

**INFORME TÉCNICO
ANÁLISIS DE RESULTADOS DE FISCALIZACIÓN Y
VERIFICA CUMPLIMIENTO**

**“PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE
LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN
EN SALUD (IAAS)”**



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

Elabora	Revisa	Aprueba
Katty Alfaro Silva Rodrigo Aliaga Belemmi	Jeannette González Moreira	Carmen Monsalve Benavides
Analistas Subdepto. Fiscalización	Jefa Subdepto. Fiscalización	Intendenta de Prestadores
NOVIEMBRE 2020		

INDICE

	Página
1. Introducción	3
2. Objetivo del informe	3
3. Abreviaturas utilizadas	3
4. Antecedentes	4
5. Procedimiento de fiscalización del Programa de Control de Infecciones	5
5.1 Objetivo de la fiscalización	5
5.2 Alcance de la fiscalización	5
5.3 Metodología de la fiscalización	6
5.4 Criterios de cumplimientos	7
6. Resultados de la fiscalización	9
6.1 Evaluación de la estructura general del PCI	9
6.2 Evaluación directrices técnicas	11
6.3 Evaluación de los indicadores de infecciones	15
6.4 Evaluación de la capacitación en IAAS	17
6.5 Evaluación del manejo de brotes en IAAS	19
7. Procedimiento de fiscalización del verifica cumplimiento	20
7.1 Alcance de la fiscalización	20
7.2 Metodología de la fiscalización	21
7.3 Criterios de cumplimiento	22
8. Resultados del verifica cumplimiento	24
8.1 Evaluación del contenido de los reportes de infecciones	24
8.2 Evaluación de la evidencia de la fuente primaria	25
8.3 Evaluación del contenido mínimo de capacitación del equipo técnico	25
8.4 Evaluación del contenido mínimo de capacitación de los supervisores	26
8.5 Evaluación de la notificación de brotes en IAAS	27
9. Resultados comparativos PCI y VCIAAS	28
9.1 Evaluación del contenido de los reportes de infecciones	28
9.2 Evaluación de la evidencia de la fuente primaria	28
9.3 Evaluación del contenido mínimo de capacitación del equipo técnico	29
9.4 Evaluación del contenido mínimo de capacitación de los supervisores	29
9.5 Evaluación de la notificación de brotes en IAAS	30
10. Resumen general de la fiscalización del PCI y VCIAAS	30
11. Resumen final	32

1. INTRODUCCIÓN

Con fecha 01 de octubre del 2012, entró en vigencia la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. La Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Prestadores (IP) es quién fiscaliza su debido cumplimiento.

Actualmente existe el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad, que centraliza todas las fiscalizaciones que son de competencia de la Intendencia de Prestadores de Salud, desde la entrada en vigencia de la ley y que se han incorporado al programa de fiscalización anual.

La fiscalización por parte de la Intendencia en materia de la Ley N°20.584, tiene una mirada preventiva y correctiva, por tanto, una vez ejecutada la fiscalización regular, se genera una resolución que informa a los prestadores institucionales de los resultados y les instruye las correcciones que deben implementar, en un plazo determinado por esta autoridad, pero que reglamentariamente no puede exceder los 2 meses. Posteriormente, la constatación del cumplimiento de las instrucciones impartidas por este organismo de control, puede ser sujeto de una nueva fiscalización destinada a verificar su cumplimiento. Si no existe cumplimiento de las instrucciones, se realiza el levantamiento de cargos correspondiente dando inicio al proceso sumarial, el que puede derivar en un proceso sancionatorio.

El año 2018, se determinó como uno de los objetivos centrales del programa, la fiscalización a prestadores institucionales de atención cerrada de alta complejidad públicos y privados en materia de la Norma de Seguridad N°9 del "Programas de prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)", incluida en la Resolución Exenta N°1.031, de 2012, del MINSAL, la que para efectos de esta Norma indica "(Aprobada previamente mediante decreto exento N°350, de 2011, del Ministerio de Salud)", el que finalmente, aprobó la Norma Técnica N°124, de 2011, relativa al PCIAAS, la que finalizó con la notificación de resultados enviados a los prestadores fiscalizados, en el mes de febrero del año 2019.

A contar del mes de mayo de 2020, se inicia la actividad dirigida a la verificación de cumplimiento de instrucciones, entregadas a los prestadores posterior a la fiscalización, a lo que llamaremos "Verifica Cumplimiento del Programa de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud". Esta fiscalización se realizó íntegramente en modalidad de terreno.

2. OBJETIVO DEL INFORME

Presentar el resultado de las fiscalizaciones realizadas a prestadores institucionales de atención cerrada de alta complejidad, en materia de cumplimiento del Programa de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, y el impacto que estas tienen en la implementación de acciones de mejora de sus procesos en los prestadores sujetos de fiscalización.

3. ABREVIATURAS USADAS EN EL INFORME

SdS: Superintendencia de Salud

ISP: Instituto de Salud Pública

IP: Intendencia de Prestadores

UFC: Unidad de Fiscalización en Calidad

SGCS: Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

IAAS: Infecciones asociadas a la atención de salud

PCI: Programa control de infecciones

VCIAAS: Verifica cumplimiento IAAS

4. ANTECEDENTES

El artículo 4° de la ley N° 20.584, señala que: "Toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas".

La Resolución Exenta N°1031 del 17 de octubre de 2012 del MINSAL, aprueba la Norma N°9 referida a la "Prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud". En dicha norma se detalla la organización, objetivos y metas, vigilancia epidemiológica, infecciones endémicas e infecciones epidémicas; objetivos y metas para las prácticas preventivas para los pacientes y personal entre otros aspectos. Define quienes son los integrantes del Programa de Control de Infecciones (PCI) y sus responsabilidades, entre otras.

En segundo término, se definen las directrices técnicas, señala que las medidas deben estar basadas en evidencia científica, ser costo efectivas y adecuadas a la realidad local. Estas deben incluir las precauciones estándar, a saber, higiene de manos, esterilización y desinfección de materiales, prevención y manejo de exposición a material cortopunzante, precauciones de aislamiento para las patologías infecciosas de importancia epidemiológica, ubicación de pacientes en aislamiento y uso de equipos de protección personal.

Respecto de las técnicas asépticas, la norma indica que éstas deben incluir punción venosa e inyecciones, instalación y mantención de catéteres vasculares, instalación y mantención de catéteres urinarios y preparación de la piel para cirugía. También se incluyen otras directrices como la prevención de infecciones asociadas a procedimientos invasivos, manejo de residuos hospitalarios de riesgo infeccioso, medidas de prevención de riesgos asociados a factores ambientales, normas y procedimientos relacionados con los programas de vacunación del personal, protocolos de manejo de exposiciones laborales a agentes biológicos y profilaxis antimicrobiana quirúrgica.

La norma también se extiende y se refiere al recurso humano y a la capacitación de los grupos objetivos, dentro de los que se distinguen, fundamentalmente tres, a saber, integrantes del equipo técnico del PCI, profesionales que cumplen funciones de supervisión y funcionarios de atención directa. En cuanto a la salud del personal, hace hincapié en las medidas de prevención y transmisión de infecciones, así como, la

exposición a agentes biológicos. Otro aspecto importante es el personal clínico y administrativo que se relaciona con el paciente, los que están considerados dentro del programa de salud local y en el programa de salud ocupacional, dado que son potenciales agentes portadores de infecciones.

Respecto de la vigilancia epidemiológica no sólo incluye la práctica clínica, también establece el diagnóstico local y con dicha información se implementan medidas de prevención asociadas a precauciones estándar, técnicas asépticas y otras.

5. PROCEDIMIENTO DE FISCALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD (PCIAAS)

5.1 OBJETIVO DE LA FISCALIZACIÓN DEL PCI

El objetivo de la fiscalización, fue el verificar que los prestadores institucionales de salud de alta complejidad, públicos y privados, cumplieran con las disposiciones contenidas en el artículo 4 de la Ley N° 20.584, así como, en la Resolución Exenta N°1031 del 17 octubre 2012 del MINSAL, que aprueba la Norma N°9 sobre las Normas de los Programas de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS).

5.2 ALCANCE DE FISCALIZACIÓN

La presente fiscalización se aplicó a prestadores institucionales – públicos y privados – de atención cerrada de alta complejidad. El universo de prestadores fiscalizados comprendió un total de 95 establecimientos de las regiones de Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana, Libertador Bernardo O’Higgins, Maule, Ñuble, Biobío, Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, y, Magallanes y la Antártica Chilena.

**Tabla N° 1
Distribución de prestadores fiscalizados por región y administración**

Prestadores Fiscalizados			
Región	Públicos	Privados	Total
Tarapacá	1	1	2
Antofagasta	3	1	4
Atacama	1	1	2
Coquimbo	3	1	4
Valparaíso	5	5	10
Metropolitana	22	20	42
Del Libertador General Bernardo O’Higgins	2	2	4
Maule	3	2	5
Ñuble	1	1	2
Biobío	3	4	7
Araucanía	3	1	4
Los Ríos	1	1	2
Los Lagos	1	3	4
Magallanes y La Antártica	2	1	3
TOTAL	51	44	95

Para efectos de esta tabla y de los gráficos presentados más adelante, dentro de los prestadores públicos se incluyen los prestadores de las FF. AA y de Orden y Otros públicos.

5.3 METODOLOGÍA DE LA FISCALIZACIÓN

Se seleccionaron aleatoriamente los prestadores utilizando el programa Excel. Se procedió a enviar un correo electrónico al director del establecimiento a visitar conforme a la calendarización, con la finalidad de comunicarles el objetivo de la fiscalización, fecha y hora de la visita y los requerimientos para el desarrollo de la actividad.

Requerimientos para la visita en terreno:

- Presencia del Encargado(a) de Calidad y Seguridad del Paciente y del Encargado(a) del Programa de Control de IAAS, el día de la fiscalización.
- Tener acceso a toda la documentación atinente a esta materia, tales como, certificaciones de capacitaciones del personal, incluidos los integrantes del PCI, documentación relativa al PCI, listado del personal que realiza funciones de supervisión clínica, entre otros.

La recolección de datos se realizó en las dependencias del prestador y la información se consignó en el acta definida para ello.

Se constató la existencia de los siguientes aspectos de la Norma:

- Documento institucional que da cuenta del PCI;
- Designación formal del profesional médico con asignación mínima de 5 horas semanales para las funciones del PCI;
- Designación formal del (los) profesional(es) de enfermería para las funciones del PCI conforme al número de camas de ese prestador;
- Documento que define el estudio y manejo de brotes.
- Documento que da cuenta del manejo del personal con infecciones (restricciones y exclusiones laborales);
- Los últimos 2 reportes de infecciones, que deben ser remitidos por el Encargado del Programa a los Jefes de Servicio. En el mismo contexto, se verificó el contenido mínimo de cada reporte, a saber: diagnóstico epidemiológico, avances del programa y plan de intervención.

De acuerdo a la cartera de prestaciones que otorga el prestador se evaluó la existencia de las siguientes directrices técnicas asociadas a:

- Precauciones estándar;
- Técnicas asépticas;
- Otras: higiene de manos, esterilización y desinfección de materiales, prevención y manejo de exposición a corto punzantes, precauciones de aislamiento para patologías infecciosas de importancia epidemiológica, uso de equipos de protección personal, punciones venosas e inyecciones, instalación y mantención de catéteres vasculares, instalación y mantención de catéteres urinarios, preparación de la piel para cirugía, prevención de infecciones asociadas a procedimientos invasivos realizados en el establecimiento, manejo de residuos hospitalarios de riesgo infeccioso, medidas relacionadas a la prevención de riesgos asociados a factores ambientales, programa de vacunación del personal, protocolos de manejo de exposiciones laborales a agentes biológicos y, finalmente, la directriz profilaxis antimicrobiana quirúrgica, en la cual se evaluó su contenido mínimo, esto es: selección de pacientes – intervenciones, vías y dosis de administración, oportunidad de la administración y selección del antimicrobiano.

Se evaluaron los siguientes indicadores de vigilancia obligatoria:

- Infecciones urinarias asociadas a uso de catéter urinario permanente (ITU/CUP);

- Septicemias asociadas a catéter venoso central o nutrición parenteral (ITS);
- Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVIM);
- Infección de herida operatoria de cirugías seleccionadas (IHop);
- Endometritis post parto;
- Infecciones respiratorias bajas agudas virales en lactantes (IRA baja en lactantes);
- Síndrome diarreico agudo en neonatos y lactantes;
- Infecciones del sistema nervioso central asociado a válvulas derivativas (Inf. SNC).

Se cotejaron discrecionalmente, algunas de las fuentes primarias que se utilizaron para la medición de los indicadores.

Posteriormente, se examinó el contenido y la vigencia de las capacitaciones que deben tener los profesionales del equipo técnico de IAAS y de supervisión clínica relacionada al PCI. Para estos efectos, se constataron las capacitaciones de dos integrantes del equipo técnico del PCI, cuyo contenido mínimo debía incluir los siguientes ítems:

- Principios de la prevención y control de infecciones;
- Vigilancia de las infecciones, epidemiología y estadística;
- Manejo de brotes y supervisión de las prácticas clínicas.

