período/N° total de solicitudes de exámenes generadas por unidad, en el mismo período) x 100	
Umbral de cumplimiento: ≥ 90%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
UPC Adulto – UCI Coronaria – UTIMQ		
Nombre del indicador	% de solicitud de exámenes de imagenología con datos completos según procedimiento, por unidad	
Fórmula matemática	(N° de solicitudes de exámenes con datos completos según procedimiento por unidad en el período/N° total de solicitudes de exámenes generadas por unidad, en el mismo período) x 100	
Umbral de cumplimiento: ≥ 90%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
Medicina – UAPP – Medicina Pensionado		
Nombre del indicador	% de solicitud de exámenes de imagenología con datos completos según procedimiento, por unidad	
Fórmula matemática	(N° de solicitudes de exámenes con datos completos según procedimiento por unidad en el período/N° total de solicitudes de exámenes generadas por unidad, en el mismo período) x 100	
Umbral de cumplimiento: ≥ 90%		Periodicidad de la evaluación: Mensual
URG Adultos- Pediatría y URG Gine- Obst.		
Nombre del indicador	% de solicitud de exámenes de imagenología con datos completos según procedimiento, por unidad	
Fórmula matemática	(N° de solicitudes de exámenes con datos completos según procedimiento por unidad en el período/N° total de solicitudes de exámenes generadas por unidad, en el mismo período) x 100	
Umbral de cumplimiento: ≥ 90%		Periodicidad de la evaluación: Mensual

API 1.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Imagenología	
Nombre documento	Informe de evaluación de indicador Solicitud de Exámenes Hospital Regional de Antofagasta
Responsable medición	Tecnólogos Médicos Supervisora y Encargada de Calidad Unidad de Apoyo Imagenología
Fuente primaria	Formularios de solicitudes de exámenes de rayos y scanner
Fuente secundaria	Planillas excel de verificación de indicaciones y solicitudes de exámenes
Periodo evaluado	Mayo – octubre 2015
Metodología de medición	Mensualmente se toma una muestra aleatoria del total de solicitudes de exámenes de rayos y scanner generadas por los servicios clínicos del hospital. Se revisan las solicitudes y se aplica una pauta de verificación para consignar el cumplimiento de los siguientes requisitos: datos completos del paciente, la orden registra el diagnóstico, datos del médico, registro de la ficha o RUT y registro de la procedencia de la solicitud. Se considera que la solicitud cumple con lo requerido, si están completos todos los campos señalados en la pauta de verificación. Luego se elabora el indicador para cada servicio clínico.
UPC Adulto – UCI Coronaria - UTIMQ	
Nombre documento	Informe de evaluación de indicador Solicitud de Exámenes Hospital Regional de Antofagasta
Responsable medición	Tecnólogos Médicos Supervisora y Encargada de Calidad Unidad de Apoyo Imagenología
Fuente primaria	Formularios de solicitudes de exámenes de rayos y scanner
Fuente secundaria	Planillas excel de verificación de indicaciones y solicitudes de exámenes
Periodo evaluado	Mayo – octubre 2015
Metodología de medición	Mensualmente, en la Unidad de Imagenología, los tecnólogos médicos responsables del indicador toman una muestra aleatoria del total de solicitudes de exámenes de rayos y scanner generadas por los servicios clínicos del hospital. Se revisan las solicitudes y se aplica una pauta de verificación para consignar el cumplimiento de los siguientes requisitos: datos completos del paciente, la orden registra el diagnóstico, datos del médico, registro de la ficha o RUT y registro de la procedencia de la solicitud. Se considera que la solicitud cumple con lo requerido, si están completos todos los campos señalados en la pauta de verificación. Luego se elabora el indicador y un informe para cada servicio clínico.
Medicina – UAPP – Medicina Pensionado	

Nombre documento	Informe de evaluación de indicador Solicitud de Exámenes Hospital Regional de Antofagasta
Responsable medición	Tecnólogos Médicos Supervisora y Encargada de Calidad Unidad de Apoyo Imagenología
Fuente primaria	Formularios de solicitudes de exámenes de rayos y scanner
Fuente secundaria	Planillas excel de verificación de indicaciones y solicitudes de exámenes
Periodo evaluado	Mayo – octubre 2015
Metodología de medición	Mensualmente, en la Unidad de Imagenología, los tecnólogos médicos responsables del indicador toman una muestra aleatoria del total de solicitudes de exámenes de rayos y scanner generadas por los servicios clínicos del hospital. Se revisan las solicitudes y se aplica una pauta de verificación para consignar el cumplimiento de los siguientes requisitos: datos completos del paciente, la orden registra el diagnóstico, datos del médico, registro de la ficha o RUT y registro de la procedencia de la solicitud. Se considera que la solicitud cumple con lo requerido, si están completos todos los campos señalados en la pauta de verificación. Luego se elabora el indicador y un informe para cada servicio clínico.

URG Adultos- Pediatría y URG Gine- Obst.

Nombre documento	Informe de evaluación de indicador Solicitud de Exámenes Hospital Regional de Antofagasta
Responsable medición	Tecnólogos Médicos Supervisora y Encargada de Calidad Unidad de Apoyo Imagenología
Fuente primaria	Formularios de solicitudes de exámenes de rayos y scanner
Fuente secundaria	Planillas excel de verificación de indicaciones y solicitudes de exámenes
Periodo evaluado	Mayo – octubre 2015
Metodología de medición	Mensualmente, en la Unidad de Imagenología, los tecnólogos médicos responsables del indicador toman una muestra aleatoria del total de solicitudes de exámenes de rayos y scanner generadas por los servicios clínicos del hospital. Se revisan las solicitudes y se aplica una pauta de verificación para consignar el cumplimiento de los siguientes requisitos: datos completos del paciente, la orden registra el diagnóstico, datos del médico, registro de la ficha o RUT y registro de la procedencia de la solicitud. Se considera que la solicitud cumple con lo requerido, si están completos todos los campos señalados en la pauta de verificación. Luego se elabora el indicador y un informe para cada servicio clínico.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Servicio de Imagenología

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Solicitudes de exámenes con datos completos / N° Solicitudes de exámenes generadas por las Unidades	1.952 / 2.055	1.848 / 2.071	1.728 / 2.097	1.727 / 2.083	1.768 / 2.016	1.770 / 2.003
% Cumplimiento	94,99%	89,23%	82,4%	82,91%	87,7%	88,37%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Servicio de Imagenología

Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de octubre 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador y los registros**.** Se randomiza para obtener una muestra de 30 pautas. Se revisan las 7 primeras, constatando que cumplen el procedimiento institucional. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la Situación 1 de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" del Ord. Circular IP N° 2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.

Mes /Año	Octubre 2015					
N° Solicitudes de exámenes con datos completos / N° Solicitudes de exámenes generadas por las Unidades	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: Adicionalmente, la evaluadora para formarse la convicción de la validez y confiabilidad del sistema de registros primarios utilizados en la Unidad de Imagenología para elaborar los indicadores presentados en los distintos puntos de verificación, solicita su visualización en el sistema informático. Al azar, se selecciona el indicador de rayos del mes de septiembre 2015, del punto de verificación "URG Ad y Ped". Se constata el total de los registros utilizados para elaborar el indicador "% de solicitudes de exámenes de imagenología con datos completos según procedimiento" de exámenes de rayos de adultos y niños. En conjunto con la tecnóloga médica encargada, se revisan los datos en el formato Excel denominado "2015 Lista de chequeo indicaciones del indicador de las solicitudes de Rayos". Se verifica que para cada solicitud de examen se chequea que se cumplan los siguientes requisitos: datos completos del paciente, la orden registra el diagnóstico, datos del médico, registro de la ficha o RUT y registro de la procedencia. De un total mensual de 756 solicitudes de exámenes, 638 de ellas cumplen con los requisitos definidos; lo que implica un 84,39% de cumplimiento. Se constata que el resultado del chequeo de los registros primarios es consistente con el resultado presentado en el informe mensual por el Prestador. La evaluadora, se forma la convicción que el sistema de registros primarios utilizado es sistemático, permite acceder a los distintos meses incluidos en el período retrospectivo, visualizar los registros de los distintos puntos de verificación del indicador para rayos y scanner; como también, corroborar los resultados incluidos en los informes consolidados mensuales; y para cada uno de los servicios clínicos que forman parte de los distintos puntos de verificación definidos en la característica.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Adulto

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Solicitudes de exámenes de Scanner com datos completos / N° Solicitudes de exámenes de Scanner generadas por la Unidad	27 / 27	21 / 21	23 / 25	22 / 22	18 / 19	24 / 26
% Cumplimiento	100%	100%	92%	100%	94,7%	92,3%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Adulto

Describir constatación: En la Unidad de Imagenología, se constata el sistema de registros primarios del indicador. Se selecciona en forma aleatoria el mes de agosto 2015, se revisan los datos del total de solicitudes en el sistema informático. Dado que hay consistencia entre el resultado reportado por el Prestador y los registros, se da por cumplido el elemento medible.						
Mes /Año	Agosto 2015					
N° Solicitudes de exámenes con datos completos / N° Solicitudes de exámenes generadas por las Unidades	22 22					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: En el punto de verificación se presentan los resultados del indicador separados, para las solicitudes de exámenes de Scanner y Rayos. Se selecciona, al azar, presentar los datos del indicador de solicitudes de "Scanner".						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UCI Coronaria						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Solicitudes de exámenes de Rayos con datos completos / N° Solicitudes de exámenes de Rayos generadas por la Unidad	90 99	60 61	105 115	106 115	69 89	107 122
% Cumplimiento	90,9%	98%	91%	92%	88%	87%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UCI Coronaria						
Describir constatación: En la Unidad de Imagenología, se constata el sistema de registros primarios del indicador. Se selecciona en forma aleatoria el mes de Mayo 2015. Se revisan los datos del total de solicitudes en el sistema informático. Dado que hay consistencia entre el resultado reportado por el Prestador y los registros, se da por cumplido el elemento medible.						
Mes /Año	Mayo 2015					
N° Solicitudes de exámenes con datos completos / N° Solicitudes de exámenes generadas por las Unidades	90 99					
% Cumplimiento	90,9%					
Observaciones: En el punto de verificación se presentan los resultados del indicador separados, para las solicitudes de exámenes de Scanner y Rayos. Se selecciona, al azar, presentar los datos del indicador de solicitudes de "Rayos".						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UTIMQ						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Solicitudes de exámenes de Rayos con datos completos / N° Solicitudes de exámenes de Rayos generadas por la Unidad	48 48	57 58	69 73	66 67	48 50	29 31
% Cumplimiento	100%	98,3%	94,5%	98,5%	96%	93,5%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UTIMQ						
Describir constatación: En la Unidad de Imagenología, se constata el sistema de registros primarios del indicador. Se selecciona en forma aleatoria el mes de Julio 2015. Se revisan los datos del total de solicitudes en el sistema informático. Dado que hay consistencia entre el resultado reportado por el Prestador y los registros, se da por cumplido el elemento medible.						
Mes /Año	Julio 2015					
N° Solicitudes de exámenes con datos completos / N° Solicitudes de exámenes generadas por las Unidades	69 73					
% Cumplimiento	94,5%					
Observaciones: En el punto de verificación se presentan los resultados del indicador separados, para las solicitudes de exámenes de Scanner y Rayos; como también, para cada uno de ellos, de solicitudes de exámenes generadas en sectores de hospitalización "S" y "T". Se selecciona, al azar, presentar los datos del indicador de solicitudes de "Rayos" del sector "S".						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Medicina						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Solicitudes de exámenes de Rayos con datos completos / N° Solicitudes de exámenes de Rayos generadas por la Unidad	34 35	43 46	32 34	29 37	27 31	25 30
% Cumplimiento	97,1%	93,5%	94,1%	78,4%	87,1%	83,3%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Medicina						
Describir constatación: En la Unidad de Imagenología, se constata el sistema de registros primarios del indicador. Se selecciona en forma aleatoria el mes de Septiembre 2015. Se revisan los datos del total de solicitudes en el sistema informático. Dado que hay consistencia entre el resultado reportado por el Prestador y los registros, se da por cumplido el elemento medible.						
Mes /Año	Septiembre 2015					
N° Solicitudes de exámenes con datos completos / N° Solicitudes de exámenes generadas por las Unidades	27 31					

% Cumplimiento	87,1%					
Observaciones: En el punto de verificación se presentan los resultados del indicador separados, para las solicitudes de exámenes de Scanner y Rayos; como también, para cada uno de ellos, de solicitudes de exámenes generadas en sector de hospitalización de "hombres" y "mujeres". Se selecciona, al azar, presentar los datos del indicador de solicitudes de "Rayos" en el sector de "hombres".						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UAPP						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Solicitudes de exámenes de Rayos con datos completos / N° Solicitudes de exámenes de Rayos generadas por la Unidad	8 8	2 4	12 14	7 7	9 11	10 10
% Cumplimiento	100%	50%	85.7%	100%	81,8%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UAPP						
Describir constatación: En la Unidad de Imagenología, se constata el sistema de registros primarios del indicador. Se selecciona en forma aleatoria el mes de Octubre 2015. Se revisan los datos del total de solicitudes en el sistema informático. Dado que hay consistencia entre el resultado reportado por el Prestador y los registros, se da por cumplido el elemento medible.						
Mes /Año	Octubre 2015					
N° Solicitudes de exámenes con datos completos / N° Solicitudes de exámenes generadas por las Unidades	10 10					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: En el punto de verificación se presentan los resultados del indicador separados, para las solicitudes de exámenes de Scanner y Rayos. Se selecciona, al azar, presentar los datos del indicador de solicitudes de "Rayos". En la revisión de los documentos, se detecta error de transcripción en el informe disponible en el servicio clínico en los meses de mayo, julio y octubre. Se incluyen en el informe de acreditación, para los meses mencionados, los datos consignados en los informes consolidados de evaluación del indicador de la Unidad de Imagenología.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Pensionado Medicina						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Solicitudes de exámenes de Rayos con datos completos / N° Solicitudes de exámenes de Rayos generadas por la Unidad	9 9	0 0	3 4	6 6	1 1	0 1
% Cumplimiento	100%	0%	75%	100%	100%	0%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Pensionado Medicina						
Describir constatación: En la Unidad de Imagenología, se constata el sistema de registros primarios del indicador. Se selecciona en forma aleatoria el mes de Mayo 2015. Se revisan los datos del total de solicitudes en el sistema informático. Dado que hay consistencia entre el resultado reportado por el Prestador y los registros, se da por cumplido el elemento medible.						
Mes /Año	Mayo 2015					
N° Solicitudes de exámenes con datos completos / N° Solicitudes de exámenes generadas por las Unidades	9 9					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: En el punto de verificación se presentan los resultados del indicador separados, para las solicitudes de exámenes de Scanner y Rayos. Se selecciona, al azar, presentar los datos del indicador de solicitudes de "Rayos".						

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG (Ad-Ped)						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Solicitudes de exámenes de Scanner con datos completos / N° Solicitudes de exámenes de Scanner generadas por la Unidad	263 266	230 264	220 258	224 261	242 279	195 218
% Cumplimiento	98,9%	87,71%	85,3%	85,8%	86,7%	89,4%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG (Ad-Ped)						
Describir constatación: Se selecciona en forma aleatoria el mes de septiembre para constatar la consistencia entre el resultado presentado y los registros primarios existentes en la Unidad de Imagenología; dado que el indicador es elaborado por el tecnólogo médico de imagenología. Se selecciona una muestra de 30 registros, de forma sistemática, constatando que los 7 primeros registros cumplen con el procedimiento definido. Se da por cumplido el elemento medible, de acuerdo a la metodología de la Situación 1 de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" del Ord. Circular IP N° 2, de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015. se da por cumplido el elemento medible						
Mes /Año	Septiembre 2015					
N° Solicitudes de exámenes de						

Scanner con datos completos / N° Solicitudes de exámenes de Scanner generadas por la Unidad	7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: En el punto de verificación se presentan los resultados del indicador separados, para las solicitudes de exámenes de Scanner y Rayos. Se selecciona, al azar, para constatar los resultados del indicador del punto de verificación "URG Ad y Ped" los registros de las solicitudes de "Scanner".						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en URG (Gine-Obst)						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Solicitudes de exámenes de Rayos o Scanner con datos completos / N° Solicitudes de exámenes de Rayos o Scanner generadas por la Unidad	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
% Cumplimiento	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG (Gine-Obst)						
Describir constatación: La encargada del punto de verificación presenta los informes mensuales del indicador, en los cuales se consigna que durante los meses de mayo a octubre no se elaboró el indicador porque no se solicitaron exámenes de rayos ni scanner a las pacientes del servicio de urgencia de gine-obstétrica.						
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA API 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	**Servicio de Imagenología**	**UPC Adulto**	**Medicina**	**URG**
Primer elemento medible	1	1	1	1
Segundo elemento medible	1	1	1	1
Tercer elemento medible	1	1	1	1
Umbral de la característica: ≥66%	Puntaje total: 12/12	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple:Si

SERVICIOS DE APOYO – KINESIOTERAPIA (APK)

CARACTERÍSTICA APK 1.1 /HALLAZGOS

APK 1.1 – Primer elemento medible: Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia
Prestador al que compra: Prestador declara que no se realizan compras a terceros

CARACTERÍSTICA APK 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: NA	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: NA	Porcentaje obtenido: NA	Cumple: NA

CARACTERÍSTICA APK 1.2 / HALLAZGOS

APK 1.2 – Primer elemento medible: Se describe en documentos elaborados por la Unidad de Kinesioterapia.

Unidad de Kinesioterapia				
Nombre del documento 1: Protocolo de Preparación del Paciente para Kinesiterapia Respiratoria en Adultos Hospitalizados				
Código PT-KNT-01	Versión:01	Fecha: 07/2015	Fecha vigencia: 07/2020	N° páginas: 13
Elaborado por: Marcelo Valderrama, Kinesiólogo Wanda Bugueño Kinesióloga, Unidad de Medicina Física y Rehabilitación		Aprobado por: Dra. Natalia Llanos Jefe Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional de Antofagasta		
Describe (Si/No)	1. Los requisitos de preparación del paciente previo a la ejecución de procedimientos de KNTR			Si
Breve descripción del contenido del documento: En el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, se tiene a la vista documento "Protocolo de Preparación del Paciente para Kinesiterapia Respiratoria en Adultos Hospitalizados", en las páginas 2 a la 4 del documento, consta una breve introducción al procedimiento, su alcance y los responsables de su ejecución. En la página 5 se describe el desarrollo del procedimiento, el que considera los siguientes puntos: • **Indicación de la Intervención kinésica**: Las intervenciones kinésicas se realizan bajo indicación médica escrita en la hoja de indicaciones clínicas diarias y en hoja de interconsulta. • **Preparación del Paciente Previo a la Ejecución de la Kinesiterapia Respiratoria**: La preparación previa a la intervención Kinésica debe ser conocida por el paciente, equipo de salud y familiares y/o cuidadores del paciente. Es necesario que, previo a la intervención kinésica los pacientes cumplan con los siguientes requisitos, dependiendo de su categorización de gravedad: • Monitorización del paciente, de acuerdo su condición general • Paciente hemodinámicamente estable				

- En caso de paciente en ventilación mecánica, debe tener su vía aérea artificial (tubo endotraqueal o cánula de traqueotomía con adecuada fijación y mascara de ventilación mecánica no invasiva, con adecuado posicionamiento).
- En pacientes categorizados como de extrema gravedad o muy lábiles, la decisión de la intervención está supeditada a la discusión con el médico tratante acerca del beneficio de la intervención cotejada con el riesgo a intervenir.
- La unidad del paciente debe contar con los elementos necesarios para la intervención kinésica
- El paciente debe permanecer, a lo menos, 90 minutos en ayuno.
- Si el paciente presenta dolor se debe administrar analgesia de acuerdo al EVA antes de la intervención kinésica
- Pacientes en aislamiento deben explicitar el tipo de aislamiento y la unidad debe contar con los implementos necesarios para brindar la intervención kinésica con seguridad para el paciente y operador
- El paciente previo a la intervención kinésica debe encontrarse en buenas condiciones higiénicas

- **Preparación del Paciente por el kinesiólogo:** El profesional kinesiólogo, previo a la intervención de kinesiterapia respiratoria, debe preparar al paciente realizando algunas de las siguientes acciones según corresponda:
  - Cotejar la identificación del paciente con su brazalete de identificación según lo descrito en el procedimiento institucional
  - Evaluación kinésica: lectura de la ficha clínica, análisis de radiografías torácicas, evaluación clínica del paciente, consultas a médico tratante y consultas a personal de enfermería.
  - En caso de pacientes lábiles con diagnósticos que impliquen potencial deterioro a su estabilidad (Hipertensión Endocraneana, Hipertensión Pulmonar, Síndrome de Distress Respiratorio Agudo, Hiperreactividad de Vía Aérea Alta o baja), se debe hiperventilar al paciente por 2 minutos.
- **Pasos del Procedimiento:**
  - Constatación de la indicación médica de kinesiterapia respiratoria
  - Revisión de antecedentes clínicos en la ficha clínica
  - Revisión de hoja de indicaciones médicas y signos vitales actualizados
  - Lavado clínico de manos
  - Presentación y explicación de los objetivos del procedimiento al paciente y solicitar su consentimiento para realizar el procedimiento
  - Evaluación de Signos Vitales
  - Cabecera a 30°
  - Evaluación kinésica respiratoria
  - Evaluación kinésica final
  - Registro en la hoja clínica
  - Registro en la hoja de actividades semanales de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación
  - Registro en la Pauta de Cotejo, la cual se deja adjunta en la ficha clínica del paciente

En páginas 10 y 11 consta Anexo N°1 "Indicador de Cumplimiento".
En página 13 Anexo 3 " Pauta de Supervisión Cumplimiento de Protocolo"
El Prestador presenta versión anterior del documento Protocolo de "Preparación del Paciente para Kinesiterapia Respiratoria en Adultos Hospitalizados", Versión 00 del 12/2011 con Vigencia de 3 años.

Se constata el documento en los siguientes puntos de verificación:

Kinesioterapia	UPC Ad.	UPC Ped.	Pediatría	Medicina
Si	SI	NA	NA	Si

Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
El documento descrito se constata en los Servicios y Unidades detallados:
- Kinesiterapia,
- Unidad de Paciente Crítico Adulto, Unidad Coronaria y Unidad Tratamiento Intermedio Médico Quirúrgico para punto de verificación UPC Ad.

Servicio de Medicina, Unidad Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico Quirúrgico para punto de verificación Medicina.

Nombre del documento 2: Protocolo de Preparación del Paciente Pediátrico Previo a la Ejecución de Kinesiterapia Respiratoria

Código PO-KNT-01	Versión:02	Fecha: 07/2012	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 18

Elaborado por:	Aprobado por:
Romina Farías, Kinesióloga Unidad de Medicina Física y Rehabilitación	Dr. Antonio Cárdenas, Jefe Servicio Pediatría del Hospital Regional de Antofagasta

Describe (Si/No)	1. Los requisitos de preparación del paciente previo a la ejecución de procedimientos de KNTR	Si

Breve descripción del contenido del documento:
El documento tenido a la vista se encuentra con su fecha de vigencia vencida, se solicita al Prestador documento vigente, ante lo cual declara que no dispone de una versión vigente.

Se constata el documento en los siguientes puntos de verificación:

Kinesioterapia	UPC Ad.	UPC Ped.	Pediatría	Medicina
No	NA	No	No	NA

Registrar los Servicios que componen los puntos de verificación y su cumplimiento:
Se constata documento con vigencia vencida y sin versión vigente en:
- Kinesiterapia
- Unidad de Paciente Crítico Pediátrico
- Servicio de Pediatría

No cumple lo solicitado por el elemento medible

Observaciones:
El documento presentado por el Prestador "Protocolo de Preparación del Paciente Pediátrico Previo a la Ejecución de Kinesiterapia Respiratoria" tiene su periodo vigencia vencido y no existe otro documento actualizado.

APK 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

UPC Adulto

Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de la preparación del paciente previo a la atención Kinesiológica	
Fórmula matemática	(N° pacientes preparados para la Kinesiterapia respiratoria según protocolo/N° total de pacientes que se les realiza Kinesiterapia respiratoria)*100.	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Coronaria		
Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de la preparación del paciente previo a la atención Kinesiológica	
Fórmula matemática	(N° pacientes preparados para la Kinesiterapia respiratoria según protocolo/N° total de pacientes que se les realiza Kinesiterapia respiratoria)*100.	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UTIMQ		
Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de la preparación del paciente previo a la atención Kinesiológica	
Fórmula matemática	(N° pacientes preparados para la Kinesiterapia respiratoria según protocolo/N° total de pacientes que se les realiza Kinesiterapia respiratoria)*100.	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
UPC Ped		
Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de la preparación del paciente previo a la atención Kinesiológica	
Fórmula matemática	(N° pacientes preparados para la Kinesiterapia respiratoria según protocolo/N° total de pacientes que se les realiza Kinesiterapia respiratoria)*100.	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Pediatría		
Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de la preparación del paciente previo a la atención Kinesiológica	
Fórmula matemática	(N° pacientes preparados para la Kinesiterapia respiratoria según protocolo/N° total de pacientes que se les realiza Kinesiterapia respiratoria)*100.	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Medicina: Servicio Medicina, Unidad de Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico-Quirtúrgico		
Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de la preparación del paciente previo a la atención Kinesiológica	
Fórmula matemática	N° pacientes preparados para la Kinesiterapia respiratoria según protocolo/N° total de pacientes que se les realiza Kinesiterapia respiratoria.	
Umbral de cumplimiento: 85%		Periodicidad de la evaluación: Trimestral
Observaciones: En entrevista con Kinesióloga Sra. Wanda Bugueño a cargo del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, declara que los informes "Medición de Indicadores Camas Básicas", incluyen los servicios de pacientes adultos no críticos como: Servicio de Medicina, Unidad de Atención Progresiva del Paciente y Pensionado Médico Quirúrgico.		