Se seleccionaron dos profesionales que cumplieran funciones de supervisión clínica en el prestador, solicitando las certificaciones de las capacitaciones correspondientes, las cuales debían incluir, a lo menos, los siguientes contenidos:

- Epidemiología básica de las IAAS;
- Prevención y control de infecciones;
- Técnicas de supervisión de procesos y análisis de información.

Se verificaron las acciones realizadas por el prestador frente al último brote epidémico, constatando la existencia de la notificación del brote a los organismos correspondientes (MINSAL, SEREMI de Salud, ISP) y documentación utilizada para el estudio y manejo del brote.

Se solicitaron las copias de todos los antecedentes revisados, como parte de la documentación requerida para el expediente de fiscalización dispuesto por la Intendencia de Prestadores.

5.4 CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO

Para efectos de la fiscalización efectuada, se entiende que el prestador cumple con la norma sobre Programa de Prevención y Control de IAAS, mediante la existencia de:

- Documento institucional vigente, autorizado y visado por el Director Médico o Gerente de la institución, que dé cuenta del PCI, el cual debe considerar el programa de vigilancia y el manual de organización del programa.
- Documentos en los que se describa el cargo y la función general relacionada con la materia fiscalizada, horas asignadas en conformidad a lo señalado en la normativa y que estén firmados por la autoridad máxima de la institución.
- Documentos de respaldo que den cuenta de la remisión de los informes, de reporte de infecciones con una frecuencia cuatrimestral, a los jefes de servicio del prestador.
- Reportes de infecciones, cuyo contenido mínimo corresponde a las mediciones de los indicadores que orienten hacia la definición de estrategias que fortalezcan los puntos débiles, detectados a través de las mediciones de los indicadores

predeterminados. Una vez identificados estos puntos, se espera encontrar en los reportes los planes de intervención o indicaciones para afrontar las contingencias halladas en el diagnóstico epidemiológico. También, se espera encontrar en el informe del período siguiente, alguna referencia a los resultados de estas intervenciones, lo cual corresponde a los avances del programa.

- Procedimiento definido a través del cual se indique cómo proceder en caso de aparición de algún brote en el prestador.
- Documento, protocolo o manual que explicita las restricciones y exclusiones laborales, en caso de que algún funcionario curse con alguna patología de carácter infectocontagiosa.
- Protocolos o directrices técnicas, vigentes y debidamente aprobadas por el equipo técnico del PCI, relacionadas con precauciones estándar, técnicas asépticas y otras directrices. En algunos casos estas directrices pudieran estar insertas en el mismos PCI y en otros, estar referidas o mencionadas en el PCI o en un documento aparte.
- Contenido del documento referido a la directriz de Profilaxis Antimicrobiana Quirúrgica, con al menos los siguientes aspectos:
 - Selección de pacientes-intervenciones;
 - Vías y dosis de administración;
 - Oportunidad de la administración;
 - Selección del antimicrobiano.
- Medición de los siguientes indicadores de carácter obligatorio, conforme a la cartera de prestaciones de cada establecimiento, correspondientes al último periodo reportado.
 - Infecciones del tracto urinario asociadas a uso de catéter urinario permanente;
 - Septicemias asociadas a catéter venoso central o nutrición parenteral;
 - Neumonía asociada a ventilación mecánica;
 - Infección de herida operatoria de cirugías seleccionadas;
 - Endometritis post parto;
 - Infecciones respiratorias bajas agudas virales en lactantes;
 - Síndrome diarreico agudo en neonatos y lactantes;
 - Infecciones del sistema nervioso central asociado a válvulas derivativas.
- Concordancia entre la fuente primaria de obtención de datos y los valores reportados para la construcción del indicador evaluado.
- Certificados que acrediten capacitación vigente y actualizada (no superior a 5 años) tanto del equipo técnico del PCI, como de los supervisores seleccionados. Adicionalmente, se solicitó el correspondiente programa de cada curso dictado, a fin de evaluar su contenido.
- Documentación que acredita la notificación del brote a la entidad correspondiente (Seremi de Salud, MINSAL, ISP)
- Documento de investigación del brote, el que debía contar con los pasos establecidos para su manejo conforme a documento vigente o a otro de referencia.

6. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN PCIAAS

6.1. RESULTADOS EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA GENERAL DEL PCI

Gráfico N°1

% Cumplimiento de la estructura general del PCI
nivel nacional / público-privado

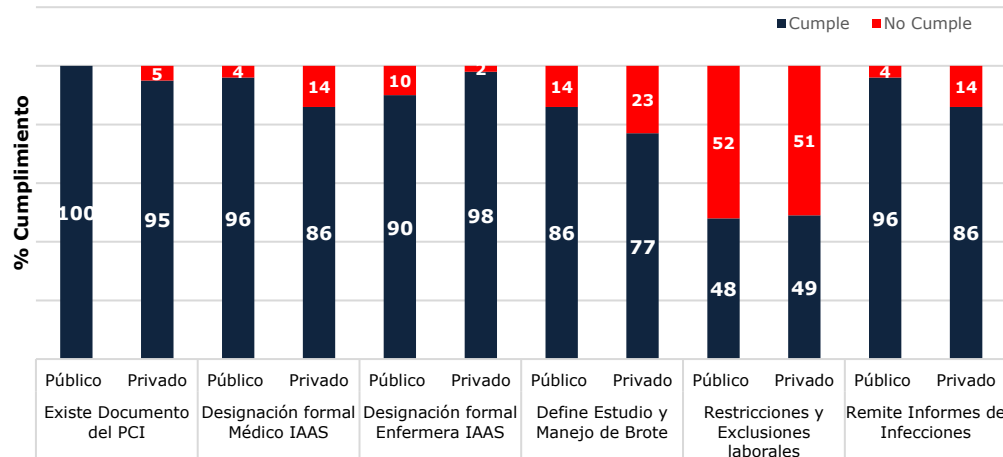
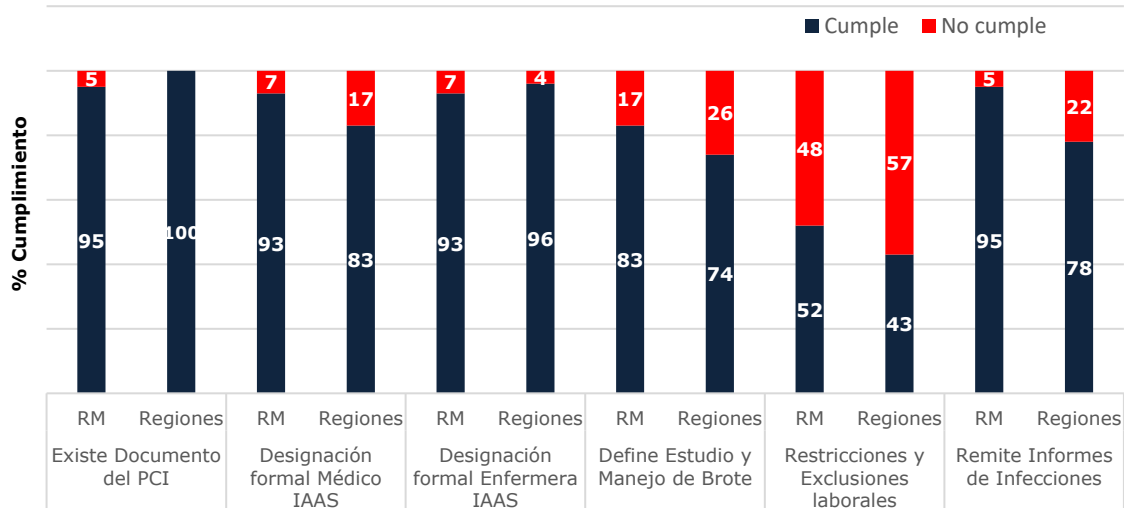


Gráfico N°2

% Cumplimiento estructura general PCI / RM- otras regiones



De la evaluación a la estructura general del PCI:

- A nivel nacional se observó que solamente el 48% de los prestadores cuenta con algún documento de carácter institucional relacionado a las restricciones y exclusiones laborales, siendo los prestadores privados de la Región Metropolitana los de menor cumplimiento (20%). En general, se observó un mayor cumplimiento al comparar los prestadores de la Región Metropolitana con los prestadores de otras regiones, con 52% y 45%, respectivamente.
- En relación a la existencia de un documento del PCI, de la designación formal del médico y profesional de enfermería encargado de IAAS, de la existencia de un

documento que define estudio y manejo de brote y remite informes de infecciones; se observó un comportamiento homogéneo en los prestadores a nivel nacional, con porcentajes de cumplimiento sobre el 80%.

- c) El mayor cumplimiento en este segmento, correspondió a los prestadores públicos y privados de regiones, obteniendo 100% de cumplimiento al evaluar el documento institucional que dé cuenta del PCI.

Gráfico N°3

% Cumplimiento de contenidos mínimos de los reportes de infecciones / nivel nacional / público - privado

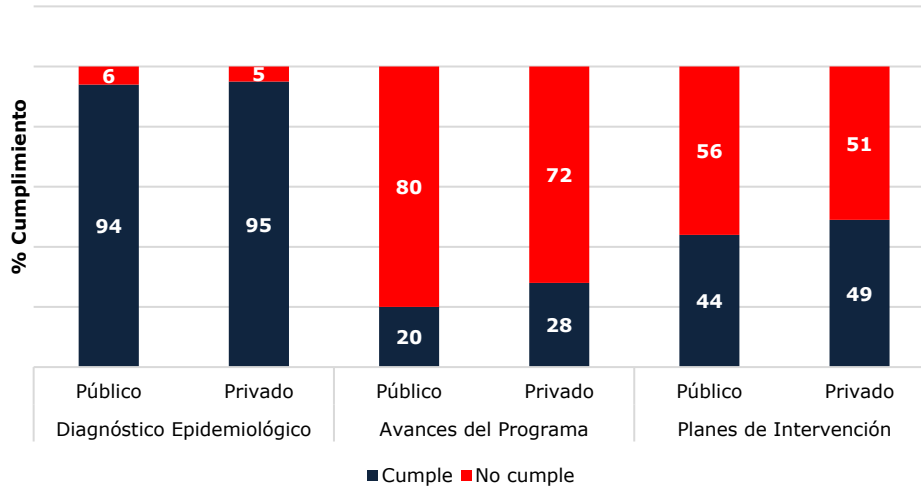
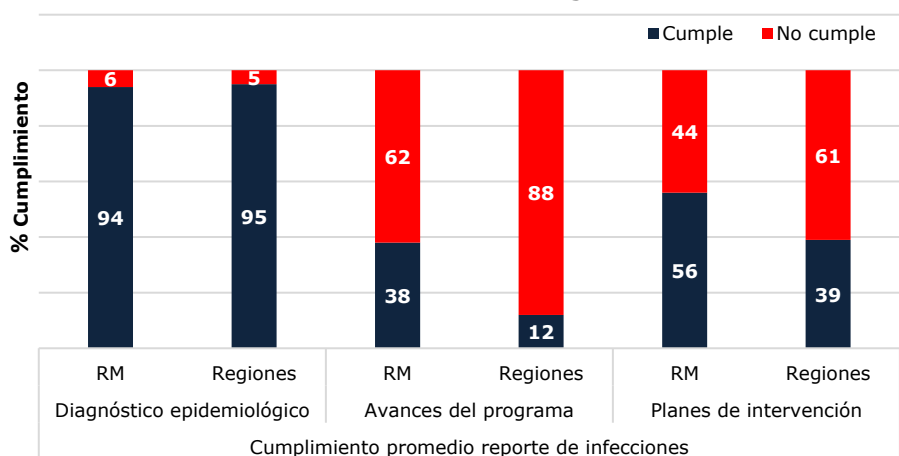


Gráfico N°4

% Cumplimiento de los contenidos de los reportes de infecciones / RM - otras regiones



* Para el "Diagnóstico epidemiológico", se evaluaron 2 reportes de infecciones en cada prestador.

Del contenido de los informes de infecciones:

- a) Se observó un 24% de cumplimiento a nivel nacional respecto a los "avances del programa", siendo este más bajo en los prestadores de regiones, con 12%, mientras que en los prestadores de la Región Metropolitana fue de 38%. Al realizar la segregación pública/privado, el menor cumplimiento correspondió a

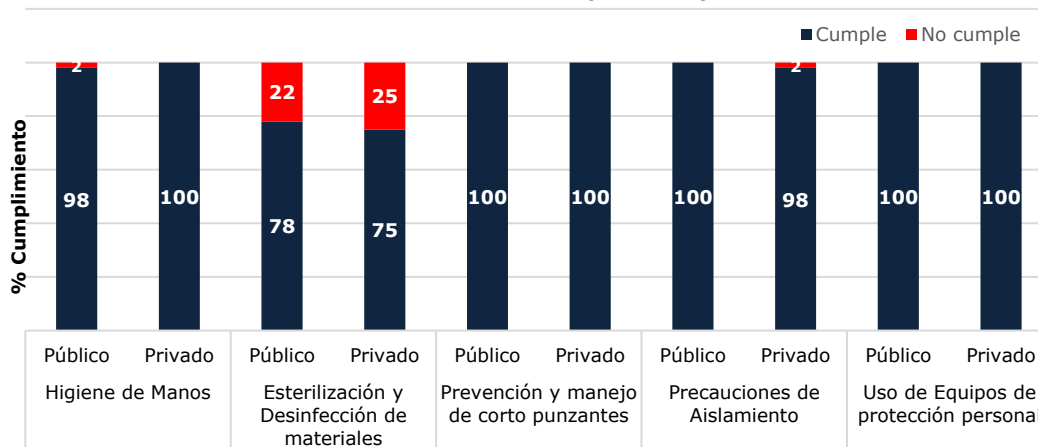
los prestadores públicos, con 20%, siendo, consecuentemente, los prestadores públicos de regiones son los de menor cumplimiento, con 12%.

- b) En relación a los "planes de intervención", solo el 46% de los prestadores a nivel nacional dio cumplimiento a este ítem, encontrándose su cumplimiento más bajo en los prestadores de regiones, quienes en promedio alcanzaron el 39%. Nuevamente, se observó una tendencia general de mayor cumplimiento de los prestadores privados por sobre los públicos con 49% y 44%, respectivamente.
- c) Se muestra un cumplimiento homogéneo en el "diagnóstico epidemiológico" realizado por los prestadores, alcanzando valores en torno al 95%, sin mayores disparidades en las comparaciones público/privado y RM/otras regiones.

6.2. RESULTADOS EVALUACIÓN DE LAS DIRECTRICES TÉCNICAS

Gráfico N°5

% Cumplimiento de directrices técnicas asociadas a precauciones estándar / nivel nacional / público - privado



* 5 prestadores contaban con servicio externalizado de esterilización, por tanto, no les aplica esa directriz.

Gráfico N°6

% Cumplimiento directrices técnicas precauciones estándar RM - otras regiones

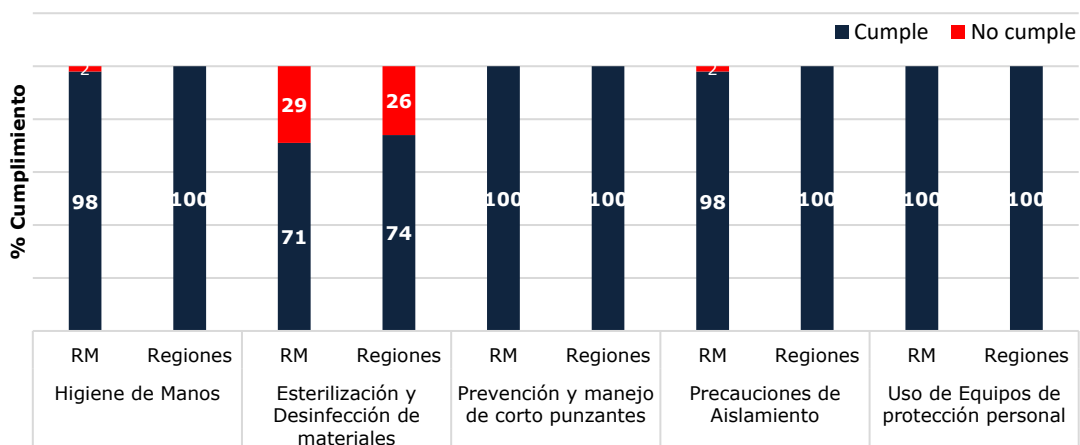
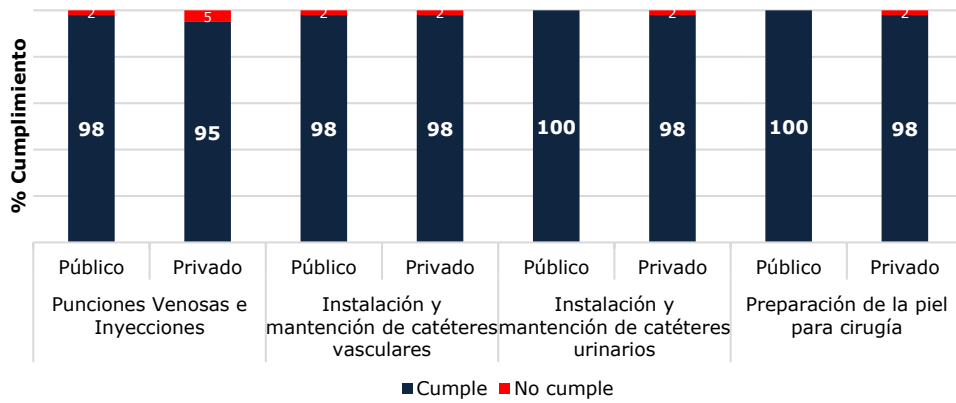


Gráfico N°7

% Cumplimiento de directrices técnicas asociadas a técnicas asépticas / nivel nacional / público - privado



* 3 prestadores fiscalizados no realizaban procedimientos quirúrgicos, por tanto, no les aplica esta directriz.

Gráfico N°8

% Cumplimiento directrices de asépticas / RM - otras regiones

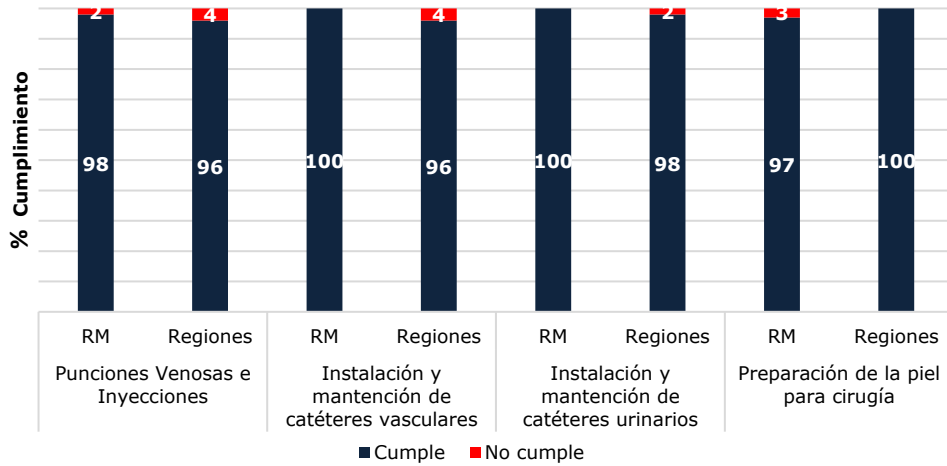
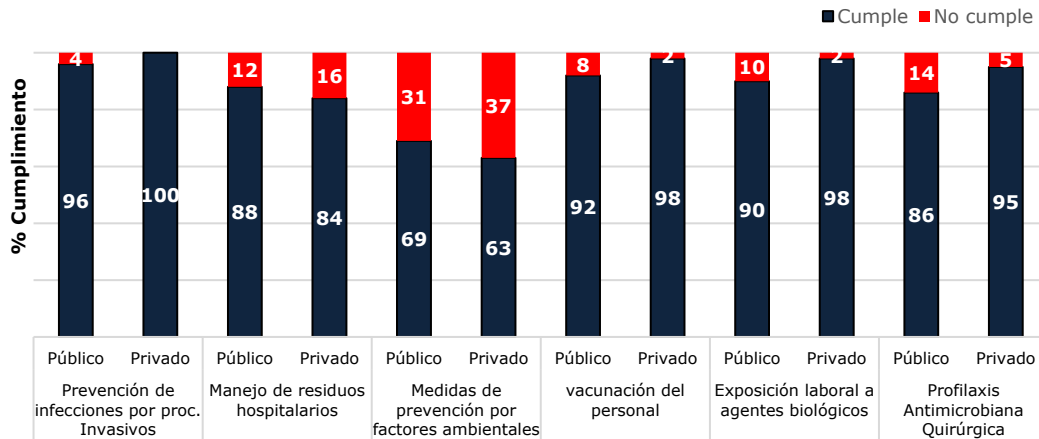


Gráfico N°9

% Cumplimiento de otras directrices técnicas nivel nacional / públicos - privados



* 1 prestador no realizaba procedimientos invasivos, y 3 prestadores no efectuaban procedimientos quirúrgicos, por tanto, no les aplica la directriz correspondiente.

Gráfico N°10

% Cumplimiento de otras directrices técnicas / RM - otras regiones

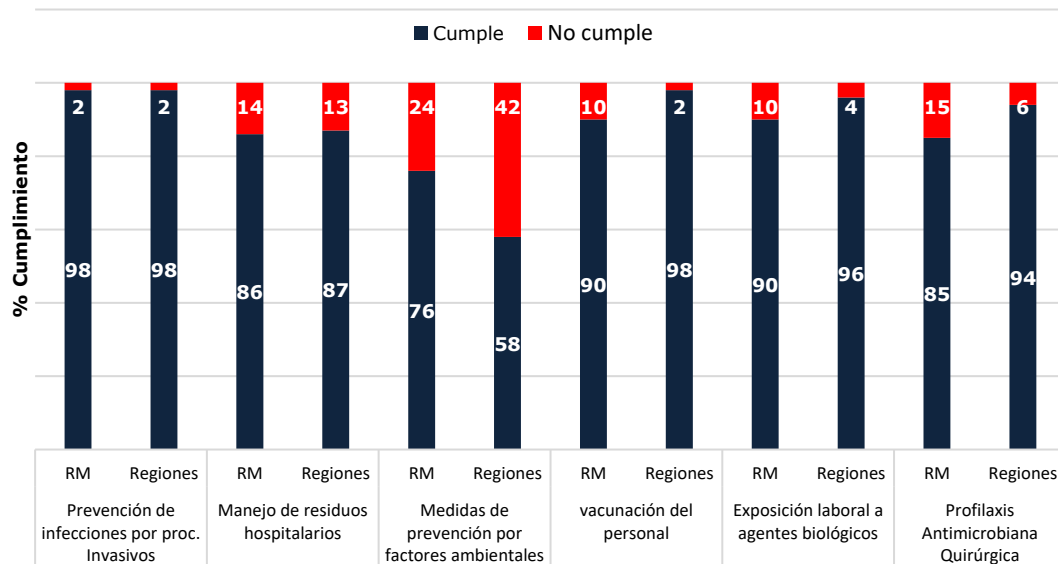


Gráfico N°11

% Cumplimiento contenido mínimo profilaxis antimicrobiana / nivel nacional / público - privado

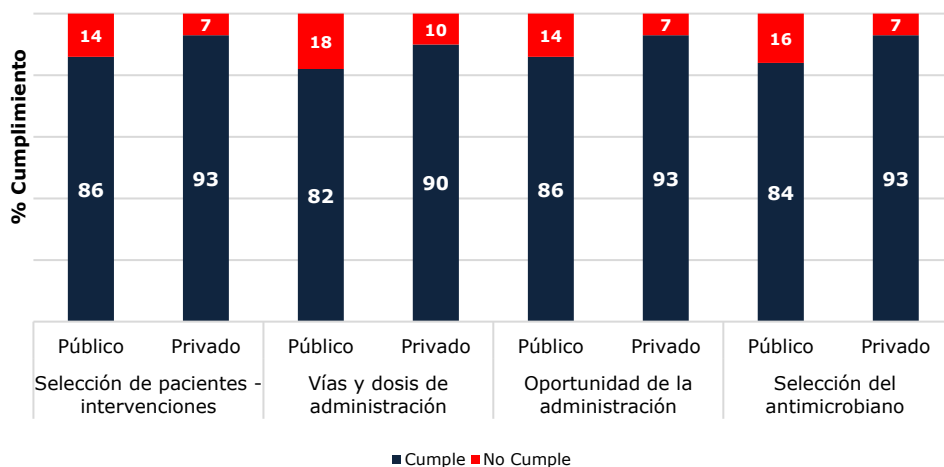
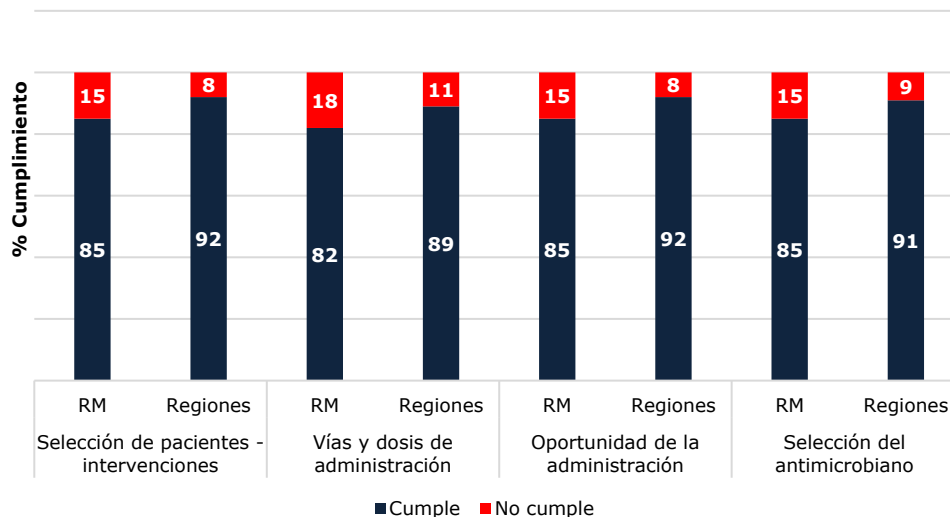