APK 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

UPC Adulto: UCI Adulto	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Encargado de Calidad de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Cumplimiento del protocolo
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se selecciona, aleatoriamente, el día de la semana, el número de la cama a aplicar la pauta de supervisión y el horario. Si el paciente no tiene indicación de kinesiterapia, se sustituye por el siguiente y así sucesivamente, hasta llegar al paciente con indicación de Kinesiterapia respiratoria. Se aplica 1 pauta cada vez que se le realiza la intervención kinésica. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Fecha • N° de ficha • Nombre del paciente • Nombre del Kinesiólogo supervisado • Nombre del Kinesiólogo supervisor • Registro es legible • Existe registro de indicación médica en ficha clínica • Elementos de aspiración • Ayuno requerido • Aplicación escala de gravedad KTR • Paciente preparado d acuerdo a procedimiento • Se realiza KTR • Se registra en ficha clínica En la pauta de supervisión, se consigna, además, el mes evaluado y la fecha de evaluación Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
UPC Adulto: UCI Coronaria	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Encargado de calidad de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Cumplimiento del Protocolo
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se selecciona aleatoriamente el día de la semana, el número de la cama a aplicar la pauta de

	supervisión y el horario. Si el paciente no tiene indicación de kinesiterapia, se sustituye por el siguiente y así sucesivamente, hasta llegar al paciente con indicación de Kinesiterapia respiratoria. Se aplica 1 pauta cada vez que se le realiza la intervención kinésica. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Fecha • N° de ficha • Nombre del paciente • Nombre del Kinesiólogo supervisado • Nombre del Kinesiólogo supervisor • Registro es legible • Existe registro de indicación médica en ficha clínica • Elementos de aspiración • Ayuno requerido • Aplicación escala de gravedad KTR • Paciente preparado d acuerdo a procedimiento • Se realiza KTR • Se registra en ficha clínica En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado y la fecha de evaluación Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.
UPC Adulto: UTI MQ	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Encargado de calidad de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Cumplimiento del Protocolo
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se selecciona aleatoriamente el día de la semana, el número de la cama a aplicar la pauta de supervisión y el horario. Si el paciente no tiene indicación de kinesiterapia, se sustituye por el siguiente y así sucesivamente, hasta llegar al paciente con indicación de Kinesiterapia respiratoria. Se aplica 1 pauta cada vez que se le realiza la intervención kinésica. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Fecha • N° de ficha • Nombre del paciente • Nombre del Kinesiólogo supervisado • Nombre del Kinesiólogo supervisor • Registro es legible • Existe registro de indicación médica en ficha clínica • Elementos de aspiración • Ayuno requerido • Aplicación escala de gravedad KTR • Paciente preparado d acuerdo a procedimiento • Se realiza KTR • Se registra en ficha clínica En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado y la fecha de evaluación Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados. .
UPC Ped	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Encargado de calidad de la Unidad de Medicina Física y rehabilitación
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Procedimiento KTR Pacientes Pediátricos
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se selecciona aleatoriamente el día de la semana, el número de la cama a aplicar la pauta de supervisión y el horario. Si el paciente no tiene indicación de kinesiterapia, se sustituye por el siguiente y así sucesivamente, hasta llegar al paciente con indicación de Kinesiterapia respiratoria. Se aplica 1 pauta cada vez que se le realiza la intervención kinésica. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Fecha • N° de ficha • Nombre del paciente • Nombre del Kinesiólogo supervisado • Nombre del Kinesiólogo supervisor • Registro es legible • Existe registro de indicación médica en ficha clínica • Elementos de aspiración • Ayuno requerido • Aplicación escala de gravedad KTR • Paciente preparado d acuerdo a procedimiento • Se realiza KTR • Se registra en ficha clínica

	En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado y la fecha de evaluación Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados. .
Pediatría	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Encargado de calidad de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Procedimiento KTR Pacientes Pediátricos
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se selecciona aleatoriamente el día de la semana, el número de la cama a aplicar la pauta de supervisión y el horario. Si el paciente no tiene indicación de kinesiterapia, se sustituye por el siguiente y así sucesivamente, hasta llegar al paciente con indicación de Kinesiterapia respiratoria. Se aplica 1 pauta cada vez que se le realiza la intervención kinésica. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Fecha • N° de ficha • Nombre del paciente • Nombre del Kinesiólogo supervisado • Nombre del Kinesiólogo supervisor • Registro es legible • Existe registro de indicación médica en ficha clínica • Elementos de aspiración • Ayuno requerido • Aplicación escala de gravedad KTR • Paciente preparado d acuerdo a procedimiento • Se realiza KTR • Se registra en ficha clínica En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado y la fecha de evaluación Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados. .
Medicina: Servicio Medicina, Unidad atención Progresiva del paciente y Pensionado Médico-Quirúrgico	
Nombre documento	Informe Evaluación Periódica del Indicador
Responsable medición	Encargado de calidad de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación
Fuente primaria	Ficha Clínica
Fuente secundaria	Pauta de Supervisión Cumplimiento del Protocolo
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se selecciona aleatoriamente el día de la semana, el número de la cama a aplicar la pauta de supervisión y el horario. Si el paciente no tiene indicación de kinesiterapia, se sustituye por el siguiente y así sucesivamente, hasta llegar al paciente con indicación de Kinesiterapia respiratoria. Se aplica 1 pauta cada vez que se le realiza la intervención kinésica. Los criterios de cumplimiento a considerar en la Pauta de Supervisión son: • Fecha • N° de ficha • Nombre del paciente • Nombre del Kinesiólogo supervisado • Nombre del Kinesiólogo supervisor • Registro es legible • Existe registro de indicación médica en ficha clínica • Elementos de aspiración • Ayuno requerido • Aplicación escala de gravedad KTR • Paciente preparado d acuerdo a procedimiento • Se realiza KTR • Se registra en ficha clínica En la pauta de supervisión, se consigna además, el mes evaluado y la fecha de evaluación Para dar por cumplida la pauta de supervisión, se deben cumplir el 100% de los contenidos solicitados.

Resultados entregados por el prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Adulto: UCI Adulto

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	33	30	41	38	40	33
N° Total Pautas	33	30	41	38	40	33
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Adulto: UCI Adulto

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo". El resultado reportado es de 100% Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 111 pautas del periodo. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en

terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2" de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Agosto, Septiembre y Octubre del 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo" en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Adulto: UCI Coronaria

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	33	33	27	33	26	33
N° Total Pautas	33	33	33	33	26	33
% Cumplimiento	100%	100%	81.1%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Adulto: UCI Coronaria

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo". El resultado reportado es de 94%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión de un total de 99 pautas del periodo . Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2" de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo" en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Adulto: UTI MQ

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	41	32	23	33	20	33
N° Total Pautas	41	33	23	34	20	33
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Adulto: UTI MQ

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo". El resultado reportado es de 100% Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 97 pautas del periodo. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2" de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero 2015.

Mes /Año	Mayo, Junio Julio 2015					
N° Pautas cumplidas /	7					
N° Total Pautas	7					
% Cumplimiento	100%					

Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo" en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en UPC Ped

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas /	30	28	29	29	28	28
N° Total Pautas	30	28	29	29	28	30
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	93,3%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para UPC Ped

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo". El resultado reportado es de 98%, Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 87 pautas del periodo. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de

acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2" de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Agosto, Septiembre y Octubre 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo" en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Ped						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	27 / 27	21 / 21	22 / 22	15 / 15	21 / 21	22 / 22
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Ped						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre compuesto por los meses de Mayo, Junio y Julio del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo". El resultado reportado es de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 70 pautas del periodo. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2" de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Mayo, Junio y Julio del 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo" en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Medicina: Servicio Medicina, Unidad atención Progresiva del paciente y Pensionado Médico-Quirúrgico						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	33 / 33	32 / 32	40 / 40	32 / 32	32 / 32	32 / 32
% Cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Med						
Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el Trimestre compuesto por los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2015, a objeto de constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el Prestador y los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo". El resultado reportado es de 100%. Se selecciona una muestra aleatoria de 30 pautas de supervisión, del total de 96 pautas del periodo. Se revisan las siete primeras. Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador. Se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones técnicas para la constatación en terreno", contenidas en el oficio Circular IP N°2" de 19 de Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3 de 14 de enero de 2015.						
Mes /Año	Agosto, Septiembre y Octubre del 2015					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	7 / 7					
% Cumplimiento	100%					
Observaciones:						
Observaciones: Se solicitan los registros de las "Pautas de Supervisión Cumplimiento del Protocolo" en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, dado que en esta unidad, se elaboran los indicadores e informes; los que son enviados a los distintos servicios clínicos.						

CARACTERÍSTICA APK 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Kinesioterapia	UPC Adulto	UPC Ped	Pediatría	Medicina
Primer elemento medible	0	1	0	0	1
Segundo elemento medible		1	1	1	1

Tercer elemento medible		1	1	1	1
Umbral de la característica:≥75%	Puntaje total: 10/13		Porcentaje obtenido: 77%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APK 1.3 / HALLAZGOS

APK 1.3 – Primer elemento medible: Se describen en un documento elaborado por la Unidad de Kinesioterapia.

Unidad de Kinesioterapia					
Nombre del documento: "Prevención de eventos adversos relacionados con la Rehabilitación kinésica motora, en adultos hospitalizados HCRA"					
Código: PO-KTR-02	Versión:01	Fecha:13 Noviembre 2013	Fecha vigencia:3 años		N° páginas:16
Elaborado por: Wanda Bugueño T, Kinesiólogo Encargada Unidad KNT HCRA			Aprobado por: Pendiente aprobación		
Describe (Si/No)	1. Contraindicaciones para ejecución de procedimientos específicos	Si	2. Prevención de eventos adversos relacionados con la rehabilitación kinésica	Si	
Breve descripción del contenido del documento: El documento denominado "Prevención de eventos adversos relacionados con la Rehabilitación kinésica motora, en adultos hospitalizados. HCRA", describe en el punto 1 denominado "Objetivo", dos objetivos orientados a resguardar la seguridad de la atención en la aplicación y la prevencvión de eventos adversos en la rehabilitación kinésica motora y aplicación de fisioterapia. En el punto 5 denominado "Descripción del proceso", define quien realizará la evaluación y preparación del paciente. En el punto 6 denominado"Indicaciones y contraindicaciones de Procedimientos específicos", detalla listado de contraindicaciones en caso de Kinesiotertapia motora y Fisioterapia. En el punto 6.4 donominado "Prevención de quemadura como evento adverso", describe clasificación de los usurios con riesgo y las acciones a realizar para la prevención. En el punto 6.5 denominado "Prevención de riesgo der caída", describe con qué instrumento se evaluará el riesgo de caída y las acciones a realizar para la prevención de dicho evento adverso.					

APK 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Kinesioterapia	
Nombre del indicador	Porcentaje de cumplimiento de la aplicación del " Formulario de precauciones en Rehabilitación segura para la Kinesioterapia" en pacientes adultos hospitalizados
Fórmula matemática	N° de pacientes ingresados a Kinesioterapia motora a quienes se les aplicó " Formulario de precauciones en Rehabilitación segura para la Kinesioterapia x 100 N° Total de pacientes que se les realiza Kinesioterapia motora
Umbral de cumplimiento:75%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

APK 1.3 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Kinesioterapia
Observaciones: Prestador declara no realizar evaluación. Dado que no se cuenta con evaluación periódica no se realiza constatación.

CARACTERÍSTICA APK 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Kinesioterapia	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 0
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 2/3	Porcentaje obtenido: 66%		Cumple: Si

SERVICIOS DE APOYO – MEDICINA TRANSFUSIONAL (APTr)

CARACTERÍSTICA APTr 1.1 / HALLAZGOS

APTr 1.1 – Primer elemento medible: Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia
Comentarios: La Unidad de Medicina Transfusional cuenta con un certificado de fecha 3 de Noviembre firmado por el Ing. Juan Urrutia Reyes del Director del Hospital "Dr. Leonardo Guzmán" Antofagasta en el cual se certifica que no se han realizado compras de servicios de Medicina Transfusional en los últimos seis meses del año 2015. No aplica.

CARACTERÍSTICA APTr 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: N/A	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: N/A	Porcentaje obtenido: N/A	Cumple: N/A

CARACTERÍSTICA APTr 1.2 / HALLAZGOS

APTr 1.2 – Primer elemento medible: Se describen en documentos elaborados por la Unidad los siguientes procedimientos relacionados con el proceso de transfusión.

Unidad de Medicina Transfusional				
Nombre del documento: Instructivo determinación Grupo Sanguíneo ABO-Rh-D				
Código: UT-UMT-01	Versión: 03	Fecha: Noviembre 2013	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas:10
Elaborado por: Alejandra Vega, Tecnólogo Médico			Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre	
El (los)documento (s) describe (n) los siguientes procedimientos y responsables: (Si/No)				

1. Determinación de grupos A, B, 0 y Rh - D y detección de anticuerpos irregulares (todos aquellos con significación clínica)	Si	2. Eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión	Si								
3. Condiciones de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos	Si	4. Gestión del stock	Si	5. Estudios de compatibilidad donante / paciente	Si	6. Control A, B, 0 y Rh –D pre-transfusional	Si				
7. Administración de transfusiones	Si	8. Vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos	Si	9. Se han definido los responsables de su aplicación	Si						

Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es entregar instrucciones para realizar la clasificación sanguínea ABO y Rh haciendo uso de los métodos usados en la unidad. Incluye los responsables, definiciones, referencias, materiales, equipos, descripción de la tarea, informe de los resultados, control de calidad y anexos.
Las técnicas descritas son la determinación del grupo en tubo, en microplaca, en lámina que se utiliza para la reclasificación de los pacientes y para los donantes. Actualmente, se utiliza la determinación en tubo como respaldo ya que la técnica utilizada es inmunohematológica en sistema Biovue.
La eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión, las condiciones de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos, la gestión del stock, los estudios de compatibilidad donante / paciente, el control A, B, 0 y Rh –D pre-transfusional, la administración de transfusiones y la vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos, se encuentran en los siguientes documentos:

Nombre del documento N° 2: Eliminación de bolsas de Sangre no aptos para la Producción y Hemocomponentes no aptos para transfusión
Código: PO-CS-02
Versión:01
Fecha: Octubre 2013
Fecha vigencia:5 años
N° páginas:11
Elaborado por: Jorge Barra, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es estandarizar el procedimiento de eliminación de componentes sanguíneos que no cumplen con los requisitos durante el proceso de extracción, producción y/o administración. Incluye responsables, definiciones, referencias, materiales, descripción del proceso y anexos. Este procedimiento aplica a las características APTr 1.2 y APCs 1.2.
Las causas de eliminación las define como:
Hemocomponentes no aptos para la producción:
Glóbulos rojos: Hemolizados, circuito abierto, presencia de coágulos, volumen post fraccionamiento inferior o superior al establecido.
Plaquetas: Contaminadas con glóbulos rojos, torbellino escaso, circuito abierto, volumen post fraccionamiento inferior o superior al establecido como óptimo.
Plasma: Ictérico, lipémico, quilosos, coloración distinta a la aceptable, contaminados con glóbulos rojos, volumen post fraccionamiento inferior o superior al establecido como óptimo, con circuito abierto.
Hemocomponentes no aptos para la transfusión:
Glóbulos rojos: Matraz con circuito abierto por más de 24 horas, unidades vencidas, presencia de coágulos
Plaquetas: Matraz con torbellino plaquetario escaso, turbidez visible, unidades vencidas o sin agitación por más de 3 horas, circuito abierto.
Plasma: Matraces descongelados y mantenidos a 2°C – 6°C por más de 24 horas, matraz roto al descongelar.