Gráfico N°12

% Cumplimiento contenido mínimo profilaxis antimicrobiana quirúrgica / RM - otras regiones



De la evaluación de directrices técnicas

- a) Respecto de las directrices técnicas relacionadas con precauciones estándar, se observó en general, un cumplimiento global cercano al 100% en todos los prestadores evaluados. Sin embargo, en la directriz "esterilización y desinfección de materiales" el cumplimiento fue notoriamente menor, alcanzando solo el 73%, sin variaciones significativas en las segregaciones público/privado y región metropolitana/otras regiones.
- b) En cuanto a las directrices técnicas relacionadas con técnicas asépticas, se observó en general un cumplimiento global cercano al 100% en todos los prestadores y en todas las directrices asociadas. En la segregación metropolitana/regiones, el cumplimiento fue levemente mayor en los prestadores de la Región Metropolitana, sin encontrarse diferencias significativas.
- c) Con relación a las otras directrices técnicas evaluadas, se observaron resultados dispares, observando un menor cumplimiento, por parte de todos los prestadores, en aquellas relacionadas con "Manejo de residuos hospitalarios" y "Medidas de prevención asociadas a factores ambientales". En ambos casos el cumplimiento general por parte de los prestadores correspondió a 87% y 66% respectivamente. En la segregación metropolitana/regiones destaca el bajo cumplimiento de la norma "Medidas de prevención asociadas a factores ambientales" en los prestadores de regiones, con 58%, en particular los prestadores privados, los cuales sólo obtuvieron un cumplimiento promedio de 52%. El resto de las normas asociadas a este segmento presentan cumplimientos generales mayores o iguales a 90%.
- d) Al evaluar los resultados del contenido de la norma de profilaxis antimicrobiana quirúrgica, se observó un cumplimiento general que oscila entre 86% y 89% dependiendo del contenido evaluado. Posteriormente, en la segregación metropolitana/regiones, el cumplimiento es mayor en regiones; misma tendencia ocurre en la segregación público/privado en la cual el cumplimiento de los

prestadores privados, en todos los tramos evaluados, es mayor al compararlos con los prestadores públicos.

- e) Al analizar el cumplimiento promedio de los prestadores respecto del contenido de la directriz de profilaxis antimicrobiana quirúrgica, tanto en público/privado a nivel nacional, metropolitana/regiones, en todos ellos se encontraron diferencias de cumplimiento significativas, donde los mayores cumplimientos correspondieron a prestadores privados.

6.3. RESULTADOS EVALUACIÓN INDICADORES DE INFECCIONES

Gráfico N°13

% Cumplimiento de medición de indicadores de infecciones nivel nacional / público - privado (I)

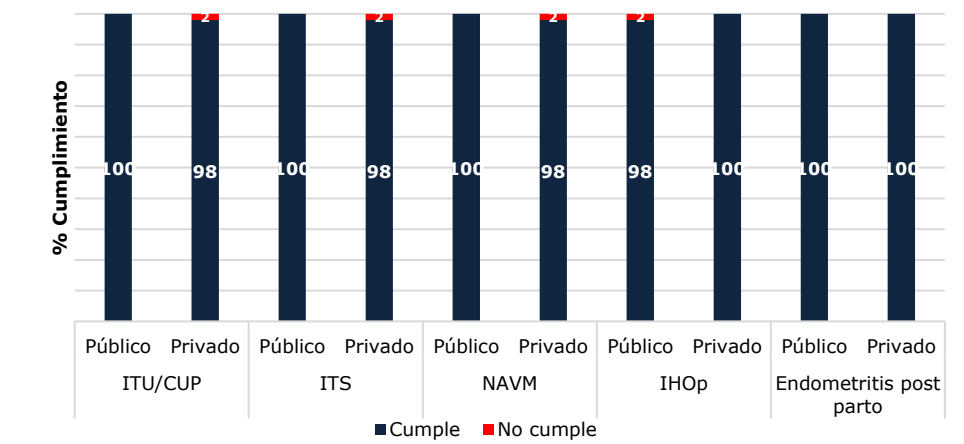


Gráfico N°14

% Cumplimiento de medición de indicadores de infecciones nivel nacional / público - privado (II)

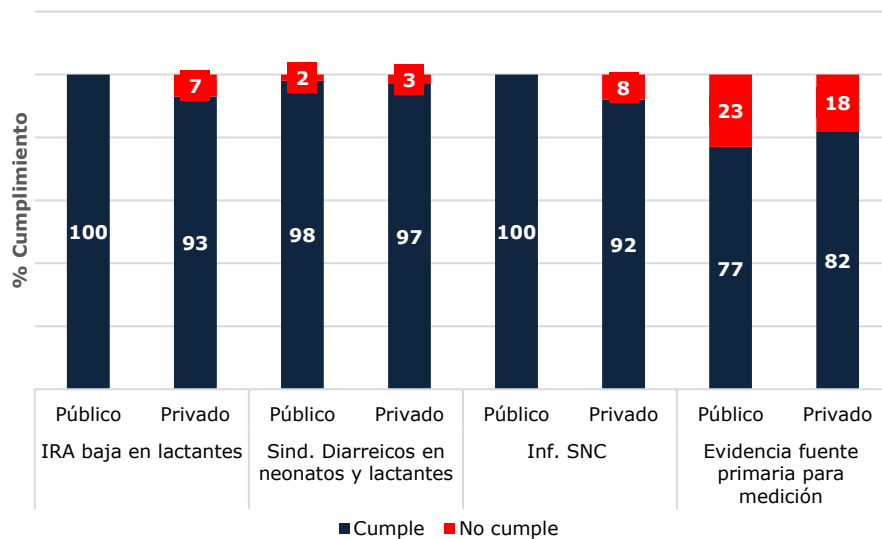


Gráfico N°15

**% Cumplimiento de indicadores de infecciones
RM - otras regiones (I)**

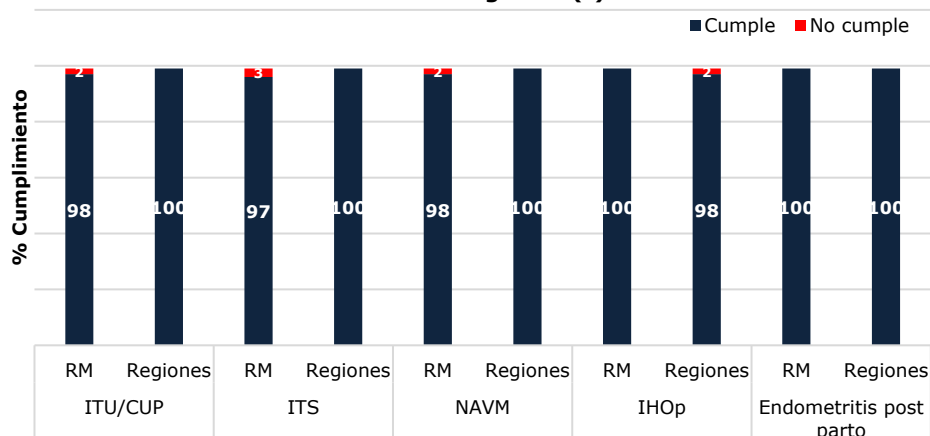
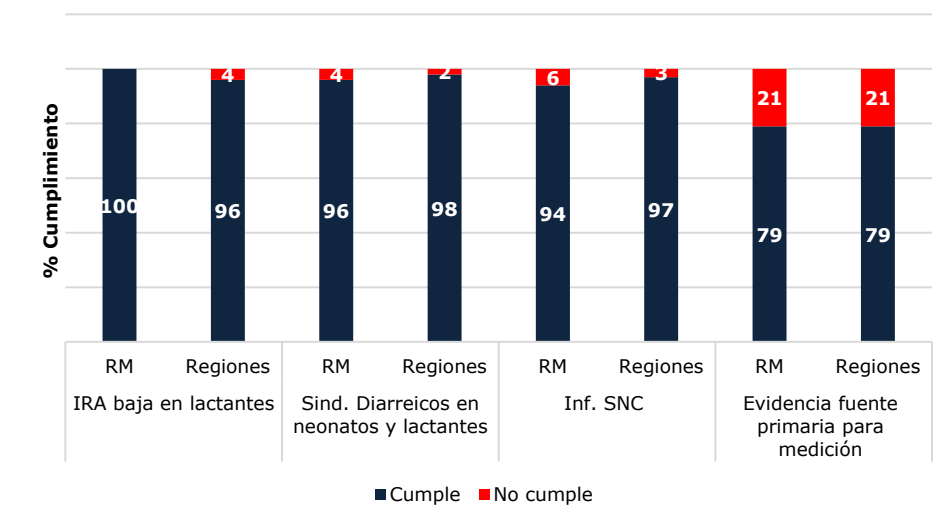


Gráfico N°16

**% Cumplimiento de indicadores de infecciones
RM - otras regiones (II)**



De los indicadores de infecciones

- a) Con relación a la medición de indicadores de infecciones, se observó un cumplimiento general mayor a 95%, siendo levemente superior en los prestadores públicos por sobre los privados; de igual manera, el cumplimiento es levemente superior en los prestadores de regiones por sobre los prestadores de la Región Metropolitana.
- b) En cuanto de la evidencia de la fuente primaria para la construcción de los indicadores de infecciones, muestra un cumplimiento general de 79%, no existiendo diferencias en la segregación metropolitana/regiones. Sin embargo, en la comparación público/privado, el cumplimiento en general fue mayor en los prestadores privados; diferencia que se acentuó en la comparación de prestadores públicos y privados de regiones, cuyos cumplimientos correspondieron a 77% y 83%, respectivamente.

6.4. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN EN IAAS

Gráfico N°17

% Cumplimiento de contenido mínimo de capacitación del equipo técnico del PCI / nivel nacional / público - privado

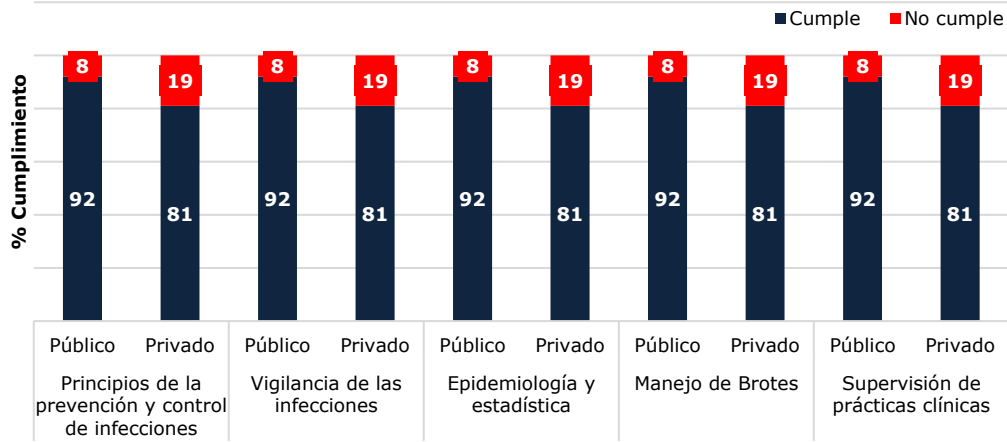


Gráfico N°18

% Cumplimiento de contenido mínimo de capacitación del equipo técnico del PCI / RM - otras regiones

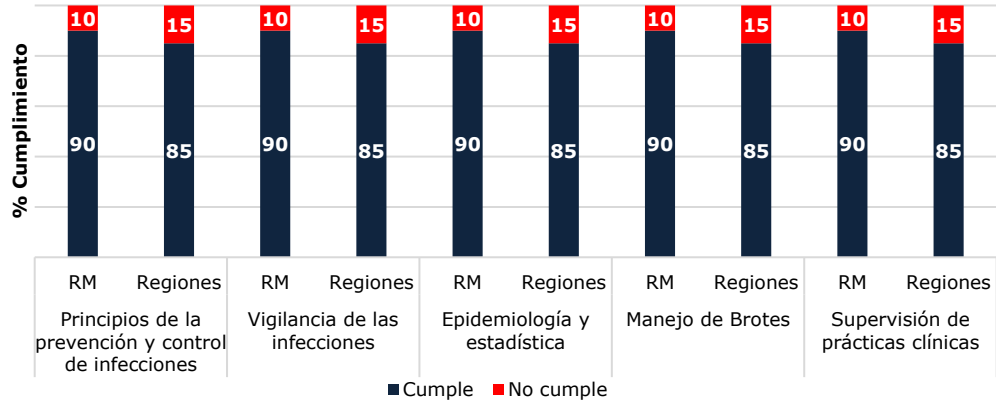


Gráfico N°19

% Cumplimiento de contenido mínimo de capacitación de supervisores / nivel nacional / públicos y privados