Nombre del documento N° 3: Condiciones de almacenamiento de componentes sanguíneos
Código: IT-UMT-07
Versión: 00
Fecha: Noviembre 2013
Fecha vigencia: 4 años
N° páginas: 10
Elaborado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo de documento es establecer las condiciones de temperatura para el almacenamiento de la sangre total y componentes sanguíneos en la unidad. La vida útil de los hemocomponentes depende en parte de las temperaturas de almacenamiento establecidas internacionalmente. Incluye responsables, materiales y equipos y descripción de la tarea.
Describe el almacenamiento de:

- Sangre total obtenida en colectas y la enviada desde otros establecimientos.
- Glóbulos rojos y plaquetas con estudios serológicos pendientes, los listos para transfundir
- Plasma fresco congelado y crioprecipitados con estudios serológicos pendientes, con estudios serológicos realizados y no reactivos y el stock para uso diario
- Hemocomponentes con circuitos abiertos (Glóbulos rojos, plaquetas, plasma y crioprecipitados)

Nombre del documento N°4: Envío y recepción de Hemocomponentes y sangre para su procesamiento
Código: PO-UD-02
Versión: 04
Fecha: Octubre 2013
Fecha vigencia: 5 años
N° páginas: 15
Elaborado por: Jorge Barra, Tecnólogo Médico, Encargado de Calidad Banco de Sangre
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre

Breve descripción del contenido del documento: El procedimiento es transversal para APTr 1.2 y APDs 1.1.
El documento describe las condiciones de traslado controladas de sangre total y hemocomponentes a modo de recepcionar los productos sanguíneos aptos para ser procesados o transfundidos. Incluye responsables, definiciones, referencias, materiales y descripción del proceso.
Cada vez que se requiera transportar desde el Banco de Sangre del hospital hacia otros hospitales o viceversa, se debe utilizar un contenedor con unidades refrigerantes y el dispositivo de control de temperatura activado. Al recepcionar la sangre, el registro de temperatura se debe imprimir para dejar constancia que se ha cumplido con las temperaturas requeridas para el transporte de la sangre o hemocomponentes.

Nombre del documento N° 5: Gestión del stock de Hemocomponentes
Código:PO-UMT-05
Versión: 02
Fecha: Julio 2014
Fecha vigencia: 5 años
N° páginas: 11
Elaborado por: Ana María Cuellar, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo de este documento es garantizar una cantidad de hemocomponentes para satisfacer la demanda del establecimiento en su totalidad. Incluye responsables, definiciones, referencias, materiales y equipos, descripción del proceso anexos y documentos asociados.
El stock se estableció con los datos históricos del semestre anterior y con éste se establece la duración semanal. Diariamente, en el turno de noche se cuentan las unidades existentes y se consignan en documento RG-UMT-27-00 "Registro de stock diario de hemocomponentes" y se deja el documento adherido en el libro de entrega de turno.
Los Hospitales de Calama, Tal Tal y Tocopilla atienden dadores y las unidades extraídas son enviadas al Hospital de Antofagasta para ser analizadas y fraccionadas. El Banco de Sangre del Hospital de Antofagasta, los surte de sangre y hemocomponentes, mantiene un stock mínimo, el cual es definido por ellos. Esto se hace, de esta manera, para evitar obsolescencia o sobre stock en ellos.
El procedimiento incluye indicadores de obsolescencia de glóbulos rojos y plaquetas, demanda insatisfecha de glóbulos rojos y plaquetas.

Nombre del documento N°6 : Estudios de compatibilidad paciente/donante
Código: IT-UMT-05
Versión: 01
Fecha: Noviembre 2013
Fecha vigencia:4 años
N° páginas:11
Elaborado por: Pamela Nilo, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es entregar las instrucciones para realizar el estudio de compatibilidad donante/paciente cuando se soliciten glóbulos rojos para transfundir. Esta prueba permite investigar in vitro si en el plasma del paciente existen o no anticuerpos contra de los antígenos de los glóbulos rojos a transfundir. Incluye responsables, referencias, materiales y equipos, descripción del proceso, informe de resultados, control de calidad (con controles comerciales), anexos y documentos asociados.
Para la prueba de compatibilidad, se debe conocer el grupo sanguíneo del receptor, se selecciona la unidad a transfundir, se realiza el estudio de compatibilidad en los glóbulos rojos en microcolumnas o en tubo si no funciona sistema anterior y si esta es negativa, se anota el N° de cola de la unidad de glóbulos rojos y las iniciales del tecnólogo médico responsable, la fecha y hora de preparación de la transfusión.

Nombre del documento N°7: Control A, B, 0 y Rh –D pre-transfusional
Código: IT-UMT-08
Versión: 00
Fecha: Noviembre 2013
Fecha vigencia: 4 años
N° páginas: 5
Elaborado por: Cynthia Pérez, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es realizar un procedimiento seguro a los pacientes que requieran terapia transfusional. Incluye responsables, referencias, materiales y equipos, descripción del proceso, informe de resultados, control de calidad, anexos y documentos asociados.
Para el control pretransfusional se debe identificar al paciente de manera verbal, reclasificarlo en lámina y registrar la clasificación obtenida en la etiqueta del hemocomponente que se deja en la ficha del paciente anotando las iniciales del tecnólogo médico y los resultados obtenidos.

Nombre del documento N°8: Administración de transfusiones
Código:PO-UMT-02
Versión: 02
Fecha: Noviembre 2013
Fecha vigencia: 3 años
N° páginas:16
Elaborado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo es establecer condiciones seguras para el paciente receptor de una

transfusión. Incluye responsables, referencias, materiales y equipos, descripción del proceso, informe de resultados, control de calidad, anexos y documentos asociados.
Para instalar una transfusión, se debe identificar al paciente, reclasificar el grupo sanguíneo, preparar la vía venosa, realizar control de signos vitales, conexión del matraz y supervisar la velocidad de infusión. La vigilancia durante la administración de la transfusión de signos y síntomas de reacciones adversas y el manejo inmediato del personal ante una de ellas, es muy importante; es por eso, que solo puede realizarse si existe personal clínico que pueda monitorizar al paciente y auxiliarlo en caso de complicación.
Clasifica los efectos adversos como agudos (aparecen durante el acto transfusional o hasta las 24 horas) y retardados (aparecen más allá de las 24 horas después del inicio de la transfusión).

Complicaciones agudas:

- Reacción hemolítica aguda
- Reacción febril no hemolítica
- Reacción alérgica
- TRALI (Lesión Pulmonar Aguda producida por Transfusión)
- Aloinmunización con destrucción plaquetaria inmediata
- Contaminación bacteriana
- Sobrecarga circulatoria
- Reacciones hipotensivas

Complicaciones tardías:

- Reacción hemolítica retardada
- Aloinmunización frente a antígenos eritrocitarios, plaquetarios, leucocitarios o proteínas plasmáticas
- Púrpura postransfusional
- Enfermedad de injerto contra huésped postransfusional
- Inmunomodulación
- Transmisión de agentes infecciosos
- Hemosiderosis post transfusional

Adicionalmente, incluye malas prácticas en la administración de la transfusión y el indicador de cumplimiento de la supervisión de administración de hemocomponentes.

Nombre del documento N°9: Vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos
Código: PO-UMT-03
Versión:01
Fecha: Septiembre 2014
Fecha vigencia: 5 años
N° páginas: 13
Elaborado por: Pamela Milo, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es aplicar un sistema de vigilancia activa y prevención de las reacciones adversas en las transfusiones instaladas en el Hospital Regional de Antofagasta y en Diálisis externas. Este procedimiento se aplica a todos los pacientes que reciben transfusión. Incluye responsables, definiciones, clasificación de las reacciones adversas, referencias, descripción del proceso, anexos y el indicador.
La prevención y vigilancia en la unidad clínica es de responsabilidad de la enfermera de la unidad y la prevención y vigilancia en el Banco de Sangre es de responsabilidad del Tecnólogo Médico.
En anexo N°1 define las categorías y el enfoque de las reacciones adversas y en el anexo N° 2, define el indicador.

APTr 1.2 – Segundo elemento medible: Se han definido indicadores y umbrales de cumplimiento.

Unidad de Medicina Transfusional	
Nombre del indicador	% de reacciones adversas a la transfusión de glóbulos rojos por incompatibilidad ABO en unidades clínicas del Hospital Regional de Antofagasta
Fórmula matemática	(N° de reacciones transfusionales de glóbulos rojos por incompatibilidad ABO /N° total de transfusiones de glóbulos rojos realizadas en un mes) x 100
Umbral de cumplimiento: 0%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

APTr 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Medicina Transfusional						
Nombre documento	Vigilancia de reacciones adversas a medicina transfusional					
Responsable medición	TM Pamela Nilo Véliz					
Fuente primaria	Orden de transfusión, parte posterior "vigilancia de reacciones adversas" y registro de monitoreo					
Fuente secundaria	Libro de "Registro Administración terapia transfusional" RG-UMT-12-00. En observaciones, se coloca si hubo o no reacción adversa					
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 015					
Metodología de medición	Diariamente se revisan las solicitudes de transfusión y se registra en observaciones del "Libro de Administración terapia transfusional y en el REM 25 (Estadísticas enviadas al Ministerio de Salud). Mensualmente se realiza un consolidado que, también, se envía a IAAS (Infecciones Asociadas a Salud).					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Unidad de Medicina Transfusional						
Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Transfusiones de glóbulos rojos que No cumplen / N° Total de transfusiones Glóbulos	0 / 369	0 / 386	1 / 432	3 / 380	0 / 455	0 / 473

rojos						
% Cumplimiento	0%	0%	0,23%	0,79%	0%	0%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Medicina Transfusional

Describir constatación**:** Se selecciona aleatoriamente el mes de Junio 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros. Se solicita al encargado del Banco de Sangre la estadística de transfusiones de glóbulos rojos y las reacciones adversas del mismo mes. Se revisa el sistema informático SBS en archivo de transfusiones (drive) que contiene los siguientes datos: N° de unidad, origen, fecha de extracción, destino 1, componente sanguíneo, N° de lote de producción del componente, destino 2, estado (transfundido o eliminado), nombre del receptor, responsable estado, responsable instalación, eventos adversos, correlativo de transfusión, libro de registro (sin observaciones), formularios de solicitud, de transfusión, registro de despacho, registro de administración y registro de reacción adversa. Se filtran las transfusiones de glóbulos rojos y se constata que se realizó 386 transfusiones de glóbulos rojos.
Se elige aleatoriamente 30 transfusiones. Se solicita el libro "Registro Administración Terapia transfusional" RG-UMT-12-00 que cuenta con los campos de: fecha, nombre del paciente, correlativo de transfusión, servicio solicitante, N° de hemocomponentes solicitados y observaciones. Adicionalmente, el archivador con los "Formularios de solicitud de transfusión en pacientes adultos" para revisar por nombre, fecha y folio de transfusión la "vigilancia de eventos adversos" que queda consignada en la parte posterior del formulario.
Se revisan las 7 primeras solicitudes de transfusión en el libro "Registro Administración Terapia transfusional" y se observa que no hay observaciones. Posteriormente, se revisa la parte posterior de los "Formularios de solicitud de transfusión en pacientes adultos" en "Vigilancia de eventos adversos" se observa que el paciente no presentó reacción adversa.
Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador; se da por cumplido el hecho medible, de acuerdo a la metodología de la "Situación 1" de constatación en terreno, de las "Orientaciones Técnicas para la constatación en terreno" contenidas en el Oficio Circular IP N°2 de 19 Agosto de 2010, incluidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3, aprobada por Resolución Exenta IP N° 63, de 14 enero de 2015.

Mes /Año	Junio 2015					
N° Transfusiones de Glóbulos rojos que No cumplen / N° Total de transfusiones Glóbulos rojos	0 386					
% Cumplimiento	0%					

APTr 1.2 – Cuarto elemento medible: Se constata la existencia y vigencia de los siguientes registros.

Unidad de Medicina Transfusional

Se constatan los siguientes registros y su vigencia: (Si/No)

1. Calificación inmunohematológica	Si	Vigente	Si	2. Temperatura de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos	Si	Vigente	Si							
3. Eliminación de componentes sanguíneos	Si	Vigente	Si	4. Estudios de compatibilidad	Si	Vigente	Si	5. Unidades de componentes sanguíneos transfundidos	Si	Vigente	Si			

Observaciones: En la unidad de medicina transfusional cuentan con los siguientes registros:
1.- Calificación inmunohematológica: El documento utilizado es el Libro foliado "Serología de donantes" código RG-CS-06-00 que comienza el 17 de Diciembre del 2014 en la página N°2.
Incluye los siguientes datos:

- N° correlativo
- N° de donante
- Grupo ABO
- Du
- Fecha de proceso
- VIH
- HTLV I y II
- Virus Hepatitis B
- Virus Hepatitis C
- Treponema Pallidum
- Chagas
- TM responsable
- Fecha del resultado
- Resultados en duplicado de repetición
- TM responsable, fecha del examen

Adicionalmente, cuenta con columnas de etiquetado que incluyen glóbulos rojos, plaquetas, plasma, TM encargado de etiquetado y observaciones.
Este libro se llena con los datos entregados por los equipos de inmunohematología (Auto Vue Innova) con cartridge de columnas y para los resultados de serología los entregados por el equipo Davinci Quatro.
Todos estos datos se ingresan al sistema computacional del Banco de Sangre SBS.

2.- Temperatura de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos:
a) Temperatura de almacenamiento: Cada refrigerador, congelador y agitador de plaquetas cuenta con su registro de temperatura. Los datos de temperatura se toman todos los días, 3 veces. Se llena hoja de registros mensual de "Control de temperatura". Se guardan en archivador por equipo.
b) Control de temperatura de transporte: Se registra en sistema computacional Data Logger. Se grafica la temperatura por envío solo de las unidades recibidas. La frecuencia de envío de los hospitales de la red a Antofagasta depende de su manejo de stock.
Los gráficos se guardan junto con el consolidado del envío y la información del donante en carpeta N° 28 "Recepción de sangre

total de los hospitales de la red".
Para los envíos de hemocomponentes, el Banco de Sangre sólo puede registrar la temperatura del envío ya que los hospitales de la red no cuentan con el sistema computacional. En archivador N° 27 "Solicitudes y despachos de hemocomponentes a los hospitales de la red" se guarda el consolidado del envío y éste se registra en el sistema computacional SBS.