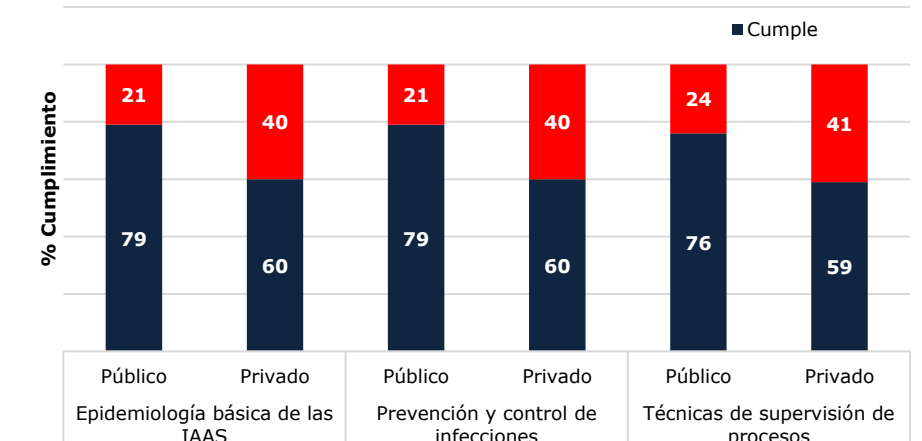
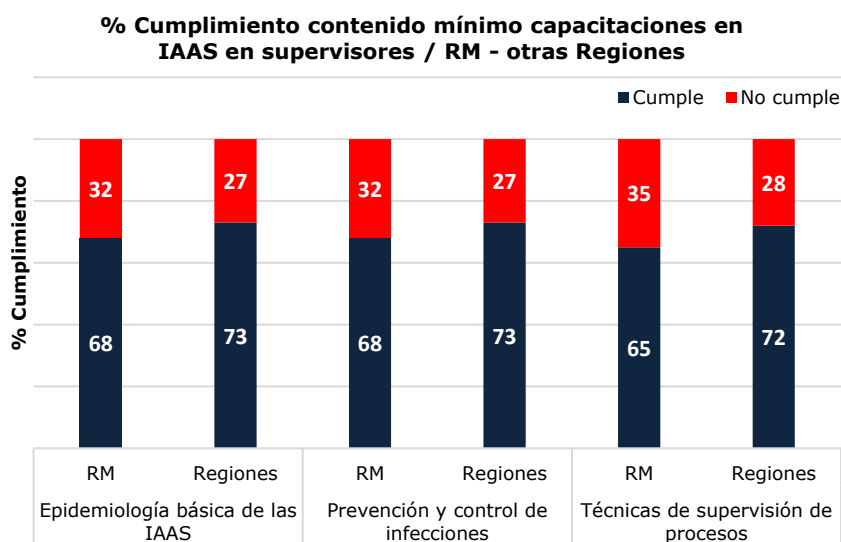


Gráfico N°20



De la capacitación en IAAS

- De los resultados de la evaluación de las capacitaciones realizadas por el equipo técnico del PCI, a saber, médico y profesional de enfermería de IAAS, se observó tanto a nivel nacional como en la segregación metropolitana/regiones, un mayor cumplimiento de los prestadores públicos por sobre los prestadores privados. La mayor disparidad se encuentre en regiones, donde existen diferencias promedio de 16 puntos porcentuales entre prestadores públicos y privados. De igual manera, en la segregación metropolitana/regiones, el mayor cumplimiento general se observó en los prestadores de la Región Metropolitana por sobre los prestadores regionales, con porcentajes promedios de 90% y 85% respectivamente.
- Respecto de la evaluación de las capacitaciones realizadas por los profesionales supervisores, se observó tanto a nivel nacional como en la segregación metropolitana/regiones, un mayor cumplimiento de los prestadores públicos por sobre los prestadores privados. La mayor diferencia se observa en regiones, donde existen diferencias promedio de 22 puntos porcentuales entre prestadores públicos y privados. De igual manera, en la segregación metropolitana/regiones, el mayor cumplimiento general se observó en los prestadores regionales por sobre los prestadores metropolitanos, con porcentajes promedios de 73% y 67% respectivamente.
- Para efectos de este ítem, se analizaron los resultados del cumplimiento de los contenidos mínimos en IAAS que todos los supervisores/coordinadores clínicos y de apoyo deben acreditar. En tal contexto, existen diferencias significativas en el cumplimiento de los prestadores públicos por sobre los privados, tanto a nivel nacional como en la Región Metropolitana y en otras regiones. De igual manera, la diferencia existente en el cumplimiento de los prestadores regionales por sobre los prestadores metropolitanos, es estadísticamente significativa.

6.5 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL MANEJO DE BROTES EN IAAS

Gráfico N°21

% Cumplimiento manejo de brotes / nivel nacional público y privado

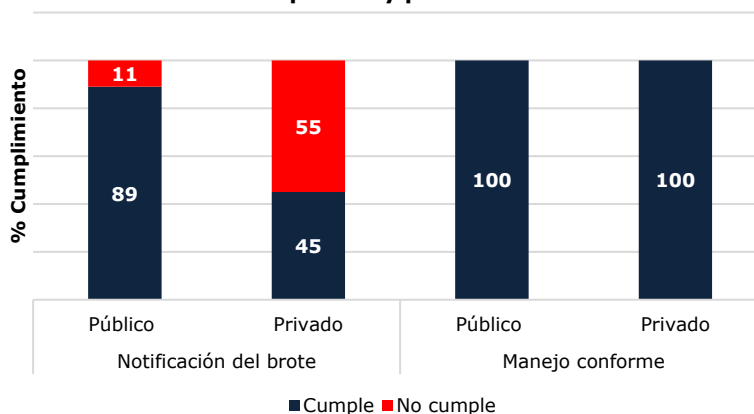
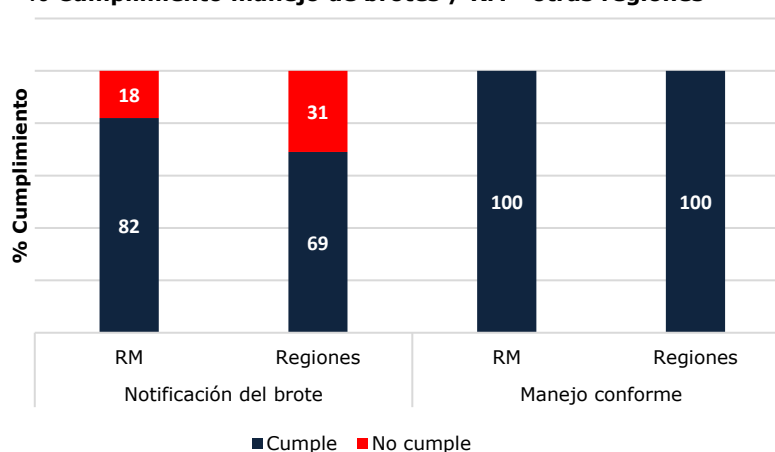


Gráfico N°22

% Cumplimiento manejo de brotes / RM - otras regiones



* De los 95 prestadores evaluados, 27 prestadores no registraban brotes desde la entrada en vigencia de la ley hasta la fecha de fiscalización, por lo que el universo a considerar corresponde a 68 prestadores.

Del manejo de los brotes

- En relación a la notificación de los brotes, se observó tanto a nivel nacional como en la segregación metropolitana/regiones, un mayor cumplimiento de los prestadores públicos por sobre los prestadores privados. La mayor diferencia se muestra en regiones, donde existe un promedio de 54 puntos porcentuales entre prestadores públicos y privados. Asimismo, en la segregación metropolitana/regiones, el mayor cumplimiento general se observó en los prestadores metropolitanos por sobre los prestadores regionales, con porcentajes promedios de 82% y 69%, respectivamente.
- En cuanto al manejo de los brotes, el 100% de los prestadores fiscalizados que declaró haber tenido algún brote en el período dio cumplimiento a esta obligación.

- c) Se analizó la notificación del brote, por parte de los prestadores a la autoridad correspondiente. Para estos efectos, se agruparon los cumplimientos de los prestadores públicos de la Región Metropolitana y de regiones (grupo A) y los prestadores privados de las mismas regiones (grupo B). El análisis comparativo entre estos grupos demostró la existencia de diferencias estadísticamente significativas en el cumplimiento de la notificación de los prestadores públicos por sobre los prestadores privados.

Generalidades

- a) Los resultados de los criterios fiscalizados fueron agrupados conforme a los gráficos presentados anteriormente (2 a 23). Los grupos se analizaron estadísticamente mediante la prueba T-Student para muestras pequeñas, con el fin de verificar si existían diferencias estadísticamente significativas entre el cumplimiento de los prestadores públicos y privados, tanto a nivel nacional, como en la segregación metropolitana/regiones.
- b) Todos los análisis realizados tienen un nivel de significancia del 5%.
- c) En los siguientes atributos analizados: Estructura general del PCI, contenido de los informes de infecciones y directrices técnicas (Con excepción del contenido de la directriz de profilaxis antimicrobiana quirúrgica) e indicadores de infección, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, al comparar los resultados de los prestadores públicos y privados, ya sea, a nivel nacional como en la evaluación de la Región Metropolitana con las otras regiones del país.

7. PROCEDIMIENTO DE FISCALIZACIÓN DE VERIFICA CUMPLIMIENTO PCIAAS

Una vez que se fiscalizó la Norma de Seguridad N°9 del MINSAL, se ofició a los prestadores en términos notificarles el resultado obtenido e instruirles el cumplimiento de las instrucciones emanadas en el Oficio, tendientes a subsanar los incumplimientos encontrados, otorgándoles un plazo máximo de dos meses a contar de la fecha de notificación de dicho documento. Junto con lo anterior, se les advierte que, la persistencia de los incumplimientos podrá dar lugar al procedimiento sancionatorio que señala el artículo 38, inciso 4° de la citada Ley N°20.584.

Por lo anterior y dada la importancia que tiene el PCI para la seguridad en las atenciones en salud, se programa la fiscalización de VCIAAS para el año 2019.

7.1 ALCANCE DE LA FISCALIZACIÓN

Para el "verifica cumplimiento" de la fiscalización del PCIAAS 2018, se realizó una selección de 29 prestadores, 14 públicos y 15 privados, del grupo de 54 establecimientos que obtuvo un nivel de cumplimiento total, en un rango comprendido entre 87% y 41%, siendo este último el más bajo.

Posteriormente, se definió que la verificación de cumplimiento se realizaría en base a los criterios que en general obtuvieron el más bajo cumplimiento, los que corresponden a los siguientes ítems:

- Contenido de los reportes;
- Fuente primaria de información para la construcción de los indicadores;
- Contenido de las capacitaciones del equipo técnico del PCI y de los supervisores; y
- Notificación del brote.

Tabla N° 2
Distribución de prestadores en que se realiza verifica cumplimiento por
región y administración

Prestadores Fiscalizados			
Región	Públicos	Privados	Total
Antofagasta	2	1	3
Coquimbo	2	1	3
Valparaíso	1	3	4
Metropolitana	3	5	8
Del Libertador Bernardo O'Higgins	1	1	2
Maule	1	1	2
Biobío	1	0	1
Araucanía	2	1	3
Los Ríos	0	1	1
Magallanes	1	1	2
TOTAL	14	15	29

7.2 METODOLOGÍA DE FISCALIZACIÓN PARA EL VERIFICA CUMPLIMIENTO

Todas las fiscalizaciones de verifica cumplimiento, poseen el mismo procedimiento previo de preparación de la fiscalización y contacto con el prestador, al que se le informa la fecha de la visita, el objetivo de esta y los requerimientos mínimos necesarios para llevarla a cabo, tales como; presencia del Encargado(a) de Calidad y Seguridad del Paciente y del Encargado(a) del Programa de Control de IAAS, tener acceso a toda la documentación atinente a esta materia y un lugar adecuado que permita realizar la fiscalización de mejor manera.

La constatación de la información, se realiza en dependencias del prestador, de acuerdo a lo establecido para ello, lo que se detallará más adelante y se consigna la información en un acta digital específica para esta materia.

El detalle de los ítems fiscalizados, consignaron lo siguiente:

- Contenido de los Reportes
 - Diagnóstico epidemiológico
 - Avances del programa
 - Plan de intervención
- Fuente primaria de información para la construcción de los indicadores.
- Contenido de las capacitaciones del equipo técnico del PCI:
 - Principios de la prevención y control de infecciones
 - Vigilancia de las infecciones
 - Epidemiología y estadística
 - Manejo de brotes
 - Supervisión de las prácticas clínicas
- Contenido de las capacitaciones a los supervisores
 - Epidemiología básica de las IAAS
 - Prevención y control de infecciones
 - Técnicas de supervisión de procesos y análisis de información
- Notificación del brote
 - Existe notificación del brote a niveles superiores de acuerdo a la

normativa. (MINSAL, SEREMI de Salud, ISP)

Se solicitó copia de todos los antecedentes constatados, los que son archivados en el expediente de la fiscalización correspondiente.

Una vez finalizadas las fiscalizaciones de verifica cumplimiento, se Oficia a los prestadores que continuaban en incumplimiento, realizando el levantamiento de cargos que abre el proceso sumarial sancionatorio en contra de los prestadores correspondientes, de acuerdo a los Títulos IV y V del Capítulo VII, del Libro I del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2006, del Ministerio de Salud, en concordancia con el artículo 38 de la Ley N°20.584, de 2012, del MINSAL.