3.- Eliminación de hemocomponentes:
La eliminación de hemocomponentes se registra en libro "Registro diario de eliminación de hemoderivados", código RG-CS-02-01. El libro no es foliado, comienza el 21 de Abril del 2015 con el N° 1933, correlativo de eliminación del año en curso. La información se ingresa al sistema computacional SBS.

4.- Estudios de compatibilidad:
El estudio de compatibilidad queda registrado en la hoja de "Registro de despacho de transfusión", código RG-UMT-05-00. Se consigna la prueba cruzada, hora y fecha, N° de la cola del matraz, TM responsable de la prueba, hora y fecha de despacho y TM encargada del despacho.
La prueba de compatibilidad que registrada en el sistema computacional SBS.

5.- Unidades de componentes sanguíneos transfundidos:
Se utiliza el libro "Registro administración terapia transfusional", código RG-UMT-12-00 con fecha de inicio 1° de Enero 2015 con el N° 1 (folio anual) que cuenta con los siguientes campos: fecha, nombre del paciente, correlativo anual de transfusión, servicio solicitante, N° de hemocomponentes (cantidad, tipo y orden del hemocomponente) y observaciones.
Se ingresa al sistema computacional SBS.
Dado que se constata la existencia y vigencia de los registros señalados en los párrafos precedentes, se da por cumplido el elemento medible.

CARACTERÍSTICA APTr 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Unidad de Medicina Transfusional	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1	4° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 4/4	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si	

CARACTERÍSTICA APTr 1.3 / HALLAZGOS

APTr 1.3 – Primer elemento medible: Existe un sistema de registro establecido de los componentes sanguíneos que permita su trazabilidad o seguimiento inequívoco desde el donante que lo origina hasta el receptor del componente específico.

Unidad de Medicina Transfusional
Descripción del sistema de registro: El sistema establecido en la Unidad de Medicina Transfusional es el siguiente: todo donante queda registrado en el sistema informático SBS el cual asigna la etiqueta y el folio único, todas las transfusiones son ingresadas al sistema computacional y estos datos, son los que permiten realizar la trazabilidad de todo el proceso.

APTr 1.3– Segundo elemento medible: Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Unidad de Medicina Transfusional		
Nombre del documento: Sistema de Registro de Componentes Sanguíneos (Trazabilidad)		
Código: PO-UMT-06	Versión: 00	Fecha: Enero 2014
Elaborado por: Cynthia Pérez , Tecnólogo Médico	Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre	
Nombre del responsable: Cynthia Pérez L.	Profesión: Tecnólogo Médico	Cargo: Encargada Titular
Observaciones: La asignación de responsabilidad para evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos es de Cynthia Pérez Lucic, Tecnólogo Médico, Rut: 11.377.931-4, encargada Titular y de Jorge Barra Flores, Tecnólogo Médico, Rut: 16.133.469-3, encargado Subrogante, según consta en Resolución Exenta N° 2457 del 20 de Mayo 2011 extendida por el Dr. Edgardo Álvarez Núñez, Médico Cirujano, Director (S), Hospital Regional de Antofagasta. El objetivo del sistema de registros de componentes sanguíneos, en mantener un sistema de registro de toda unidad de sangre total o hemocomponente que ingrese y salga de la unidad de Banco de Sangre. El documento es transversal para, APTr 1.3, APDs 1.2, APCs 1.4. Designa responsables y funciones del Tecnólogo Médico de la unidad de donantes, del encargado del fraccionamiento, del encargado de la serología, de la unidad de medicina transfusional y de la supervisora de la unidad. Describe un sistema que permite el seguimiento de las unidades de sangre desde su obtención hasta su destino final (transfusión, eliminación o derivación). El procedimiento define que se realiza ejercicios trimestrales con 30 unidades elegidas de manera aleatoria.		

APTr 1.3– Tercer elemento medible: Se constata trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Unidad de Medicina Transfusional		
Metodología de constatación: Aleatoriamente se eligen 3 órdenes de transfusión. Se busca en "Libro de registro de administración terapia transfusional, código RG-UMT-12-00, el nombre del paciente y el hemocomponente solicitado. Posteriormente, se revisan las órdenes de transfusión ordenadas por correlativo y fecha y de ésta, se obtiene el N° de donante. Se revisa el sistema informático SBS por el N° de donante, la fecha de donación y la encuesta del donante.		
N°	Registro revisado	Cumple trazabilidad
1	Se constata la trazabilidad de la orden de transfusión N° 2670 registrada en el libro "Registro Administración Terapia Transfusional" RG-UMT-12-00 que corresponde a paciente del servicio de	Si

	Medicina mujeres que fue transfundido el día 24 de Junio 2015 con una unidad de glóbulos rojos grupo A(+). Se busca el formulario de "Solicitud de transfusión en pacientes adultos" y el "Registro de despacho de Transfusión" desde donde se obtiene el N° del donante. Se busca en el sistema informático SBS por el N° 15E000166 y se constata que pertenece a donante de colecta móvil, cuya donación fue el día 27 de Mayo 2015, exámenes realizados el día 28 de Mayo 2015. Grupo A(+) y serología negativa.	
2	Se constata la trazabilidad de la orden de transfusión N° 4003 registrada en el libro "Registro Administración Terapia Transfusional" RG-UMT-12-00 que corresponde a paciente del servicio TIM que fue transfundido el día 15 de Septiembre 2015 con dos unidades de plasma fresco. Se busca el formulario de "Solicitud de transfusión en pacientes adultos" y el "Registro de despacho de Transfusión" desde donde se obtiene el N° del donante. Se busca en el sistema informático SBS por el N° 15V001626 y se constata que pertenece a donante voluntario de colecta fija, cuya donación fue el día 31 de Julio 2015, exámenes realizados el mismo día. Grupo A (+) y serología negativa y el N° 15C001088 y se constata que pertenece a donante de reposición, cuya donación fue el día 10 de Agosto 2015, exámenes realizados el día 11 de Agosto 2015. Grupo A (+) y serología negativa.	Si
3	Se constata la trazabilidad de la orden de transfusión N° 2434 registrada en el libro "Registro Administración Terapia Transfusional" RG-UMT-12-00 que corresponde a paciente del servicio de Diálisis que fue transfundido el día 5 de Junio 2015 con una unidad de glóbulos rojos grupo O (+). Se busca el formulario de "Solicitud de transfusión en pacientes adultos" y el "Registro de despacho de Transfusión" desde donde se obtiene el N° del donante. Se busca en el sistema informático SBS por el N° 15L000645 y se constata que pertenece a donante de Calama, cuya donación fue el día 01 de Junio 2015, exámenes realizados el día 02 de Junio 2015. Grupo O (+) y serología negativa.	Si
Observaciones: Se da por cumplida la característica en base a los criterios definidos en el Oficio Circular N°5 del 6 de Mayo del 2013 respecto de "Orientaciones Técnicas para la Constatación de la trazabilidad de Biopsias y Componentes sanguíneos ", letra B contenidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3, aprobada por Resolución Exenta IP N° 63, de 14 enero de 2015.		

CARACTERÍSTICA APTr 1.3/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Unidad de Medicina Transfusional	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

SERVICIOS DE APOYO – ATENCIÓN DE DONANTES (APDs)

CARACTERÍSTICA APDs 1.1 / HALLAZGOS

APDs 1.1 – Primer elemento medible: Se describen en documentos elaborados por la Unidad los procedimientos de donación de sangre que abordan los siguientes aspectos.

Unidad de Atención de Donantes				
Nombre del documento: Procedimiento de Identificación y Codificación de Donantes				
Código: PO-UD-03	Versión: 03	Fecha: Agosto 2015	Fecha vigencia: 3 años	N° páginas: 11
Elaborado por: Jorge Barra, Tecnólogo Médico		Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre		
El (los)documento (s) describe (n) los procedimientos de donación y contemplan al menos: (Si/No)				
1. Identificación y codificación del donante	Si	2. Selección del donante	Si	
3. Obtención de consentimiento informado	Si	4. Extracción de sangre	Si	5. Transporte de bolsas de sangre Si
6. Manejo de eventos adversos asociado a la donación	Si	7. Se han definido los responsables de su aplicación	Si	

Breve descripción del contenido del documento: el objetivo del procedimiento es identificar y registrar a través de una codificación única los matraces de sangre y hemoderivados recibidos en el Banco de Sangre con el fin de obtener la trazabilidad del matraz desde el donante hasta el receptor o eliminación del matraz trazado.
La identificación del donante se realiza con números y letras.

- Los primeros números corresponden a los dos últimos dígitos del año (ejemplo:15)
- La letra, corresponde al tipo de donante (ejemplo: C)
- Los últimos números corresponden al N° de donación del año en curso (ejemplo: 005624)

Existen varios tipos de donantes:
C : donante de reposición
V : donante voluntario en Banco de Sangre
E : donante voluntario móvil o externo
L : donante de Calama
P : donante de Tocopilla
T : donante de Tal Tal
La información del donante se ingresa al sistema informático SBS y este automáticamente se asocia a la etiqueta preimpresa y genera un folio correlativo.

Observaciones: Se tiene a la vista versión anterior del documento código PO-UD-03 de 11 páginas, fecha de emisión Junio 2012 y vigencia de 3 años elaborado por Jorge Barra, Tecnólogo Médico encargado de calidad y aprobado por Dra. Natalia Valenzuela.

Nombre del documento N°2: Selección del Donante de Sangre

Código: PO-UD-04
Versión: 01
Fecha: Septiembre 2015
Fecha vigencia: 4 años
N° páginas:19
Elaborado por: Vanessa Astudillo, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: el documento define los responsables y sus funciones.
El Tecnólogo Médico es el responsable de la entrevista al donante, dar la consejería pre donación y de rechazar al donante que no cumpla con los requisitos establecidos.
El administrativo, es responsable de verificar en el sistema informático SBS que no tiene impedimento para donar.
El técnico paramédico, es el responsable de realizar el grupo sanguíneo en lámina y el examen físico.
El donante debe llenar la encuesta en la que se solicitan los datos demográficos y antecedentes médicos.
En el documento se incluyen las condiciones para donar sangre, las causas de rechazo y las áreas endémicas.

Observaciones: Se tiene a la vista versión anterior del documento, código PO-UD-04 de 54 páginas, fecha de emisión Octubre 2011 y vigencia de 1 año elaborado por Ana María Cuellar, Tecnólogo Médico y aprobado por Dra. Natalia Valenzuela.
Documento no cumple con la retrospectividad requerida, dado que fue elaborado en el mes de Septiembre de 2015.

Nombre del documento N° 3: Obtención del consentimiento informado
Código: IT-UD-06
Versión: 00
Fecha: Julio 2014
Fecha vigencia: 5 años
N° páginas: 4
Elaborado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo es entregar información respecto a los test realizados como tamizaje microbiológico a las unidades de sangre donadas, de manera que permita al donante decidir con conocimiento de causa y voluntariamente, realizarse o no estos exámenes.
El Tecnólogo Médico de atención de donantes, es el responsable de entregar la información al donante así como registrar el otorgamiento del consentimiento informado en la encuesta de donación y en el documento de consentimiento informado. Con la firma del documento, el donante certifica la información y que ha recibido la consejería.

Nombre del documento N°4:Extracción de Sangre
Código: IT-UD-04
Versión: 00
Fecha: Enero 2013
Fecha vigencia: 5 años
N° páginas: 12
Elaborado por: Alejandra Vega, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El documento entrega indicaciones para realizar una extracción de sangre que no dañe al donante y que procure resguardar la sangre extraída en condiciones que aseguren la calidad de los componentes a producir. La extracción de sangre debe realizarse en condiciones asépticas y de seguridad para el donante con el fin de evitar eventos adversos al receptor y al donante. Define los responsables del proceso y el procedimiento que incluye la recepción del donante, los exámenes pre extracción (peso, presión, pulso, temperatura, hemoglobina y grupo en lámina), la preparación del sitio de punción venosa, la limpieza del sitio de punción, la punción venosa y la extracción de sangre, la toma de muestras para serologías (tubos piloto), el manejo de la bolsa finalizada la extracción y las actividades post extracción.

Nombre del documento N° 5: Envío y recepción de Hemocomponentes y sangre para su procesamiento
Código: PO-UD-02
Versión: 04
Fecha: Octubre 2013
Fecha vigencia: 5 años
N° páginas: 15
Elaborado por: Jorge Barra, Tecnólogo Médico encargado de Calidad Banco de Sangre
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El procedimiento es transversal para APTr 1.2 y APDs 1.1.
El documento describe las condiciones de traslado controladas de sangre total y hemocomponentes a modo de recepcionar los productos sanguíneos aptos para ser procesados o transfundidos. Incluye responsables, definiciones, referencias, materiales y descripción del proceso.
Cada vez que se requiera transportar desde el Banco de Sangre del hospital hacia otros hospitales o viceversa, se debe utilizar un contenedor con unidades refrigerantes y el dispositivo de control de temperatura activado. Al recepcionar la sangre, el registro de temperatura se debe imprimir para dejar constancia que se ha cumplido con las temperaturas requeridas para el transporte de la sangre o hemocomponentes.
El Banco de Sangre recibe bolsas de sangre de los Hospitales de Calama, Tocopilla y Tal Tal.

Nombre del documento N°6: Manejo de eventos adversos asociados a la donación.
Código: PO-UD-06
Versión: 01
Fecha: Enero 2013

Fecha vigencia: 3 años
N° páginas: 14
Elaborado por: José Tello, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es dar las indicaciones para el diagnóstico y manejo oportuno de las reacciones adversas que puedan producirse en los donantes de sangre a fin de acelerar su recuperación.
Las reacciones adversas se categorizan como: síntomas locales y síntomas generalizados, las que están codificadas para su registro.
Reacciones locales:

- Hematomas
- Punción arterial
- Punción del nervio
- Tromboflebitis
- Sangrado tardía
- Alergia local
- Daño tendíneo

Reacciones generalizadas:

- Desmayos o síncopes (suspender la extracción)
- Nauseas o vómitos (suspender la extracción)
- Hiperventilación

El procedimiento incluye el indicador de porcentaje de reacciones adversas asociadas a la donación de sangre.