7.3 CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO

Se entenderá que el prestador cumple con la fiscalización de verifica cumplimiento, si este da cuenta de los siguientes ítems:

- Contenido de los reportes
 - Diagnóstico epidemiológico;
 - Avances del programa; y
 - Plan de intervención

Se comprueba el contenido de los últimos 2 reportes cuatrimestrales enviados a los jefes de servicios previo a la fecha de fiscalización. El punto se considera válido, si dichos reportes incluyen como parte su contenido, el diagnóstico epidemiológico, que debe hacer referencia a la situación actual del PCI; avances del programa, el que debe hacer referencia a indicaciones o estrategias planteadas en el reporte del cuatrimestre anterior, y el plan de intervención, el que puede ser considerado como el conjunto de indicaciones o estrategias para hacer frente a la situación actual en la que se encuentra el prestador, en cuanto a la situación planteada en el diagnóstico epidemiológico. No se considera válida la existencia de un plan de intervención anual, toda vez que, este no contempla las contingencias que eventualmente pueden suscitarse y que son detectadas con el diagnóstico epidemiológico.

- Fuente primaria de información para la construcción de los indicadores.

Se realiza la constatación de la medición de un indicador, idealmente alguno de los fiscalizados en el PCI y se verifica a través de la fuente primaria, que efectivamente, este indicador sea evaluado. Esta fuente primaria debe ser consistente en términos de periodicidad y datos.

- Contenido de las capacitaciones del equipo técnico del PCI:
 - Principios de la prevención y control de infecciones;
 - Vigilancia de las infecciones;
 - Epidemiología y estadística;
 - Manejo de brotes; y
 - Supervisión de las prácticas clínicas.

Se evalúan los contenidos del programa de capacitación dirigido al equipo técnico responsable del PCI, para esto se elige un profesional médico y un profesional de enfermería. En el caso que el prestador cuente con más de un profesional de enfermería como parte del equipo técnico del PCI, se solicita discrecionalmente las capacitaciones de uno de estos profesionales, con el fin de verificar que cumpla con las capacitaciones exigidas en la norma. Se consigna la fecha de la última capacitación, que para efectos de la normativa no debe tener una antigüedad mayor a 5 años contados desde la fecha de

fiscalización. Así también, se consigna el cargo o función del profesional del PCI, el cual, según la normativa, debe ser un profesional médico o profesional de enfermería.

Con relación al contenido específico de la capacitación, se verifica que el equipo técnico cuente con la aprobación de cada uno de los contenidos especificados en la tabla, a saber, principios de la prevención y control de infecciones, vigilancia de las infecciones, epidemiología y estadística, manejo de brotes y supervisión de las prácticas clínicas. Cada uno de estos puntos debe estar respaldado por sus respectivos certificados. Se puede dar el evento de que el profesional tenga aprobado el curso IAAS, en tal situación se dan por cumplidos todos los puntos antes mencionados.

En el caso que el profesional no cumpla con alguna de las dos obligaciones estipuladas en la norma (certificaciones vigentes), se valoran como incumplidos los puntos referidos al programa de capacitación y en el apartado de observaciones se deja nota del motivo explícito del incumplimiento.

- Contenido de las capacitaciones a los supervisores
 - Epidemiología básica de las IAAS;
 - Prevención y control de infecciones; y
 - Técnicas de supervisión de procesos y análisis de información.

Se evalúan los contenidos del programa de capacitación dirigido a los supervisores clínicos y de unidades de apoyo. Para esto se eligen 2 supervisores(as), los que son seleccionados discrecionalmente por el fiscalizador. En el acta se debe consignar la fecha de la última capacitación, que para efectos de normativa no debe tener una antigüedad mayor a 5 años contados desde la fecha de fiscalización. Asimismo, se debe consignar el cargo o función del profesional supervisor.

Con relación al contenido específico de la capacitación, se verifica que el supervisor cuente con la aprobación de cada uno de los contenidos especificados en la tabla, a saber, epidemiología básica de las IAAS, prevención y control de infecciones y técnica de supervisión de procesos y análisis de información. Cada uno de estos puntos debe estar respaldado por sus respectivos certificados. En el evento que el profesional tenga aprobado el curso IAAS, se dan por cumplidos todos los puntos antes mencionados.

En el caso que el profesional no cumpla con la obligación de tener las certificaciones vigentes, se valoran como incumplidos los puntos referidos al programa de capacitación y en el apartado de observaciones, se deja nota del motivo del incumplimiento.

- Notificación del brote: Existe notificación del brote a niveles superiores de acuerdo a la normativa. (MINSAL, SEREMI de Salud, ISP).

Se verifica la constancia de notificación del último brote ocurrido en el establecimiento, el que debe ser posterior a la entrada en vigencia de la ley. La notificación para el caso de los prestadores públicos se debe realizar al ISP y al Servicio de Salud, y los prestadores privados deberán notificar al ISP y a la SEREMI de Salud correspondiente.

Para efectos de la constancia de la notificación del brote, se acepta cualquier documento o correo electrónico, que dé cuenta de la remisión de la ocurrencia del brote a las autoridades respectivas. Este envío lo puede realizar tanto el equipo del PCI, como la autoridad local del establecimiento.

En el caso que la notificación no se haya realizado a alguna de las instituciones antes mencionadas, el punto está incumplido.

8. RESULTADOS DEL VERIFICA CUMPLIMIENTO PCIAAS

8.1 RESULTADOS DEL CONTENIDO DE LOS REPORTES DE INFECCIONES

Gráfico N°24

% Cumplimiento de contenidos mínimos del reporte de infecciones / nivel nacional / público - privado

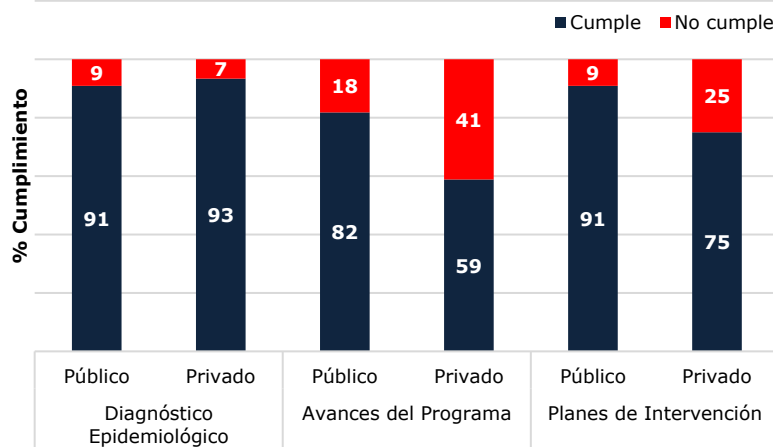
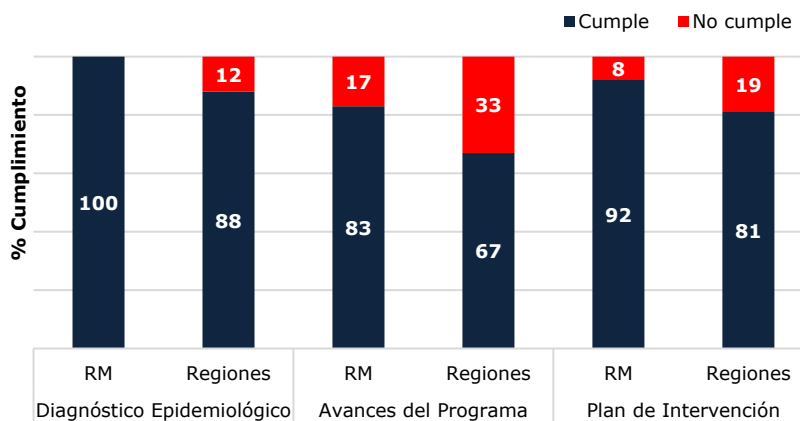


Gráfico N°25

% Cumplimiento de contenidos mínimos del reporte de infecciones / RM - otras regiones



Del contenido de los informes de infecciones

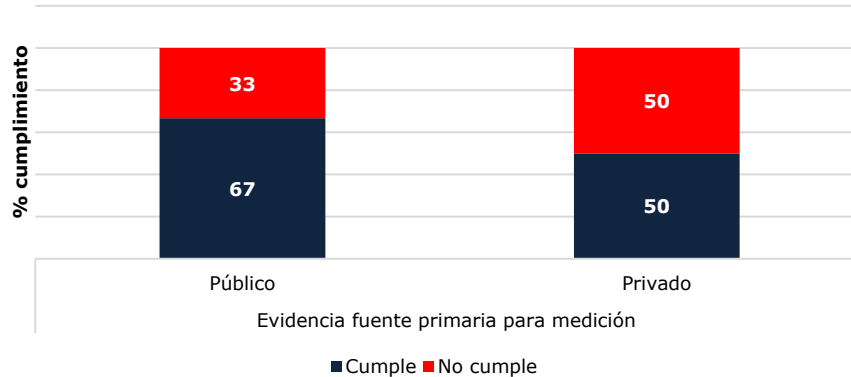
- A nivel nacional, se observó un cumplimiento homogéneo en cuanto al "diagnóstico epidemiológico" realizado por los prestadores, alcanzando valores en torno al 93%. Sin embargo, cuando comparamos la Región Metropolitana con las otras regiones, se observa que la primera cumple un 100% en el sector público y privado y en las otras se cumple un 88% y 89% respectivamente.
- Con relación a los "avances del programa", se muestra que el sector público tiene un mayor cumplimiento, alcanzando un 82%, lo que continúa siendo más alto cuando se disgrega a nivel de Región Metropolitana y el resto de las Regiones, siendo el más bajo en el área privada con un 50% de cumplimiento.

- c) En cuanto a los “planes de intervención”, los prestadores públicos alcanzan un 91% y el sector privado solo un 75%. Al desgregar entre la región metropolitana y otras regiones, podemos observar que en la primera el porcentaje de cumplimiento es mayor, siendo más bajo su cumplimiento en el área privada para la Región Metropolitana y Regiones ya sea en el ámbito público y privado.

8.2 RESULTADOS DE LA EVIDENCIA DE LA FUENTE PRIMARIA

Gráfico N°26

% Cumplimiento de la evidencia de fuente primaria en la medición de indicadores / nivel nacional / público - privado



De la evidencia de la fuente primaria

- a) En la evidencia de la fuente primaria para la construcción de los indicadores de infecciones, se observó un mayor cumplimiento general en los prestadores públicos (67%), sobre los prestadores privados (50%).
- b) No se realiza gráfico de segregación entre Región Metropolitana y Regiones, ya que, en la Región Metropolitana, el ítem de evaluación de fuente primaria, fue fiscalizado en un prestador que dio cumplimiento a lo solicitado.

8.3 CONTENIDO MÍNIMO DE CAPACITACIÓN DEL EQUIPO TÉCNICO DE IAAS

Gráfico N°27

% Cumplimiento del contenido mínimo de capacitación del equipo técnico del PCI / nivel nacional / público - privado

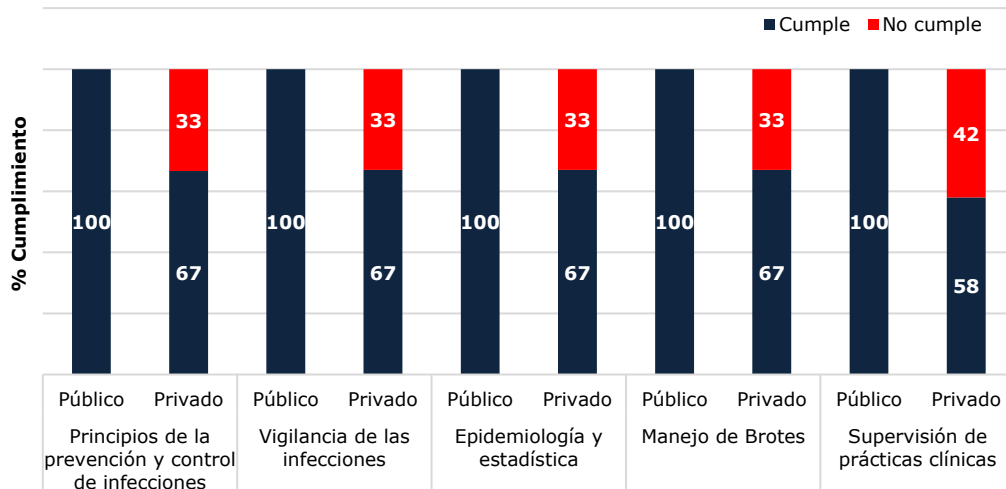
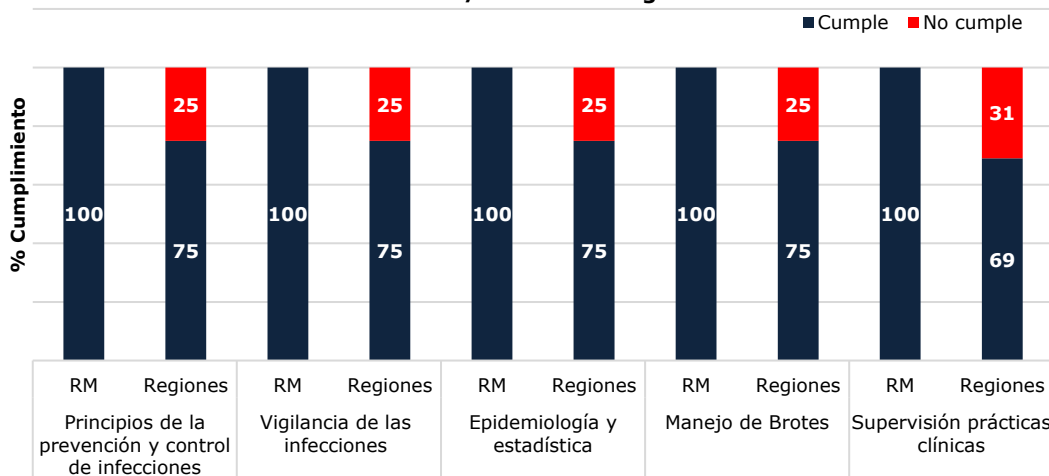


Gráfico N°28

% Cumplimiento del contenido mínimo de capacitación del equipo técnico de PCI / RM - otras regiones



De la capacitación en IAAS en el equipo técnico del PCI

- a) En la evaluación de las capacitaciones realizadas por el equipo técnico del PCI, a saber, médico y profesional de enfermería de IAAS, a nivel nacional se observó que el mayor cumplimiento de los todos los criterios que debe poseer la capacitación, se da en los prestadores públicos, con un 100%, mientras que, los prestadores privados logran un 67% de cumplimiento promedio.
- b) Cuando el resultado se disgrega en Región Metropolitana y otras Regiones, se observa que todos los prestadores de la RM obtienen un 100% para todos los criterios evaluados. En las otras Regiones el promedio general sobre el 70%, está principalmente sustentado por los resultados de los prestadores públicos, en donde existen diferencias que se duplican en algunos ítems mínimos de la capacitación.

8.4 CONTENIDO MÍNIMO DE CAPACITACIÓN DE IAAS EN LOS SUPERVISORES

Gráfico N°29

% Cumplimiento del contenido mínimo de capacitación de supervisores / nivel nacional / público - privado

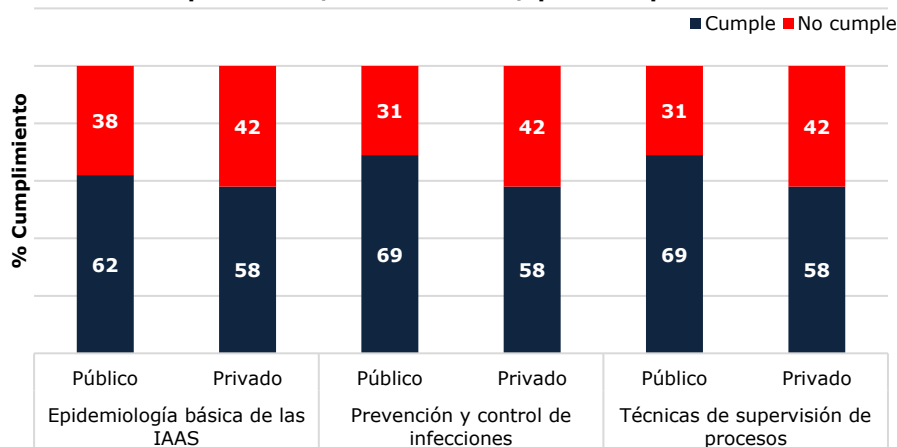
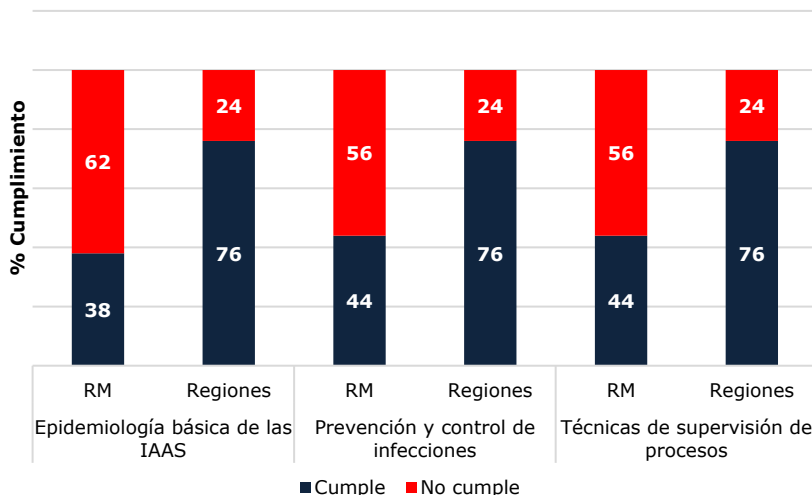


Gráfico N°30

% Cumplimiento de contenido mínimo de la capacitación de supervisores / RM - otras regiones



De la capacitación en IAAS en los supervisores

- a) Respecto de la evaluación de las capacitaciones realizadas por los profesionales supervisores, a nivel nacional, se observó un resultado similar en prestadores públicos como en privados, con un 11% de cumplimiento mayor en los primeros.
- b) Cuando se segrega la información en la región metropolitana y otras regiones, se observa que las últimas tienen un porcentaje de cumplimiento significativamente mayor, duplicándose en el criterio de la epidemiología básica de las IAAS.

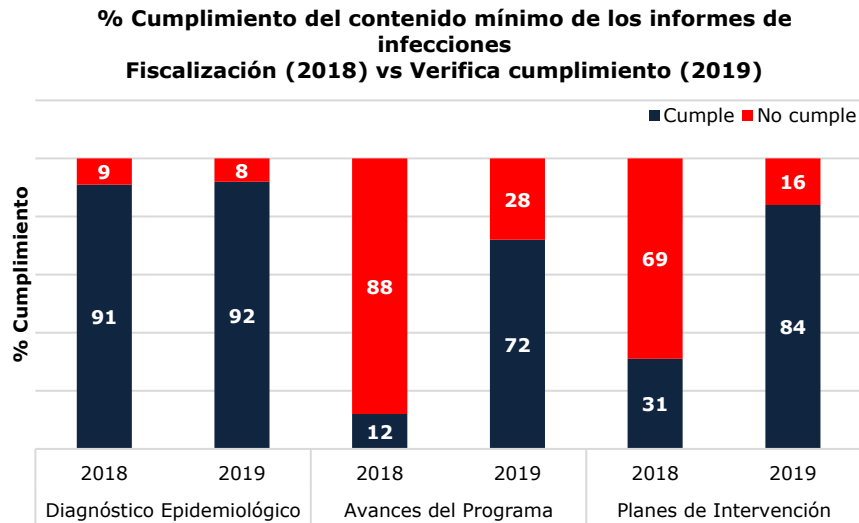
8.5 RESULTADOS EN LA NOTIFICACIÓN DE BROTES

En la evaluación de verificación de cumplimiento referida a la notificación de brotes, a nivel nacional, en prestadores públicos y privados los resultados alcanzaron un porcentaje máximo de 100% de cumplimiento.

9. RESULTADOS COMPARATIVOS FISCALIZACIÓN 2018 – VCIAAS 2019

9.1 CONTENIDOS MÍNIMOS DE LOS REPORTES DE INFECCIONES / FISCALIZACIÓN 2018 – VCIAAS 2019

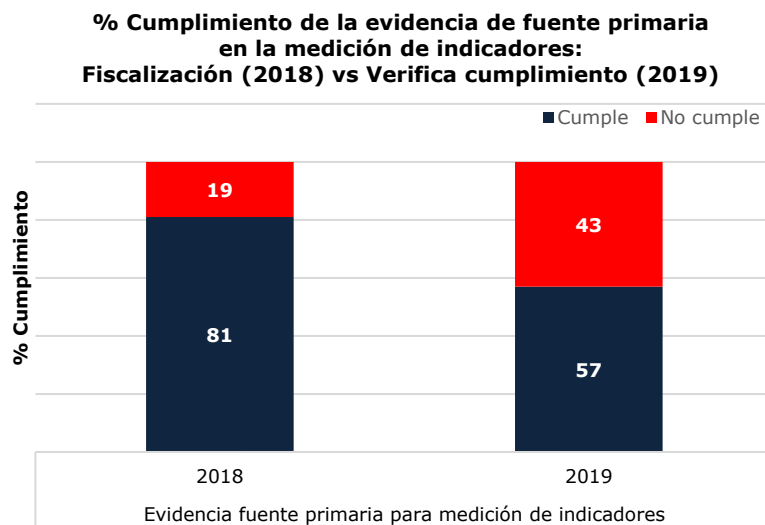
Gráfico N°31



Es posible observar que existió un aumento significativo en el cumplimiento de los reportes de infecciones que deben elaborar los profesionales del PCI y ser remitidos a los jefes de servicio del prestador, en particular, en los contenidos “avances del programa” y “planes de intervención”, con 60 y 53 puntos de diferencia respectivamente. En cuanto al “diagnóstico epidemiológico”, solo sube un punto, no obstante, es el contenido de mayor cumplimiento en ambas mediciones, logrando un 91% y 92% comparativamente.

9.2 EVIDENCIA DE LA FUENTE PRIMARIA EN LA MEDICIÓN DE INDICADORES FISCALIZACIÓN 2018 – VERIFICA CUMPLIMIENTO 2019

Gráfico N°32



Se muestra que, existió una disminución de 24 puntos porcentuales en el cumplimiento de la evidencia de fuente primaria en la medición de indicadores, entre los resultados obtenidos en la fiscalización y los del verifica cumplimiento IAAS.

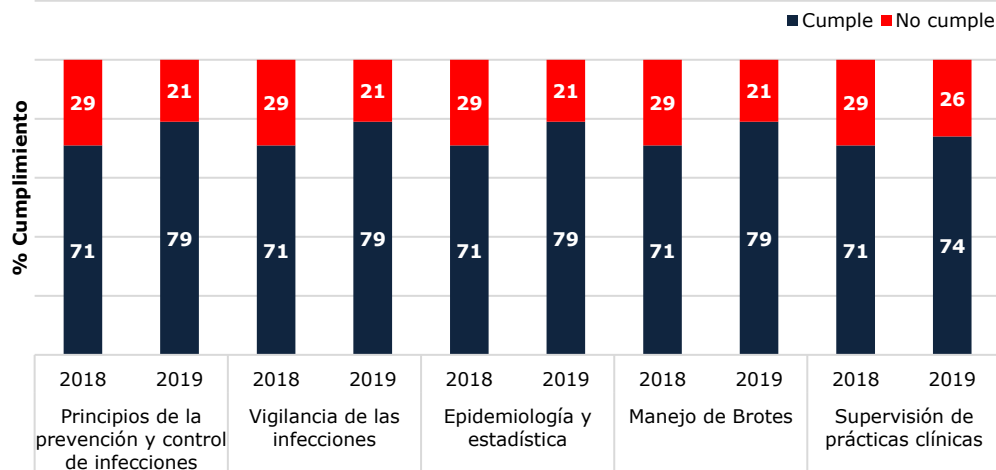
No se logra entender este resultado negativo en un elemento crucial para el Programa de Control de IAAS, por lo que se dejará en carpeta para una nueva fiscalización.

9.3 CONTENIDO MÍNIMO DE CAPACITACIÓN DEL EQUIPO TÉCNICO DE IAAS / FISCALIZACIÓN 2018 – VCIAAS 2019

Gráfico N°33

Cumplimiento de contenidos mínimos de capacitación en equipo técnico de IAAS:

Fiscalización (2018) vs Verifica cumplimiento (2019)



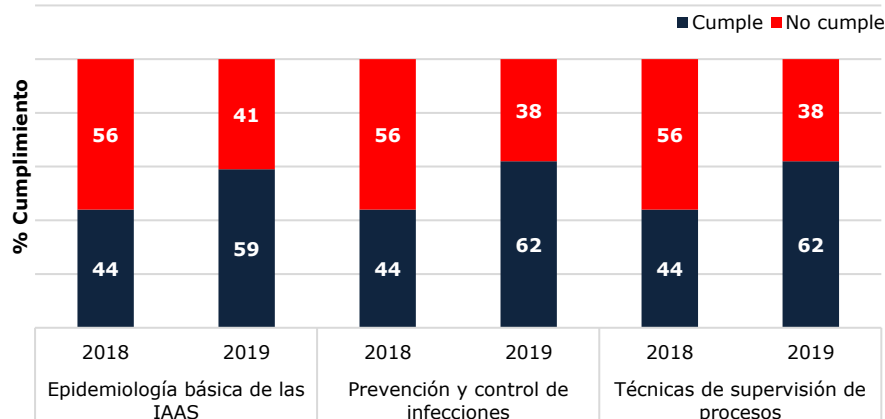
En la capacitación del equipo técnico en IAAS, los resultados muestran una leve mejora en los contenidos mínimos exigidos, subiendo un 8% en los 4 primeros contenidos y tan solo un 3% en el tema de "supervisión de las prácticas clínicas".