Todos los procedimientos cuentan con responsables de su aplicación.

Dado que el documento "Selección del Donante de Sangre", Código: PO-UD-04, Versión: 01, de fecha Septiembre 2015 no cumple con la retrospectividad requerida. Se da por no cumplido el elemento medible

APDs 1.1 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Atención de Donantes	
Nombre del indicador	Reacciones adversas asociadas a la donación de sangre
Fórmula matemática	(N° de reacciones adversas asociadas a la donación en un mes/ N° de donantes atendidos en Hospital Regional Antofagasta) x 100
Umbral de cumplimiento: 2%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

APDs 1.1 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Atención de Donantes	
Nombre documento	Medición Indicador de reacciones adversas a la donación de sangre
Responsable medición	Tecnólogo Médico Encargado de Calidad
Fuente primaria	Registros diario de flebotomía, código RG-UD-01-02 y la encuesta del donante (numerador)
Fuente secundaria	Libro de "Registro diario de flebotomía"
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Se cuentan diariamente las reacciones adversas del libro diario de flebotomía y se verifica con la encuesta del donante si hubo reacción adversa. Esta información, se ingresa a una planilla Excel indicando la causa y el código de la reacción adversa. Mensualmente, en forma manual se cuentan todos los donantes atendidos y esta información se coloca en el REM 25 (estadísticas para el Ministerio de Salud) y en el denominador del indicador.

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en Unidad de Atención de Donantes

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Reacciones adversas /	14	20	11	13	10	14
N° Total de donantes	464	608	653	551	553	661
% Cumplimiento	3%	3,2%	1,7%	2,4%	1,8%	2,1%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Atención de Donantes

Describir constatación: Se selecciona aleatoriamente el mes de Junio 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros. Se solicita al encargado del Banco de Sangre el libro de "Registro diario de Flebotomistas", código RG-UD-011-02 que cuenta con los campos de: fecha del registro, código de donación, grupo sanguíneo, tipo de bolsa, tiempo de extracción, presión arterial al inicio y al final, reacción adversa y tipo, tubos de muestra tomados, técnico paramédico responsable flebotomía, entrega de tubos de muestra, entrega de bolsas a fraccionamiento.
Adicionalmente, el registro de "Medición Indicador Reacciones Adversas a la donación de sangre, código RG-UD-21-00 junto con la planilla Excel con la información de los eventos adversos clasificados por tipo de donante (reposición, altruista, voluntario repetición y colecta móvil).
Se revisa el libro de registro diario y se constata que en el mes de Junio hubo 18 reacciones vasovagales inmediatas (14 dadores de reposición y 4 en dadores de colecta móvil). Se revisan las encuestas de donantes con reacción adversa.
Dado que no existe consistencia entre el resultado informado y los registros constatados; se da por no cumplido el hecho medible.

Mes /Año	Junio 2015					
N° Reacciones adversas /	18					
N° Total de donantes	608					
% Cumplimiento	2,96%					

CARACTERÍSTICA APDs 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Atención de Donantes	1° EM: 0	2° EM: 1	3° EM: 0
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total: 1/3	Porcentaje obtenido: 33%		Cumple: No

CARACTERÍSTICA APDs 1.2 / OBLIGATORIA / HALLAZGOS

APDs 1.2– Elemento medible: Existe un sistema de registro establecido de los componentes sanguíneos que permita su trazabilidad o seguimiento inequívoco desde el donante que lo origina hasta el receptor del componente específico.

Unidad de Atención de Donantes
Describir sistema de registro: El sistema establecido en la Unidad de Atención de Donantes es el siguiente: todo donante queda registrado en el sistema informático SBS el cual asigna la etiqueta y el folio único, todas las transfusiones son ingresadas al sistema computacional y estos datos son los que permiten realizar la trazabilidad de todo el proceso.

APDs 1.2 – Segundo elemento medible: Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Unidad de Atención de Donantes		
Nombre del Documento : Sistema de Registro de Componentes Sanguíneos (Trazabilidad)		
N° Resolución: PO-UMT-06	Versión: 00	Fecha: Enero 2014
Elaborado por: Cynthia Pérez, Tecnólogo Médico	Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre	
Nombre del responsable: Cynthia Pérez	Profesión: Tecnólogo Médico	Cargo: encargada Titular
Observaciones: La asignación de responsabilidad para evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos es de Cynthia Pérez Lucic, Tecnólogo Médico, Rut: 11.377.931-4, encargada Titular y de Jorge Barra Flores, Tecnólogo Médico, Rut: 16.133.469-3, encargado Subrogante, según consta en Resolución Exenta N° 2457 del 20 de Mayo 2011 extendida por el Dr. Edgardo Álvarez Núñez, Médico Cirujano, Director (S), Hospital Regional de Antofagasta. El objetivo del sistema de registros de componentes sanguíneos, en mantener un sistema de registros de toda unidad de sangre total o hemocomponente que ingrese y salga de la unidad de Banco de Sangre. El documento es transversal para, APTr 1.3, APDs 1.2, APCs 1.4. Designa responsables y funciones del Tecnólogo Médico de la unidad de donantes, del encargado del fraccionamiento, del encargado de la serología, de la unidad de medicina transfusional y de la supervisora de la unidad. Describe un sistema que permite el seguimiento de las unidades de sangre desde su obtención hasta su destino final (transfusión, eliminación o derivación). El procedimiento define que se realiza ejercicios trimestrales con 30 unidades elegidas de manera aleatoria.		

APDs 1.2 – Tercer elemento medible: Se constata trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Unidad de Atención de Donantes		
Metodología de constatación: Aleatoriamente, se eligen 3 donantes del semestre Mayo a Octubre 2015. En este semestre se atendió donantes desde el N° 2326 al 5831, número correlativo anual. Los números a trazar son: N° 2722 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15E000185 N° 2824 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15L000646 N° 5167 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15V002071 En el sistema informático SBS en opción detalle de la unidad, se ingresa el código de la unidad y de forma inmediata entrega los datos de su destino.		
N°	Registro revisado	Cumple trazabilidad
1	Se constata la trazabilidad del donante N° 2722 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15E000185. Donante masculino, cuya fecha de donación fue el 27 de Mayo 2015. La sangre total se fracciona en plasma fresco y glóbulos rojos. Grupo sanguíneo A (+) y serología negativa. El plasma fue transfundido a paciente masculino del servicio de Cirugía el día 1° de Junio, pruebas de compatibilidad negativas. Los glóbulos rojos fueron transfundidos a paciente masculino del servicio de Medicina el día 6 de Julio, pruebas de compatibilidad negativa.	Si
2	Se constata la trazabilidad del donante N° 2824 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15L000646. Donante masculino, cuya donación fue el 1° de Junio 2015. La sangre total se fracciona en glóbulos rojos leucoreducidos y plasma conservado. Grupo sanguíneo O (+) y serología negativa. Los glóbulos rojos leucoreducidos fueron derivados al Hospital de Tocopilla el día 8 de Junio con el correlativo de envío PD 019 2015 del "Consolidado de Envío y Recepción de Hemocomponentes" de fecha 8 de Junio 2015. Se transfunde a paciente femenina de la unidad de diálisis el día 9 de Junio. El plasma conservado, se elimina el día 2 de Junio por estar lipémico, según consta en "Registro diario de eliminación de Hemoderivados".	Si
3	Se constata la trazabilidad del donante N° 5167 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15V002071. Donante masculino, cuya donación fue el 1° de Octubre 2015. La sangre total se fracciona en glóbulos rojos, plasma y plaquetas. Grupo sanguíneo A (+) y serología negativa. Los glóbulos rojos fueron transfundidos a paciente masculino del servicio de Recuperación de Cirugía el día 22 de Octubre, pruebas de compatibilidad negativa. El plasma está congelado, guardado en freezer EQ-UMT-0202 en el cajón de plasmas grupo A. Las plaquetas se eliminaron el día 7 de octubre por obsolescencia, según consta en "Registro diario de eliminación de Hemoderivados".	SI

Observaciones: Se da por cumplida la característica en base a los criterios definidos en el Oficio Circular N°5 del 6 de Mayo del 2013 respecto de "Orientaciones Técnicas para la Constatación de la trazabilidad de Biopsias y Componentes sanguíneos ", letra B contenidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3, aprobada por Resolución Exenta IP N° 63, de 14 enero de 2015.

CARACTERÍSTICA APDs 1.2/ OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Unidad de Atención de Donantes	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

SERVICIOS DE APOYO – CENTRO DE SANGRE (APCs)

CARACTERÍSTICA APCs 1.1 / HALLAZGOS

APCs 1.1 – Primer elemento medible: Se constata que los productos recibidos provienen solamente de terceros acreditados.

Punto de verificación Dirección o Gerencia		
N°	Prestador	Autorización Sanitaria o Registro Acreditación
1	Clínica La Portada	N° Registro de Acreditación: N° 61
2	Clínica Antofagasta	N° Registro de Acreditación: N° 76
3	Hospital Militar del Norte del cirujano, Jefe del Ejército, Doctor José Manuel Ojeda Ojeda	N° Registro de Acreditación: N° 89
4	Hospital de Taltal	Resolución Exenta N° 6959 del 13 de Octubre 2015, firmada por MT. Lila Vergara Picón, Secretaria Regional Ministerial de Salud, Región Antofagasta. Copia fiel del original autentificada por Ministro de Fe, Hospital Regional Antofagasta de fecha 30 Noviembre 2015.
5	Hospital de Tocopilla	Resolución Exenta N° 2304 del 25 de Julio 2011, firmada por Dr. Marcos Madrigal Videla, Secretario Ministerial de Salud, Región Antofagasta. Copia fiel del original autentificada por Ministro de Fe, Hospital Regional Antofagasta de fecha 30 Noviembre 2015.
6	Hospital Carlos Cisternas, Calama	Resolución Exenta N° 1295 del 28 de Febrero 2014, firmada Ing. Pasme Seleme Herrera, Secretario Regional Ministerial de Salud (S), Región Antofagasta. Copia fiel del original autentificada por Ministro de Fe, Hospital Regional Antofagasta de fecha 30 Noviembre 2015.

CARACTERÍSTICA APCs 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° elemento medible: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 1/1	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APCs 1.2 / HALLAZGOS

APCs 1.2 – Primer elemento medible: En documentos elaborados por la Unidad se describe lo siguiente.

Centro de Sangre				
Nombre del documento: Procedimiento de Preparación de Hemoderivados				
Código: PO-CS-05	Versión: 00	Fecha: Noviembre 2015	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 16
Elaborado por: Ana María Cuellar, Tecnólogo Médico		Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre		
El (los)documento (s) describe (n) los siguientes procedimientos y responsables: (Si/No)				
1. Procedimiento de preparación de hemocomponentes.	Si	2. Procedimiento y criterios de eliminación de bolsas de sangre no aptas para la producción.	Si	
3. Procedimiento y criterios de eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión.	Si	4. Calificación microbiológica de las unidades de sangre donadas.	Si	
5. Calificación inmunohematológica de las unidades de sangre donadas.	Si	6. Procedimiento de liberación y etiquetado de unidades producidas.	Si	
7. Almacenamiento y gestión de stock	Si	8. Transporte de hemocomponentes	Si	9. Se han definido los Responsables de su aplicación	Si
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es definir los procedimientos para preparar los diferentes hemoderivados. En el Banco de Sangre se preparan los hemocomponentes dependiendo en el tipo de bolsa en que se realice la extracción: • Fraccionamiento de bolsa cuádruple Top Bottom. Poseen anticoagulante CPD-Optisol, reduce los daños de los componentes sanguíneos y la agregación plaquetaria; y se obtiene **Glóbulos Rojos, Plasma, Plaquetas o Crioprecipitado**. Extiende la conservación de los eritrocitos mediante concentraciones de nutrientes seleccionados con lo que mejora el control de los inventarios, extendiendo el almacenamiento de los Glóbulos Rojos a 42 días. • Fraccionamiento de bolsa triple Top Bottom. Poseen anticoagulante CPD-Optisol, reduce los daños de los componentes sanguíneos y se obtiene **Glóbulos Rojos, Plasma, Buffy Coat** (capa leuco-plaquetaria que se utiliza fundamentalmente				

para la producción de interferón natural y extracto dializable de leucocitos con fines terapéuticos). Extiende la conservación de los eritrocitos mediante concentraciones de nutrientes seleccionados con lo que mejora el control de los inventarios, extendiendo el almacenamiento de los Glóbulos Rojos a 42 días.

- Fraccionamiento de bolsa triple con conservante sanguíneo SAG-Manitol (solución salina, adenina, glucosa y manitol) para conservar los hematíes con obtención de **glóbulos rojos SAG-Manitol y plasma**
- Fraccionamiento de bolsa triple con conservante sanguíneo SAG-Manitol (solución salina, adenina, glucosa y manitol) con obtención de **glóbulos rojos SAG-Manitol, plaquetas normales y plasma**
- Fraccionamiento de bolsa triple con conservante sanguíneo SAG-Manitol (solución salina, adenina, glucosa y manitol) con obtención de **glóbulos rojos SAG-Manitol, crioprecipitado y plasma sin factor VIII**
- Fraccionamiento de bolsa cuádruple con filtro integrado
- Obtención de alícuotas de 100 ml para Recién Nacido

Observaciones: El documento corresponde a la primera versión. No hay una versión anterior.

Nombre del documento N°2: Procedimiento de eliminación de bolsas de sangre NO aptas para la producción y hemocomponentes NO aptos para la transfusión.
Código: PO-CS-02
Versión: 01
Fecha: Octubre 2013
Fecha vigencia: 5 años
N° páginas: 11
Elaborado por: Jorge Barra, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento:
El objetivo del documento es estandarizar el procedimiento de eliminación de componentes sanguíneos que no cumplen con los requisitos durante el proceso de extracción, producción y/o administración. Incluye responsables, definiciones, referencias, materiales, descripción del proceso y anexos. Este procedimiento aplica a las características APTr 1.2 y APCs 1.2.
Las causas de eliminación las define como:
Hemocomponentes no aptos para la producción:
Glóbulos rojos: Hemolizados, circuito abierto, presencia de coágulos, volumen post fraccionamiento inferior o superior al establecido.
Plaquetas: Contaminadas con glóbulos rojos, torbellino escaso, circuito abierto, volumen post fraccionamiento inferior o superior al establecido como óptimo.
Plasma: Ictérico, lipémico, quilosos, coloración distinta a la aceptable, contaminados con glóbulos rojos, volumen post fraccionamiento inferior o superior al establecido como óptimo, con circuito abierto.
Hemocomponentes no aptos para la transfusión:
Glóbulos rojos: Matraz con circuito abierto por más de 24 horas, unidades vencidas, presencia de coágulos
Plaquetas: Matraz con torbellino plaquetario escaso, turbidez visible, unidades vencidas o sin agitación por más de 3 horas, circuito abierto.
Plasma: Matraces descongelados y mantenidos a 2°C – 6°C por más de 24 horas, matraz roto al descongelar.

Nombre del documento N°3 : Procedimiento Tamizaje Microbiológico de Unidades de Sangre y Notificación al donante
Código: PO-CS-04
Versión: 00
Fecha: Mayo 2014
Fecha vigencia: 5 años
N° páginas:12
Elaborado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo es determinar la condición infecciosa de las unidades de sangre recolectadas en colecta fija y móvil, realizar su confirmación y posterior notificación al donante afectado. Este procedimiento debe aplicarse a toda unidad de sangre ingresada para su procesamiento y cada vez que alguna de ellas salga positiva para alguno de los agentes estudiados. Incluye los responsables del proceso y el procedimiento de los estudios serológicos (recepción y preparación de las muestras), el tamizaje microbiológico, envío de muestras con tamizaje positivo a confirmación, recepción de la confirmación del resultado positivo y la notificación al donante. Adicionalmente, incluye indicador de tiempo de respuesta de notificación serológica positiva confirmada.

Nombre del documento N°4 :Determinación de pruebas inmunohematológicas en sistema Biovue
Código: IT-UMT-09
Versión: 00
Fecha: Septiembre 2014
Fecha vigencia: 2 años
N° páginas:21
Elaborado por: Alejandra Vega, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es entregar instrucciones para utilizar de manera correcta el sistema Ortho Bio Vue cuya tecnología se basa en la separación por tamaño de los eritrocitos aglutinados mediante filtración a través de micropartículas de vidrio. Para la interpretación de los resultados se utiliza el sistema Ortho Scan el cual captura imágenes electrónicas de patrones de aglutinación de los cassettes.
Describe la utilización del equipo y las mantenciones diarias y semanales que se deben realizar. Las pruebas que se pueden realizar son: grupo sanguíneo en adulto, prueba de confirmación de grupo sanguíneo en adulto, grupo sanguíneo en recién nacido y determinación de anticuerpos irregulares, identificación y Coombs directo. Para cada prueba utiliza cassettes diferentes.

Informe de resultado: La aglutinación se expresa en cruces (4+,3+,2+,1+, y 0 que corresponde a negativo).
En este equipo se realiza control de calidad diariamente para confirmar la reactividad de los anticuerpos ABO, Rh y K, así como las células del grupo sérico y hematíes usados en la detección de anticuerpos.

Nombre del documento N° 5 :Procedimiento de Liberación y etiquetados de unidades producidas
Código: IT-CS-03
Versión: 00
Fecha: Noviembre 2015
Fecha vigencia:4 años
N° páginas:11
Elaborado por: Alejandro Vega, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo del documento es uniformar el etiquetado de los componentes sanguíneos producidos en el Banco de sangre. El sistema de etiquetado comprende los siguientes elementos:

- Etiqueta base es la aplicada por el fabricante de la bolsa de sangre. Lleva la información del contenido de la bolsa, N° de lote y marcas guías para la colocación de etiquetas sobrepegadas.
- Etiqueta de identificación de la donación es la que tiene código de barra del número alfanumérico de identificación de la donación. Se adhiere en la bolsa en el lugar de donación y es necesario para asegurar la trazabilidad de los componentes de la sangre.
- Etiqueta del grupo sanguíneo/componente es la que contiene la información del grupo sanguíneo y del componente en código de barra y por escrito. La información específica descrita es el nombre del componente, los atributos, clasificación microbiológica, volumen, fecha de extracción y fecha de vencimiento. Toda la información de la etiqueta está en el sistema informático SBS.

Define los responsables de la tarea, los materiales y equipos.
La liberación de las unidades producidas se produce sólo cuando se ha cumplido con el procedimiento de etiquetados completo.

Observaciones: No hay versión anterior del documento.

Nombre del documento N° 6: Condiciones de almacenamiento de componentes sanguíneos
Código: IT-UMT-07
Versión: 00
Fecha: Noviembre 2013
Fecha vigencia: 4 años
N° páginas: 10
Elaborado por: : Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Aprobado por: : Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo de documento es establecer las condiciones de temperatura para el almacenamiento de la sangre total y componentes sanguíneos en la unidad. La vida útil de los hemocomponentes depende en parte de las temperaturas de almacenamiento establecidas internacionalmente. Incluye responsables, materiales y equipos y descripción de la tarea. Este procedimiento es transversal para APTr 1.2 y APCs 1.2.
Describe el almacenamiento de:

- Sangre total obtenida en colectas y la enviada desde otros establecimientos.
- Glóbulos rojos y plaquetas con estudios serológicos pendientes, los listos para transfundir
- Plasma fresco congelado y crioprecipitados con estudios serológicos pendientes, con estudios serológicos realizados y no reactivos y el stock para uso diario
- Hemocomponentes con circuitos abiertos (Glóbulos rojos, plaquetas, plasma y crioprecipitados)

Nombre del documento N° 7: Gestión del stock de Hemocomponentes
Código:PO-UMT-05
Versión: 02
Fecha: Julio 2014
Fecha vigencia: 5 años
N° páginas: 11
Elaborado por: Ana María Cuellar, Tecnólogo Médico
Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre
Breve descripción del contenido del documento: El objetivo de este documento es garantizar una cantidad de hemocomponentes para satisfacer la demanda del establecimiento en su totalidad. Incluye responsables, definiciones, referencias, materiales y equipos, descripción del proceso anexos y documentos asociados.
El stock se estableció con los datos históricos del semestre anterior y con éste se establece la duración semanal. Diariamente en el turno de noche se cuentan las unidades existentes y se consignan en documento RG-UMT-27-00 "Registro de stock diario de hemocomponentes" y se deja el documento adherido en el libro de entrega de turno.
Los Hospitales de Calama, Tal Tal y Tocopilla atienden dadores y las unidades extraídas son enviadas al Hospital de Antofagasta para ser analizadas y fracccionadas. El Banco de Sangre del hospital de Antofagasta, los surte de sangre y hemocomponentes, les mantiene un stock mínimo el cual es definido por ellos. Esto, se hace de manera para evitar obsolescencia o sobre stock en ellos. Este procedimiento incluye indicadores de obsolescencia de glóbulos rojos y plaquetas, demanda insatisfecha de glóbulos rojos y plaquetas. Este procedimiento es transversal para APTr 1.2 y APCs 1.2.

Nombre del documento N°8: Envío y recepción de Hemocomponentes y sangre para su procesamiento
Código: PO-UD-02
Versión: 04
Fecha: Octubre 2013
Fecha vigencia: 5 años

N° páginas: 15 Elaborado por: Jorge Barra, Tecnólogo Médico encargado de Calidad Banco de Sangre Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre Breve descripción del contenido del documento: El procedimiento es transversal para APTr 1.2 y APDs 1.1. El documento describe las condiciones de traslado controladas de sangre total y hemocomponentes a modo de recepcionar los productos sanguíneos aptos para ser procesados o transfundidos. Incluye responsables, definiciones, referencias, materiales y descripción del proceso. Cada vez que se requiera transportar desde el Banco de Sangre del Hospital hacia otros hospitales o viceversa, se debe utilizar un contenedor con unidades refrigerantes y el dispositivo de control de temperatura activado. Al recepcionar la sangre, el registro de temperatura se debe imprimir para dejar constancia que se ha cumplido con las temperaturas requeridas para el transporte de la sangre o hemocomponentes. Este procedimiento es transversal para APTr 1.2, APDs 1.1 y APCs 1.2. Todos los procedimientos definen responsables de su aplicación.
Observaciones: Dado que los documentos que consignan el Procedimiento de preparación de hemocomponentes y el Procedimiento de liberación y etiquetado de unidades producidas, fueron elaborados en el mes de noviembre 2015, no tienen validez. Se da por no cumplido el elemento medible.

APCs 1.2 – Segundo elemento medible: Se han definido indicador y umbral de cumplimiento.

Centro de Sangre	
Nombre del indicador	Indicador de cumplimiento condiciones de traslado de hemocomponente sangre total desde el Banco de Sangre Hospital Regional de Antofagasta a hospitales de la Red
Fórmula matemática	(N° de unidades transportadas adecuadamente desde el Banco de Sangre Hospital Regional de Antofagasta a los hospitales de la Red / N° total de unidades transportadas desde el Banco de Sangre Hospital Regional de Antofagasta a hospitales de la Red) x 100
Umbral de cumplimiento: 95%	Periodicidad de la evaluación: Mensual

APCs 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Centro de Sangre	
Nombre documento	Medición indicador transporte
Responsable medición	TM Pamela Nilo Veliz
Fuente primaria	Consolidado de envío y recepción de sangre para fraccionamiento y análisis, código RG-UD-02-01
Fuente secundaria	N/A
Periodo evaluado	Mayo a Octubre 2015
Metodología de medición	Finalizado el mes, se reúnen y revisan todos los consolidados de envío separándolos por diferentes unidades de medicina transfusional (UMT de Calama, Tocopilla y Tal Tal). Cada UTM tiene su correlativo de envío, letras, tres números y el año en curso. (Ejemplo: envío de Calama LE1662015). El consolidado cuenta con los siguientes datos: • Correlativo de envío • Lugar de origen • Fecha del envío • Hora del envío • Responsable del envío y llenar las cuatro columnas de envío con la fecha de donación, N° de donación (etiqueta), N° de bolsa (corresponde al N° de la cola) y grupo sanguíneo. Todos los campos deben venir completos. Al llegar al Banco de Sangre del Hospital Regional de Antofagasta, se anotan los siguientes datos: • Fecha de recepción • Hora de recepción • Temperatura que se obtiene imprimiendo la gráfica de temperatura del Data logger. • Llena las columnas de recepción indicando si está correcto o no el envío. Las columnas a llenar son: • Integridad de la bolsa • Concordancia con datos de envío (enfrentar el consolidado con el registro de datos del donante y la bolsa) • Tubos piloto (1 lila de 4 ml y 1 rojo o amarillo de 4 ml, rotulados) • Responsable de recepción (iniciales con dos apellidos)

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Centro de Sangre

Mes /Año	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015
N° Unidades que cumplen transporte /	94	110	165	153	104	117
N° Total Unidades transportadas	108	125	197	157	106	118
% Cumplimiento	87,04%	88%	83,76%	97,45%	98,11%	99,15%

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Centro de Sangre

Describir constatación**:** Se selecciona aleatoriamente el mes de Octubre 2015 para constatar la consistencia entre el resultado del indicador presentado por el prestador y los registros. Se solicita al encargado del Banco de Sangre el consolidado de registros de envío y recepción de sangre para fraccionamiento y análisis de la Unidad de Medicina transfusional de Calama y se cuenta en forma manual el total de unidades recepcionadas en el mes.
Se revisan los documentos y se constata que el día 10 de Octubre hay una unidad (N°15L001265), N° de bolsa H1112259 (cola), grupo 0 (+) con integridad de la bolsa y tubos piloto correctos pero con concordancia de datos de envío negativa, ya que no concuerda la fecha de envío en la bolsa. Adicionalmente, se cuentan las unidades enviadas y se constata que son 118.
Dado que existe consistencia entre el criterio definido en el numerador y el resultado del indicador informado por el Prestador; se

da por cumplido el hecho medible.						
Mes /Año	Octubre 2015					
N° Unidades que cumplen transporte / N° Total Unidades transportadas	117 / 118					
% Cumplimiento	99,15%					

CARACTERÍSTICA APCs 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Centro de Sangre	1° EM: 0	2° EM: 1	3° EM: 1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 2/3	Porcentaje obtenido: 66%		Cumple: No

CARACTERÍSTICA APCs 1.3 / HALLAZGOS

APCs 1.3 – Primer Elemento medible: Existen registros de participación en Programas de Evaluación Externa de la Calidad en las prestaciones correspondientes.* (* Calificación microbiológica).

Centro de Sangre
Registros de participación en PEEC para calificación microbiológica: Se constata que el Banco de Sangre participa en el programa de Control de Calidad externo del Instituto de Salud Pública (PEEC) para el año 2015.
Observaciones: Área Técnica y subprogramas: Hematología e Inmunohematología: • Clasificación ABO, Rh-D • Detección y/o identificación anticuerpos irregulares • Pruebas Cruzadas
Parasitología: Serología de Chagas
Bacteriología: Serología de Sífilis
Virología: • Serología de VIH • Serología Hepatitis B • Serología hepatitis C • Virus HTLV I y II

APCs 1.3 – Segundo Elemento medible: Se documenta análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo.