9.4 CONTENIDO MÍNIMO DE CAPACITACIÓN DE IAAS EN SUPERVISORES / FISCALIZACIÓN 2018 – VCIAAS 2019

Gráfico N°36

% Cumplimiento de contenidos mínimos de capacitación en IAAS para supervisores:

Fiscalización (2018) vs Verifica cumplimiento (2019)



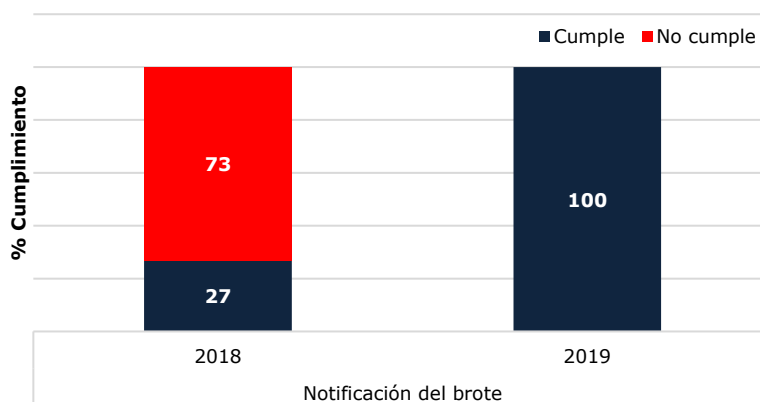
En la capacitación de IAAS para los supervisores de las áreas clínicas, los resultados muestran una ligera mejora en los contenidos mínimos exigidos, subiendo un 22% en el verifca cumplimiento para los temas de "prevención y control de infecciones" y "técnicas de supervisión de procesos". En cuanto al contenido de "epidemiología básica de las IAAS", aumenta de 44% a 59% (+15%).

Con todo, el nivel de capacitación de los supervisores es muy bajo para los requerimientos de su función, ya que son ellos los que deben supervisar y corregir las prácticas que realiza el personal clínico y que son fuente potencial para las IAAS.

9.5 NOTIFICACIÓN DE BROTES / FISCALIZACIÓN 2018 – VCIAAS 2019

Gráfico N°37

% Cumplimiento de la notificación de brotes:
Fiscalización (2018) vs Verifca cumplimiento (2019)



En la evaluación del cumplimiento de la notificación de brotes, se observa una mejora impresionante, pasando de un 27% de cumplimiento en la fiscalización a un 100% en el verifca cumplimiento. El cambio se da fundamentalmente en los prestadores privados, que una vez conocida la forma y la autoridad a la que debe notificar, lo realiza sin inconvenientes.

10. RESUMEN GENERAL DE LOS RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES Y SU VERIFICA CUMPLIMIENTO

Fiscalización 2018:

- En general existe un adecuado cumplimiento de los prestadores respecto de la estructura general del PCI, esto debido en gran medida al tiempo que en Chile existe un programa de infecciones (1982), y al esfuerzo sistemático de los prestadores por ir dando cumplimiento a cada una de las obligaciones previstas en las distintas normas relacionadas con el tema, en el entendido de que estas ayudan en gran medida a mejorar los indicadores de salud de la población usuaria del sistema de salud.
- Con respecto del incumplimiento generalizado de los prestadores en relación al contenido de los reportes de infecciones, fue posible observar durante el periodo de fiscalización de esta norma, que el factor predominante para este comportamiento, es el desconocimiento de esta obligatoriedad, toda vez que, los encargados del PCI, en general realizaban informes trimestrales o cuatrimestrales, los que eran debidamente remitidos a los jefes de servicio, sin

embargo su contenido no incluía toda la información exigida, dando una mayor relevancia al diagnóstico epidemiológico. En cuanto a los planes de intervención y los avances del programa, la mayoría de los prestadores los realizaban particularmente con cada servicio involucrado, no obstante, no existía registro posterior en los mencionados reportes de infecciones.

- c) Como se pudo observar tanto en los resultados como en el análisis, en general los prestadores cumplen con todas las directrices técnicas exigidas en la norma, esto podría explicarse por los mismos factores que determinan el cumplimiento relacionado a la estructura general del PCI.
- d) Llama la atención el bajo cumplimiento que presentan los prestadores, en cuanto a la evidencia de la fuente primaria de datos que permiten construir los indicadores de infecciones, la que se acentúa en la actividad de VCIAAS. La principal causa de incumplimiento, corresponde a la falta de concordancia en el conteo de datos que dan origen a la estructura del indicador, en específico, en la diferencia de los días exposición presentados con los constatados. Es importante que esta información sea mejorada y revisada en profundidad por los prestadores en todos los indicadores que debe medir, ya que estos deben ser bien medidos, demostrados e informados, tanto para la toma de decisiones de la propia Institución, como las decisiones que adopta el MINSAL, al realizar el análisis y consolidación de la información que le reportan los prestadores institucionales.
- e) En general, los integrantes del equipo técnico del PCI que fueron evaluados en cuanto a las capacitaciones que mandata la norma, presentaron certificaciones vigentes. Sin embargo, no sucedió lo mismo con la evaluación de los supervisores/coordinadores clínicos y de apoyo, en donde la casuística de incumplimientos fue notoriamente mayor, a pesar de ser una obligación claramente señalada en la normativa de IAAS. Uno de los principales argumentos esgrimidos por los prestadores, dice relación con la alta rotación de supervisores/coordinadores.
- f) En cuanto a la baja notificación de brotes de infecciones de los prestadores privados a la autoridad pertinente, fue justificada por los mismos, señalando que se desconoce a quienes se debe notificar el brote; y en los casos en que indicaban estar en conocimiento a que autoridad notificar, señalaban no contar con los correos electrónicos, teléfonos u otra vía de comunicación de la contraparte encargada de recibir dichas notificaciones. Esta afirmación es consistente con lo observado en terreno, toda vez que, en el 100% de los prestadores públicos y privados, se observa un adecuado manejo de los brotes.
- g) Considerando los resultados generales obtenidos en la evaluación de cada prestador, se tiene que estos oscilan entre un 100% y 41,2%. Aplicando una escala de tres rangos, se muestra que, de los 95 prestadores fiscalizados, el 31% (29) alcanza un cumplimiento entre 90% y 100%, donde solo 2 prestadores privados alcanzan el máximo; otros 57 prestadores (60%) consiguen un cumplimiento entre 89,6% y 70,7%, y finalmente, solo un 9,5% (9) muestra un nivel de cumplimiento igual o menor a 69,9%.

Verifica cumplimiento 2019:

- h) Respecto a los resultados de la constatación de los contenidos de los reportes, el más bajo cumplimiento se da en los avances del programa, ya que no poseían referencias, indicaciones o estrategias planteadas en el reporte del cuatrimestre

anterior, o bien, no se habría elaborado este avance del programa de manera cuatrimestral, sino que, se realizan de manera semestral o anual. En otras situaciones, los informes trimestrales no daban cuenta del plan de intervención de acuerdo a la epidemiología local.

También hubo prestadores que no presentaron sus reportes, aludiendo a que los jefes de servicios clínicos generaban sus planes de mejora y que los reportes se entendían como las bases de datos de las tasas de la vigilancia epidemiológica MINSAL. Por lo anterior, continua el desconocimiento sobre la estructura de los contenidos de los reportes y lo que debe considerar cada ítem y su frecuencia.

- i) La evidencia de la fuente primaria para la construcción de los indicadores, es un ítem que no alcanzó los resultados esperados. Esta evidencia es muy importante a la hora de evaluar cómo se está realizando la vigilancia epidemiológica activa y los resultados de los indicadores. Por lo general, en la constatación realizada, existieron diferencias en los días de exposición entre lo presentado por el prestador y lo evaluado.
- j) Con relación a los contenidos mínimos de las capacitaciones del equipo técnico del PCI, si bien se comentó que existe cumplimiento en la mayoría de los contenidos mínimos, existe diferencia importante en estos ítem cuando nos referimos a los prestadores privados. En general, para el equipo técnico, no se incluye en la capacitación la supervisión de las técnicas para la enfermera del PCI, y para el médico en su mayoría no incluye ninguno de los contenidos mínimos, ya que los médicos se actualizan en otros temas relativos a su especialización, por ejemplo, infectología, o si tuvo capacitación, estas se encontraban desactualizadas a la fecha de la fiscalización. Cuando existe la comparación general de la mejora de este ítem, se observa que los prestadores no mejoraron sustancialmente al momento de realizar el VCIAAS y tampoco lograron demostrar que los equipos técnicos y los supervisores tendrían capacitación formal durante el año.
- k) Respecto de las capacitaciones y los contenidos mínimos que deben tener los supervisores, podemos mencionar que los supervisores enfermeros que se fiscalizaron, correspondieron en su mayoría a las Unidades de Urgencia, Pabellón, UPC, Neonatología, otra. De acuerdo a lo declarado por los Supervisores, no cumplían con este ítem, ya que los prestadores les piden que ellos costeen su capacitación. Por otra parte, los que tenían respaldos de capacitación, esta no se encontraba actualizada al momento de la fiscalización.
- l) Por último, respecto a la notificación de brotes, se observó que todos los prestadores a los que se les aplicó este ítem en el VCIAAS, realizaron la notificación de acuerdo al procedimiento alcanzando un 100% de cumplimiento.

11. RESUMEN FINAL

Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), tienen impacto en la morbilidad, mortalidad y en los costos para el paciente y familia como también para las instituciones de salud y la comunidad. Es así que, desde hace varias décadas existe una preocupación a nivel mundial para evitar que las personas que reciben prestaciones de salud, adquieran una infección durante la concurrencia y permanencia en los Centros de Salud. Nuestro país no está ajeno a este tema, el que se viene trabajando con

actividades y normativas concretas lideradas por el Ministerio de Salud, desde los años 80 en adelante y a las que se adscriben todos los prestadores institucionales.

Al respecto, la normativa vigente del MINSAL, determina que los establecimientos de salud de atención cerrada, contarán con un Programa de Control de Infecciones que dependerá del nivel técnico más alto de la organización, el que cuenta con objetivos y metas para la prevención de infecciones, funciones específicas, tales como, vigilancia epidemiológica de las IAAS, desarrollo de directrices, estudio y manejo de brotes, capacitación del personal de salud, entre otras, y que además, se relaciona y coordina con otros programas atingentes, como son, salud ocupacional, calidad de la atención en salud y seguridad de los pacientes, manejo de residuos hospitalarios y otras materias ambientales, bioseguridad de laboratorios y otros.

Por su parte, la Ley N°20.584, que "Regula los derechos y deberes que tienen las personas con relación a acciones vinculadas a su atención en salud", en su artículo 4° señala que "Toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas"

Con relación a lo indicado precedentemente, el MINSAL, a través de la RE N°1031 de 2012, aprueba 9 protocolos y normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, siendo el N° 9 el "Programa de prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud", el que se materializa en la Norma Técnica N°124 de 2011, del Ministerio de Salud.

En cuanto a la Intendencia de Prestadores, le compete la responsabilidad de verificar que los prestadores institucionales de salud den cumplimiento cabal a la Ley N°20.584 y los reglamentos y normas de seguridad que bajan de esta, por lo que, en los años 2018 y 2019, realiza las fiscalizaciones cuyos resultados son objeto del presente informe.

En la citada fiscalización del PCIAAS y su verifica cumplimiento, se evidencia que todos los prestadores de salud de atención cerrada de alta complejidad públicos y privados, cuentan con un programa de control de infecciones, que se encuentra institucionalizado y bien implementado, observando un adecuado cumplimiento de este, con una gran adherencia, por parte del personal de dichas instituciones. No obstante, lo anterior, se detectan deficiencias en algunos componentes del programa, con distinto grado de cumplimiento, como, por ejemplo, en la capacitación del personal en IAAS y la notificación de brotes.

En cuanto a la actividad de "verifica cumplimiento", en los 29 prestadores fiscalizados, en términos generales se observan mejoras en los incumplimientos presentados en la fiscalización del año 2018, en donde 13 prestadores alcanzan un 100% de cumplimiento. El componente que obtiene un resultado espectacular es la "notificación de brotes", pasando de un 26% de cumplimiento en el 2018 a 100% en el 2019. Por el contrario, la verificación de la evidencia de la fuente primaria para la construcción de los indicadores, obtuvo un resultado menor en el verifica cumplimiento.

Finalmente, señalar que, con las fiscalizaciones efectuadas se tuvo la oportunidad de retroalimentar y corregir a los prestadores y además, se pudo visualizar la situación dentro de las instituciones públicas y privadas, respecto de un programa estratégico que

asegura aspectos relevantes en la calidad y seguridad de las atenciones otorgadas a los pacientes, relacionadas con la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud y sobre el cual hay que seguir trabajando de manera continua, potenciando sus funciones y actividades y empoderando al personal a cargo de este, combinando esto con el monitoreo, supervisión y fiscalización a los prestadores, por parte del Ministerio de Salud, Intendencia de Prestadores y SEREMI de Salud, de acuerdo al rol y facultades de cada uno de los Organismos involucrados.