Centro de Sangre		
Programa que detecta incumplimiento: Hematología e Inmunohematología	N° de Informe PEEC: 17	Fecha informe: 23 Octubre 2015
Resultado insatisfactorio: Pruebas cruzadas		Fecha medición: 9 Septiembre 2015
Análisis de informe de resultado insatisfactorio: La muestra IH 0915-P2 al momento de realizar las pruebas cruzadas mediante la técnica de aglutinación en columna entrega un resultado dudoso (+/-). Se repite nuevamente y sigue entregando resultado dudoso, siendo el resultado esperado "negativo".		
Fecha análisis: 23 Octubre 2015	Responsable del análisis: Jorge Barra Flores, Tecnólogo Médico encargado de Calidad	
Medidas de mejora: Se solicita a las personas encargadas de la realización del PEEC en caso de dar resultados indeterminados optar por otra técnica para finalizar los estudios. En este caso específico si la técnica en columnas no otorga resultado claro, realizar determinación en tubo.		Fecha medidas: 30 Octubre 2015

CARACTERÍSTICA APCs 1.3/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Centro de Sangre	1° EM: 1	2° EM: 1	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 2/2	Porcentaje obtenido: 100%		Cumple: Si

CARACTERÍSTICA APCs 1.4 / HALLAZGOS

APCs 1.4 – Primer elemento medible: Existe un sistema de registro establecido de los componentes sanguíneos que permita su trazabilidad o seguimiento inequívoco desde el donante que lo origina hasta el receptor del componente específico.

Centro de Sangre
Describir sistema de registro: El sistema establecido en la Unidad de Centro de Sangre es el siguiente: todo donante queda registrado en el sistema informático SBS el cual asigna la etiqueta y el folio único, todas las transfusiones son ingresadas al sistema computacional y estos datos son los que permiten realizar la trazabilidad de todo el proceso.

APCs 1.4 – Segundo elemento medible: Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Centro de Sangre		
Nombre del Documento: Sistema de Registro de Componentes Sanguíneos (Trazabilidad)		
Código: PO-UMT-06	Versión: 00	Fecha: Enero 2014
Elaborado por: Cynthia Pérez, Tecnólogo Médico	Aprobado por: Natalia Valenzuela, Médico Jefe Banco de Sangre	
Nombre del responsable: Cynthia Pérez	Profesión: Tecnólogo Médico	Cargo: encargada Titular
Observaciones: La asignación de responsabilidad para evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos es de Cynthia Pérez Lucic, Tecnólogo Médico, Rut: 11.377.931-4, encargada Titular y de Jorge Barra Flores, Tecnólogo Médico, Rut: 16.133.469-3, encargado Subrogante, según consta en Resolución Exenta N° 2457 del 20 de Mayo 2011 extendida por el Dr. Edgardo Álvarez Núñez, Médico Cirujano, Director (S), Hospital Regional de Antofagasta. El objetivo del sistema de registros de componentes sanguíneos, en mantener un sistema de registro de toda unidad de sangre total o hemocomponente que ingrese y salga de la unidad de Banco de Sangre. El documento es transversal para, APTr 1.3, APDs 1.2, APCs 1.4. Designa responsables y funciones del Tecnólogo Médico de la unidad de donantes, del encargado del fraccionamiento, del encargado de la serología, de la unidad de medicina transfusional y de la supervisora de la unidad. Describe un sistema que permite el seguimiento de las unidades de sangre desde su obtención hasta su destino final (transfusión, eliminación o derivación). El procedimiento define que se realiza ejercicios trimestrales con 30 unidades elegidas de manera aleatoria.		

APCs 1.4 – Tercer elemento medible: Se constata trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Centro de Sangre		
Metodología de constatación: Aleatoriamente se eligen 3 donantes del semestre Mayo a Octubre 2015. En este semestre se atendió donantes desde el N° 2326 al 5831, número correlativo anual. Los números a trazar son: N° 3620 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15L000821 N° 4825 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15V001901 N° 5585 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15L001303 Se revisa el registro anual de ingreso de unidades de sangre y hemocomponentes desde donde se obtiene el N° de donación. Con el N° de donación se revisa el sistema informático SBS en opción detalle de la unidad, se ingresa el código de la unidad y de forma inmediata entrega los datos de su destino.		
N°	Registro revisado	Cumple trazabilidad
1	Se constata la trazabilidad del donante N° 3620 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15L000821. Donante masculino, cuya fecha de donación fue el 9 de Julio 2015. La sangre total se fracciona en glóbulos rojos y plasma conservado. Grupo sanguíneo 0 (+) y serología negativa. Los glóbulos rojos se despachan a la unidad de medicina transfusional (UMT) de Calama el día 17 de Julio 2015 con el código de envío LD1022015. En Calama fue transfundido a paciente femenina el día 25 de Julio. El plasma conservado, se elimina el día 10 de Julio por estar ictérico, según consta en "Registro diario de eliminación de Hemoderivados".	Si
2	Se constata la trazabilidad del donante N° 4825 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15V001901. Donante masculino, cuya fecha de donación fue el 11 de Septiembre 2015. Donante de punción difícil y sin flujo sanguíneo. La unidad fue eliminada según consta en "Registro diario de Eliminación de Hemoderivados, correlativo anual de eliminación N°3503 de fecha 11 de Septiembre 2015 que aparece como causa de eliminación, donación frustra.	Si
3	Se constata la trazabilidad del donante N° 5585 que corresponde al N° de donación, etiqueta 15L001303. Donante masculino, cuya fecha de donación fue el 20 de Octubre 2015 en la Unidad de Medicina Transfusional (UMT) de Calama. La sangre total se fracciona en glóbulos rojos SAG-Manitol y plasma conservado. Grupo sanguíneo B (+) y serología negativa. Los glóbulos rojos se transfunden en Hospital de Antofagasta el día 22 de Noviembre 2015 a paciente femenina con la orden de transfusión 5135 del libro de "Transfusiones" y la hoja de registro de administración de transfusión. El plasma conservado, se elimina el día 21 de Octubre por estar contaminado con glóbulos rojos, según consta en "Registro diario de eliminación de Hemoderivados".	Si
Observaciones: Se da por cumplida la característica en base a los criterios definidos en el Oficio Circular N°5 del 6 de Mayo del 2013 respecto de "Orientaciones Técnicas para la Constatación de la trazabilidad de Biopsias y Componentes sanguíneos ", letra B contenidas en el Compendio de Circulares Interpretativas Versión N°3, aprobada por Resolución Exenta IP N° 63, de 14 enero de 2015.		

CARACTERÍSTICA APCs 1.4 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Centro de Sangre	1° EM: 1	2° EM: 1	3° EM:1
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 3/3	Porcentaje obtenido: 100%	Cumple: Si	

CONCLUSIONES

El Prestador Institucional Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta, de acuerdo a su tipo y nivel de complejidad, fue evaluado con el "Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada". De las 106 características contenidas en el estándar correspondiente, al Prestador le aplicaron 95 características, 30 obligatorias y 65 no obligatorias.

CARACTERÍSTICAS OBLIGATORIAS			
Código	**% umbral exigido**	**% cumplimiento**	**Estado**
DP 2.1	≥ 80%	100%	Cumple
CAL 1.1	100%	100%	Cumple
CAL 1.2	≥ 80%	100%	Cumple
GCL 1.1	≥ 75%	100%	Cumple
GCL 1.5	≥ 75%	88%	Cumple
GCL 1.7	≥ 75%	87%	Cumple
GCL 1.11	≥ 75%	80%	Cumple
GCL 1.12	≥ 90%	100%	Cumple
GCL 2.1	≥ 75%	100%	Cumple
GCL 2.2	≥ 75%	96%	Cumple
GCL 3.2	100%	100%	Cumple
GCL 3.3	≥ 75%	88%	Cumple
AOC 1.1	≥ 75%	100%	Cumple
AOC 1.2	≥ 66%	66%	Cumple
AOC 1.3	≥ 75%	100%	Cumple
RH 1.1	≥ 75%	100%	Cumple
RH 1.2	≥ 90%	100%	Cumple
REG 1.1	100%	100%	Cumple
EQ 2.1	100%	100%	Cumple
INS 1.1	≥ 80%	80%	Cumple
APL 1.4	100%	100%	Cumple
APL 1.5	100%	100%	Cumple
APF 1.3	≥ 75%	100%	Cumple
APE 1.2	100%	100%	Cumple
APE 1.3	≥ 66%	100%	Cumple
APD 1.2	≥ 66%	100%	Cumple
APA 1.2	≥ 66%	100%	Cumple
APQ 1.3	100%	100%	Cumple
API 1.2	≥ 66%	66%	Cumple
APDs 1.2	100%	100%	Cumple

CARACTERÍSTICAS NO OBLIGATORIAS			
Código	**% umbral exigido**	**% cumplimiento**	**Estado**
DP 1.1	≥ 80%	100%	Cumple
DP 1.2	100%	100%	Cumple
DP 1.3	≥ 66%	100%	Cumple
DP 3.1	≥ 66%	66%	Cumple
DP 4.1	100%	100%	Cumple
DP 4.2	≥ 75%	88%	Cumple
DP 5.1	≥ 75%	100%	Cumple
GCL 1.2	≥ 75%	93%	Cumple
GCL 1.3	≥ 50%	0%	No cumple
GCL 1.4	≥ 75%	100%	Cumple
GCL 1.6	≥ 66%	100%	Cumple
GCL 1.8	100%	100%	Cumple
GCL 1.9	≥ 75%	94%	Cumple
GCL 1.10	≥ 75%	0%	No cumple
GCL 1.13	≥ 66%	100%	Cumple
GCL 2.3	≥ 75%	100%	Cumple
GCL 3.1	100%	100%	Cumple
AOC 2.1	100%	100%	Cumple
AOC 2.2	≥ 75%	46%	No cumple
RH 1.3	≥ 50%	100%	Cumple

CARACTERÍSTICAS NO OBLIGATORIAS			
Código	**% umbral exigido**	**% cumplimiento**	**Estado**
RH 2.1	100%	50%	No cumple
RH 2.2	≥ 75%	92%	Cumple
RH 3.1	≥ 50%	6%	No cumple
RH 4.1	≥ 75%	77%	Cumple
RH 4.2	≥ 75%	100%	Cumple
RH 4.3	≥ 66%	100%	Cumple
REG 1.2	≥ 75%	100%	Cumple
REG 1.3	≥ 50%	0%	No cumple
REG 1.4	≥ 66%	100%	Cumple
EQ 1.1	100%	100%	Cumple
EQ 1.2	≥ 50%	100%	Cumple
EQ 2.2	≥ 50%	0%	No cumple
EQ 3.1	100%	0%	No cumple
INS 2.1	≥ 75%	100%	Cumple
INS 2.2	≥ 75%	100%	Cumple
INS 3.1	100%	66%	No cumple
INS 3.2	≥ 75%	75%	Cumple
APL 1.1	100%	100%	Cumple
APL 1.2	≥ 75%	91%	Cumple
APL 1.3	≥ 75%	83%	Cumple
APF 1.1	100%	N/A	N/A
APF 1.2	≥ 50%	100%	Cumple
APF 1.4	≥ 66%	100%	Cumple
APF 1.5	≥ 50%	100%	Cumple
APF 1.6	100%	100%	Cumple
APF 1.7	100%	100%	Cumple
APE 1.1	100%	100%	Cumple
APE 1.4	≥ 75%	89%	Cumple
APE 1.5	≥ 66%	100%	Cumple
APT 1.1	100%	N/A	N/A
APT 1.2	100%	N/A	N/A
APD 1.1	100%	N/A	N/A
APD 1.3	≥ 66%	100%	Cumple
APD 1.4	≥ 66%	100%	Cumple
APR 1.1	100%	N/A	N/A
APR 1.2	100%	N/A	N/A
APR 1.3	≥ 66%	N/A	N/A
APR 1.4	≥ 75%	N/A	N/A
APA 1.1	100%	100%	Cumple
APA 1.3	100%	100%	Cumple
APA 1.4	100%	100%	Cumple
APQ 1.1	100%	N/A	N/A
APQ 1.2	100%	66%	No cumple
API 1.1	100%	100%	Cumple
API 1.3	≥ 66%	100%	Cumple
APK 1.1	100%	N/A	N/A
APK 1.2	≥ 75%	77%	Cumple
APK 1.3	≥ 66%	66%	Cumple
APTr 1.1	100%	N/A	N/A
APTr 1.2	100%	100%	Cumple
APTr 1.3	100%	100%	Cumple
APDs 1.1	≥ 66%	33%	No Cumple
APCs 1.1	100%	100%	Cumple
APCs 1.2	100%	66%	No cumple
APCs 1.3	100%	100%	Cumple
APCs 1.4	100%	100%	Cumple

Resumen de cumplimiento de las características

N° total de características obligatorias del estándar	30
N° de características obligatorias aplicables al prestador	30
N° de características obligatorias cumplidas	30
% de cumplimiento de características obligatorias	100%

N° total de características del estándar	106
N° total de características aplicables al prestador	95
N° total de características cumplidas	83
% de cumplimiento de las características totales	87,3%

Presentados los antecedentes de la evaluación del Prestador Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta, de acuerdo a los hallazgos, consideraciones y fundamentos expuestos y los resultados obtenidos, detallados en el presente informe, en concordancia con las reglas de decisión que se encuentran en las normas reglamentarias vigentes, dicho Prestador cumple con el 100% de las características obligatorias que le aplican y con el 87,3% de la características globales que le aplican.

Por lo anterior, y considerando que para acreditar, la exigencia mínima del "Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada" (Aprobado mediante Decreto Exento N°18 del Ministerio de Salud), determinada para el primer proceso de acreditación, es el cumplimiento del 100% de las características obligatorias aplicables y el cumplimiento del 50% de las características totales que le fueron aplicables al Prestador, la Entidad Acreditadora Ausus Sum Management Consultores Ltda., en virtud de las facultades que la ley le otorga, determina que el Prestador Institucional Hospital Regional Antofagasta, se da por **ACREDITADO** por un plazo de 3 años, a contar de la fecha de emisión de la Resolución Exenta de la Intendencia de Prestadores.

COMENTARIOS:

OBSERVACIONES:

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL ENTIDAD ACREDITADORA: