



**FACULTAD DE FARMACIA
ESCUELA DE QUÍMICA Y FARMACIA**

OPTIMIZACIÓN DE INDICADORES APLICADOS EN LA UNIDAD DE FARMACIA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO

Internado para optar al título de Químico Farmacéutico

FELIPE JORQUERA AGUILAR

Director de Tesis: QF. Waldo Vergara Herrera
Co-director de Tesis: QF. Varinia González Letelier

2018

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todas las personas que estuvieron a mi lado y me ayudaron en este largo proceso, sin ustedes no sería quien soy y no habría llegado hasta donde estoy.

Muchas gracias por todo.

AGRADECIMIENTOS

Debo iniciar dando gracias a mi padre Arturo, sin el cual nada de esto sería posible y sin el cual no sería la persona que soy en la actualidad. Siempre me ha apoyado en cada paso que he dado, me ha dado las fuerzas necesarias para seguir adelante cada vez que lo intento y fracaso; y a pesar de estar lejos físicamente la mayor parte del tiempo, siempre está conmigo sin importar nada, es y será siempre mi mayor mentor de la vida.

Agradezco a mi madre Isabel, por haber escuchado, comprendido y apoyado cada situación que viví en la universidad, sus palabras tranquilizaron mi mente y aclararon mis ideas, gracias por estar siempre a mi lado y escucharme.

Agradezco a mis hermanos Cristian y Fabian, mi par máspreciado de amigos y compañeros de vida, su apoyo fue crucial en cada día de universidad, espero tenerlos por siempre a mi lado, como ha sido hasta el momento.

Mis mamis y tatas, ustedes que siempre me recibieron en sus casas para darme un cariño único e incondicional, ustedes que me dieron la mejor comida que pudiese haber tenido, ustedes que me enseñaron a ser una buena persona, les agradezco todo lo que hicieron por mí.

Mis amigos Miguel, Katherine, Gustavo y Tamara, con ustedes pasé los mejores momentos de la universidad, las tardes de estudio, las discusiones ilógicas, los carretes y todo grato momento, lo pasé gracias a ustedes.

A mis compañeros de universidad Catherine, Gabriel, Natalia, Sebastián, Renato, Nivi e Ingrid, que me ayudaron y brindaron su mano cada vez que lo necesité, siempre tendré presente su buena compañía y apoyo, tanto en el estudio como en la vida.

A mi mejor amigo, compadre y hermano de la vida Diego, siempre te has preocupado de cómo me ha ido en la universidad y en todo lo que he hecho, siempre me has recibido en tu casa como uno más de la familia y me ayudaste en este periodo de vida, en donde a ratos necesitaba distraerme y pasarlo bien, y no puedo dejar de lado a Jimena, Nicole y Jonathan, los que me dieron muchos gratos momentos y que lo seguirán haciendo en mi vida.

Agradezco a los profesores Waldo Vergara y Yanneth Moya, por el tiempo y dedicación que me entregaron sin dudar para resolver problemas y guiarme en todo lo que necesite durante este proceso.

Agradezco a mi co-directora de tesis Varinia González, todo el tiempo que destino de su trabajo en explicarme, ayudarme y guiarme en todo lo que necesite durante mi internado y practica en la unidad de farmacia del hospital, su enseñanzas y palabras quedaran siempre en mi memoria.

Finalmente, mi mejor amiga, mi compañera de todos los días y mi apoyo incondicional, Nathalie, fuiste de vital importancia en este proceso, pues tus palabras y comprensión lograron animar cada día y momento que pasé realizando este proyecto, siempre valoraré todo el tiempo que entregaste para que yo terminara con ánimos la tesis.

RESUMEN

El sistema actual de salud en Chile plantea como objetivo principal en cada establecimiento que actúe como prestador de salud estar acreditado para dar cumplimiento a la Garantía de Calidad, esto significa garantizar a todos los usuarios del Sistema de Salud en Chile, tanto a nivel público como privado, una atención segura y de calidad.

En el proceso de acreditación se someten en forma voluntaria los prestadores institucionales de salud a una evaluación respecto del cumplimiento de estándares de calidad fijados por el Ministerio de Salud. A través de los manuales de Acreditación para atención cerrada y abierta, se plantea un sistema que evalúa las condiciones sanitarias, equipos y tecnología, protocolos de atención y seguridad de los prestadores. Además, el obtener la acreditación permite a los establecimientos optar por acreditarse como Establecimientos Autogestionados en Red, obteniendo de esta forma la capacidad de administrar sus recursos y definir la forma de entregar sus prestaciones de salud.

En particular, la unidad de farmacia debe garantizar la calidad de los procesos farmacéuticos mediante una gestión oportuna, eficaz y eficiente, controlando el gasto de los tratamientos y principalmente disminuyendo los errores de medicación, en beneficio de los pacientes para entregar terapias seguras. Para ello emplea indicadores que permiten dar seguimiento y ajustar las acciones de los procesos para alcanzar el cumplimiento de objetivos y metas, mediante su comparación en el tiempo con referentes internos y externos.

La metodología para la optimización de los indicadores de la Unidad de Farmacia corresponde específicamente a un diseño de tipo descriptivo, mediante la revisión de documentos y la observación de los procesos, con el objetivo de evaluar la calidad de los procesos y optimizar tanto el programa de acreditación como la capacidad de autogestión en red. Este estudio es una contribución, como una experiencia y propuesta para mejorar los procesos farmacéuticos exigidos en los estándares publicados por el MINSAL.

ABSTRACT

The current health system in Chile sets as the main objective in each establishment that acted as health provider to be accredited to comply with the Quality Assurance, this means guaranteeing all users of the Health System in Chile, both publicly and private, safe and quality care.

In the accreditation process, the institutional health providers are voluntarily subjected to an evaluation regarding compliance with quality standards set by the Ministry of Health. Through the Accreditation manuals for closed and open care, a system is proposed that evaluates health conditions, equipment and technology, care protocols and safety of providers. In addition, obtaining accreditation allows establishments to opt to be accredited as Self-Managed Network Establishments, obtaining in this way the ability to manage their resources and define how to deliver their health benefits.

In particular, the pharmacy unit must guarantee the quality of pharmaceutical processes through timely, effective and efficient management, controlling the cost of treatments and mainly reducing medication errors, for the benefit of patients to deliver safe therapies. To do this, it uses indicators that allow monitoring and adjusting the actions of the processes to achieve compliance with objectives and goals, by comparing them over time with internal and external references.

The methodology for the optimization of the indicators of the Pharmacy Unit corresponds specifically to a descriptive design, through the review of documents and the observation of the processes, with the aim of evaluating the quality of the processes and optimizing both the program of accreditation as the capacity for network self-management. This study is a contribution, as an experience and proposal to improve the pharmaceutical processes required by the standards published by MINSAL.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS	8
METODOLIGÍA	9
1ª ETAPA - Diagnóstico de situación	9
2ª ETAPA - Estrategias de optimización	10
2.1. Acciones de optimización	10
2.2. Desarrollo, evaluación y seguimiento de los indicadores	11
2.3. Elaboración de los manuales	11
2.4. Procesamiento de la Información	12
3ª ETAPA - Verificación de la optimización	12
RESULTADOS	13
1. Diagnóstico de situación.....	13
1.1 Revisión de documentos del programa de acreditación	13
1.2.Revisión de documentos de la capacidad de autogestión	14
2. Estrategias de optimización.....	15
2.1. Acciones de optimización efectuadas.....	15
2.1.1 Acciones efectuadas para dar cumplimiento al Programa de Acreditación.....	15
2.1.2 Acciones efectuadas para dar cumplimiento a la evaluación de la capacidad de autogestión.....	20
2.2. Desarrollo, evaluación y seguimiento de los indicadores	26
2.2.1. Indicadores del programa de Acreditación	26
Indicador Porcentaje de reposiciones oportunas del stock mínimo.....	26
Indicador Rotulación y envasado de medicamentos en dosis unitarias	28
Indicador Porcentaje de Cumplimiento de formato de prescripción	30
Indicador Almacenamiento y dispensación de fórmulas de NPT	33
2.2.2 Indicadores de autogestión.....	34
Indicador Porcentaje de despacho de receta total y oportuna.....	34
Indicador Porcentaje de uso del arsenal farmacológico.....	36
Indicador Porcentaje de Autorización de Compras de Medicamentos	39
2.3. Desarrollo de manuales para el cálculo de los indicadores	41
2.4. Procesamiento de la información	42
3. Verificación de optimización.....	44
3.1. Acciones de mejora evaluadas en la segunda auditoría.....	44
3.1.1 Cumplimiento del programa de acreditación.....	44
3.1.2 Cumplimiento de la evaluación de la capacidad de autogestión	45
3.2. Otras estrategias aplicadas.....	45

DISCUSIÓN.....	47
CONCLUSIONES.....	54
BIBLIOGRAFÍA.....	55
ANEXOS	57
Anexo 1: pauta de cotejo de las características evaluadas del programa de acreditación.....	58
Anexo 2: pauta de cotejo para indicadores de autogestión.....	61
Anexo 3: informe de porcentaje de despacho de recetas total y oportuno año 2017	62
Anexo 4: manual para el cálculo de indicadores de calidad.....	63
Anexo 5: manual para el cálculo de indicadores de autogestión	91
Anexo 6: resultados obtenidos para el programa de acreditación en calidad	117
Anexo 7: resultados obtenidos de la evaluación de la capacidad de autogestión en red	122

INTRODUCCIÓN

El concepto de calidad se origina en los años veinte en el mundo de la industria, debido a la complejidad en la fabricación de un producto que cumpla con los estándares propuestos, lleva a la necesidad de verificar la línea de manufacturación hasta el producto final para lograr los objetivos iniciales establecidos. La verificación de la calidad en cualquier producto se lleva a cabo a través de una serie de variables y procedimientos establecidos y ligados a la satisfacción de las necesidades del productor y también al servicio prestado a clientes y consumidores. ^[1]

Al aplicar el concepto de calidad en el ámbito de atención en salud, su definición se vuelve más compleja y difícil de establecer, debido a que el concepto de salud es un término global en donde están implícitas muchas variables difíciles de precisar. Desde el punto de vista del paciente, la calidad de la satisfacción de sus necesidades es aún más compleja, ya que, para algunos, una consulta médica de buena calidad debe ser breve y dirigirse directamente al punto problemático, mientras que para otros sólo será satisfactoria si el médico destina una buena parte de su tiempo a escuchar los pormenores de la naturaleza, historia y características de los síntomas que lo aquejan. ^[2] Por otro lado, desde el punto de vista médico, no existe uniformidad en la visión de lo que se puede considerar atención médica de buena calidad. Se acepta que, al menos, el médico debe poseer conocimientos actualizados y utilice tecnología correspondiente para ejecutar el acto médico, por lo cual, al emplear un procedimiento anticuado, no estaría brindando una atención médica de calidad.

Desde el punto de vista de la gestión farmacéutica, la calidad no se puede separar de la eficiencia, ya que al no considerar la relación costo/beneficio y a la vez el ahorro de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor que el supuestamente posible y deseable. ^[2]

La dificultad para definir este concepto radica en que la calidad es un atributo que varía según el ámbito en donde se esté desarrollando un producto, un proceso o una idea, y dependerá de los intereses particulares, el nivel educacional de todos los actores involucrados, los valores, la cultura, el entorno social, los sistemas de salud y las políticas de estado del país para establecerla y ejecutarla. ^{[2] [3]}

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define calidad asistencial como la “medida en que los servicios de atención de salud proporcionados a las personas y poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud deseados”. Para lograr esto, la atención médica debe ser segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en las personas”. ^[4]

Otra definición de calidad asistencial es la propuesta por Avedis Donabedian (1980), la cual establece que la Calidad asistencial es aquella en la cual se espera proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de pérdidas y ganancias que pueden acompañar el proceso en todas sus partes. ^[5]

Para lograr una atención de alta eficiencia, es necesario identificar, controlar y mejorar los procesos hospitalarios, permitiendo una mejor coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se consigue aumentar la seguridad y la calidad de la atención brindada a los pacientes ^[6], ya que al proporcionar niveles de calidad óptimos a los usuarios se cumpliría con uno de los grandes desafíos del sector asistencial en la actualidad. La definición de los estándares de la calidad se debe enfocar desde la visión del paciente y no según la del gestor y, por tanto, se vuelve obligatoria la existencia de un sistema que permita su medición y la satisfacción de quienes requieren dichos servicios. ^[7]

La gestión en calidad asistencial se basa en un modelo de mejora continua, el cual busca obtener la máxima eficacia y eficiencia en los procesos y actividades en el ámbito hospitalario, promoviendo la participación y el compromiso de todo el personal involucrado ^[2] ^[7], y las acciones y medidas enfocadas a la satisfacción de las necesidades del paciente son gestionadas por medio de diversas entidades sanitarias, entre ellas la Farmacia asistencial, la cual posee un rol fundamental para conseguirla.

La Farmacia Asistencial es un servicio de apoyo clínico en los centros asistenciales y a su vez una especialidad farmacéutica que se ocupa de servir a la población para satisfacer sus necesidades farmacéuticas, a través de la selección, preparación, adquisición, control, dispensación e información de los medicamentos, además de actividades orientadas a conseguir un uso apropiado, seguro y costo-efectivo de los medicamentos y productos sanitarios. Por lo tanto, la Farmacia asistencial posee roles claves dentro de la gestión eficaz y eficiente de la asistencia sanitaria, apoyando a los profesionales de la salud y a los servicios clínicos, garantizando seguridad y calidad asistencial al minimizar los errores de medicación e interviniendo en la gestión de los medicamentos otorgando a esta, un rol esencial en el control de la calidad farmacológica, y también en la contención financiera pero asegurando la sustentabilidad del sistema sanitario. ^[6]

Para evaluar la calidad asistencial necesariamente se debe cuantificar y medir, siendo utilizado como instrumento de medida los indicadores de calidad, que una vez ejecutados, se comparan con valores estándares preestablecidos y así determinar el grado de concordancia entre los objetivos y metas de un programa de salud y comprobar los logros alcanzados. ^[1]^[2]

Los indicadores en la clínica son elementos cuantificables de la atención médica que intentan objetivar en forma cuantitativa o cualitativa la calidad entregada al paciente de acuerdo con la investigación científica o el consenso entre los expertos permitiendo el respaldo de acciones, políticas, evaluar logros y metas entre otros. ^[8]

La monitorización de indicadores se entiende, como una actividad planificada y sistemática cuyo objetivo es la de identificar problemas o situaciones que deben ser estudiados en profundidad o ser objeto de intervención para mejorar o corregir cualquier fenómeno que interfiera con el logro de los objetivos trazados. ^[9]

Es necesario, mencionar que según el trabajo publicado por A. Donabedian (1989) en el cual el autor clasifica por primera vez los métodos para la evaluación de la calidad asistencial (esquema continúa siendo referencia del tema hasta el día de hoy), establece tres elementos básicos a través de los cuales un sistema puede ser evaluado: la estructura, el proceso y los resultados ^{[1][11]}.

- **Análisis de estructura:** los indicadores de estructura miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos. Se centra en el análisis de la estructura física (recursos materiales), como el espacio y los equipamientos y a la vez asociado a la estructura organizadora (recursos humanos), involucrando el personal y las funciones que estos puedan ejercer, vale decir lo necesario para impartir una asistencia de calidad.

Corresponde al método más simple de aplicar, debido a que las variables son concretas y determinan de forma indirecta la calidad asistencial evaluando directamente la salud. Una buena estructura no garantiza un buen resultado, es más bien una condición necesaria.

- **Análisis del proceso:** los indicadores de proceso miden la calidad del proceso, es decir, aquellas acciones que son realizadas con un objetivo definido y que llevan a un resultado. El análisis se focaliza en estudiar y evaluar las acciones dirigidas a restablecer y mejorar la salud, en otras palabras, en cómo la atención es otorgada, y si todas las etapas ejecutadas dentro de un proceso se ejecutaron correctamente de acuerdo a un estándar establecido.

El método que evalúa los procesos también es indirecto, aunque este estudia la parte activa del proceso asistencial.

- **Análisis de los resultados:** los indicadores de resultado miden el beneficio que se logra en los pacientes, aunque también se suele medir en términos de daño, o en forma general, el resultado de un cambio en la salud que puede ser atribuido a la asistencia recibida.

De los tres métodos, este evalúa directamente la calidad de la asistencia prestada, analizando el producto final que en este caso corresponde a la salud.

A la vez son los que presentan mayor dificultad para ser estudiados, ya que la salud, al ser un concepto difícil de definir, siempre se evaluara de forma distinta según quien la perciba y si es que está ha mejorado o no.

En la atención hospitalaria, los indicadores de calidad son útiles para medir el desempeño de los servicios que brinda o debe brindar el hospital y facilitar las comparaciones en el espacio y en el tiempo ^[2].

Para el desarrollo de buenos indicadores, estos deben ser *Validos*, es decir, que deben reflejar el aspecto de la calidad para el que se creó o estableció y no otro; deben ser *Confiables* brindando el mismo resultado al ser evaluado en iguales condiciones; *Comprensibles*, siendo capaces de comprender fácilmente qué aspecto de la calidad pretende reflejar; y finalmente deben ser *Sencillos* de administrar, aplicar y de explicar.

Los indicadores no ofrecen respuestas definitivas, pero *muestran* problemas potenciales que podrían necesitar ser intervenidos. La monitorización de indicadores se entiende, así como una actividad planificada y sistemática cuyo objetivo es identificar problemas o situaciones que deben ser estudiadas en profundidad o ser objeto de intervención para mejorarlos o cambiarlos. Es una puerta de entrada a ciclos de mejora y actividades de planificación ^[12].

Proceso de acreditación

El Sistema Nacional de Acreditación en Salud tiene por sentido constituir unos de los pilares para el cumplimiento de la Garantía de Calidad. La acreditación es un proceso de evaluación respecto del cumplimiento de Estándares mínimos fijados por el Ministerio de Salud y constituye una herramienta más, de la política pública pro equidad, que tiene por objetivo garantizar a todos los usuarios del Sistema de Salud de Chile, ya sea a nivel de la red pública o privada, una atención segura y de calidad.^[13]

La Acreditación es un proceso periódico de evaluación, al cual se someten voluntariamente los prestadores institucionales que cuentan con su autorización sanitaria vigente, tales como hospitales, clínicas, centros ambulatorios y laboratorios, respecto del cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad fijados y normados por el Ministerio de Salud.^[14]

Dicho proceso de evaluación es ejecutado por entidades o pares evaluadores externos acreditados, autorizados y fiscalizados por la Superintendencia de Salud y que se encuentran inscritas en el Registro Público de Entidades Acreditadoras. La Superintendencia de Salud, comprueba sus competencias, capacidades, transparencia y objetividad de los procedimientos llevados a cabo al momento de realizar la evaluación a los prestadores institucionales. Con esto se cautela la neutralidad de las instituciones en la evaluación de la calidad y su capacidad de asegurar a la población la objetividad de las mediciones ^[15].

Al lograr la institucionalización de los sistemas de evaluación de la calidad, se logra cumplir con una de las tareas impuestas por la Reforma a la Salud, y esto es evaluar la calidad del sistema salud, en particular, los prestadores de salud ^[15].

A través de los manuales de Acreditación para Prestadores Institucionales de salud, se plantea un sistema de evaluación de calidad exigible para el funcionamiento de los establecimientos de salud públicos y privados en Chile ^[15].

En este Manual de Acreditación para Prestadores Institucionales de salud, se encuentran los contenidos normativos y estándares mínimos definidos por el Ministerio de Salud que, deben cumplir los prestadores institucionales de salud, públicos y privados, con respecto a las condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y

tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencia de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones ^[16].

Existe un manual para Atención Cerrada y otro para Atención Abierta, en los que se desagrega sus exigencias y requisitos en Ámbitos, Componentes, Características y Verificadores. Esto permite facilitar la comprensión de los objetivos que en cada caso persigue la evaluación.

Los Ámbitos que se evalúan en el proceso de acreditación de Prestadores Institucionales de atención abierta y cerrada son los siguientes:

Ámbito 1: respeto a la dignidad del paciente

Ámbito 2: gestión de la calidad

Ámbito 3: gestión clínica

Ámbito 4: acceso, oportunidad y continuidad de la atención

Ámbito 5: competencias del recurso humano

Ámbito 6: registros

Ámbito 7: seguridad del equipamiento

Ámbito 8: seguridad de las instalaciones

Ámbito 9: servicios de apoyo ^[15]

Cada Ámbito se desagrega en Componentes, los que proveen definiciones de aspectos más operacionales que contribuyen a cumplir con la intención del ámbito. A su vez los Componentes se desagregan en Características, correspondiendo a espacios menores de análisis en la evaluación y son los requerimientos específicos de gestión sanitaria que se evalúan y especifican los que se busca evaluar. Los Verificadores son los requisitos específicos que se deben medir para calificar el cumplimiento de cada característica.

A la Unidad de Farmacia le corresponde la evaluación del Ámbito 9: servicios de Apoyo, donde debe asegurar que los servicios y los productos entregados sean de la calidad y seguridad requerida para los pacientes.

Para calificar el cumplimiento de cada una de las características contenidas en el Estándar hay requisitos específicos o elementos medibles y puntos de verificación que se especifican en una pauta de cotejo para el manual de atención cerrada. La pauta de cotejo de la Unidad de Farmacia (APF) se muestra en el Anexo 1.

Evaluación de la Autogestión

La Ley 19.937, sobre Autoridad Sanitaria, estableció profundos cambios en la organización del sistema público de salud, siendo uno de estos, la creación de los “Establecimientos de Autogestión en Red” (EAR), cuyo objetivo principal fue mejorar la eficiencia de los hospitales, mediante el otorgamiento de mayores atribuciones y responsabilidades, en la gestión de los recursos humanos, económicos, físicos y en el manejo de transacciones con terceros ^[16].

La política de autogestión busca incorporar un nuevo modelo de gestión pública en los hospitales, basándose en la otorgación de mayor flexibilidad y autonomía a los establecimientos que cuenten con la calidad de autogestionados. Todo establecimiento que posea esta calidad de autogestión, a su vez se encontrara descentralizado del correspondiente Servicio de Salud y tendrá las atribuciones para organizarse internamente, administrar sus recursos y definir la forma mediante la cual llevará a cabo los procesos necesarios para la obtención de los productos que ofrece (prestaciones de salud) ^{[17][18]}.

Esta ley, estable los requisitos necesarios para obtener la calidad de EAR y los mecanismos para la obtención de dicha calidad.

Para que un establecimiento pueda obtener la calidad de EAR, debe cumplir con una serie de requisitos enunciados en los artículos 16 y 18 del D.S. Nº38 y obtener un porcentaje mayor o igual a 75% del puntaje total exigido de los indicadores del Balanced Scorecard (BSC) hospitalario. El cumplimiento se debe certificar anualmente, mediante las instrucciones establecidas de manera conjunta entre los Ministerios de Salud y Hacienda ^{[16] [19]}.

Desde el año 2011 se comenzó a implementar la herramienta de evaluación para los establecimientos autogestionados en red, basados en la metodología de Balanced Scorecard o Cuadro de Mando Integral (CMI) elaborado por Kaplan R. y Norton D. en 1992, el cual permite alinear la misión, visión y estrategias del establecimiento, ayudando a la organización para avanzar hacia sus objetivos, en este caso utilizado para obtener la calidad de establecimiento autogestionado en red ^[20].

El CMI permitiría a la alta dirección y a las diferentes unidades del establecimiento tener una visión clara de sus responsabilidades, alineando a los equipos, recursos y procesos, con las estrategias de la organización.

Desde la implementación de esta herramienta hasta la fecha, el BSC hospitalario ha constituido, además de un instrumento de medición anual, un medio para mejorar y optimizar toda gestión realizada en el establecimiento, considerando aspectos financieros, procesos internos, la gestión clínica y excelencia en la atención enfocada en el usuario.

Sobre la base de la metodología propuesta por Kaplan y Norton, al proyectar esquemáticamente las estrategias de Sustentabilidad financiera, eficiencia operacional, Gestión clínica y la Excelencia de la atención, con las perspectivas de los usuarios, financiera, procesos internos y aprendizaje y desarrollo, se obtienen los indicadores y

objetivos estratégicos sobre los cuales cada unidad del establecimiento debe trabajar en forma particular y contribuir a obtener la calidad de hospital autogestionado en red. ^[21]

La versión actual de este instrumento de evaluación posee 45 indicadores, los cuales dan cuenta de los procesos estratégicos que un establecimiento hospitalario debería controlar, para establecer una gestión exitosa ^[21].

La unidad de farmacia trabaja con el objetivo estratégico Fortalecer y optimizar los procesos de apoyo logístico, y de esto nacen 3 indicadores con los que se mide la capacidad de gestión por parte de la unidad.

Estos son:

- Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno
- Porcentaje de Uso del Arsenal Farmacológico
- Porcentaje de Autorización de Compras de Medicamentos de Uso Ocasional

Unidad de Farmacia

El Hospital Eduardo Pereira (HEP) pertenece al Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio de la Quinta Región de Valparaíso. Es un centro asistencial de mediana complejidad, médico quirúrgico.

Su cartera de servicios cuenta con atención abierta y ambulatoria, atención domiciliaria y atención cerrada para adultos, la cual comprende: cirugía; atención cuidados intermedios (UCIM); medicina interna y atención de libre elección privada (pensionado).

La unidad de Farmacia del HEP cuenta con las funciones, atribuciones y responsabilidades tales como:

- Establecer los medicamentos del Arsenal Farmacológico.
- Programar la compra de medicamentos, insumos clínicos y prótesis según necesidades.
- Recepción, almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos clínicos.
- Dispensación de medicamentos para atención cerrada y ambulatoria.
- Elaboración de dosis unitarias para fármacos no estériles y magistrales no estériles.
- Participación y seguimiento del plan terapéutico del enfermo
- Promoción del uso racional de medicamentos e insumos, basado en la evidencia científica.
- Asesoría e información de medicamentos

La unidad de Farmacia del Hospital Dr. Eduarda Pereira posee un rol importante en lo que respecta al manejo del presupuesto disponible para el ítem de Bienes y Servicios. Esto otorga importancia a la medición y seguimiento de la gestión de los procesos y servicios que presta la unidad, a través del uso de indicadores.

Por lo tanto, el desarrollo y uso de indicadores clínicos es una parte importante del Programa de Acreditación y la Evaluación de la capacidad de Autogestión en Red y este trabajo permitirá avanzar en ese sentido, enfocada en lograr la integración de indicadores clínicos en los sistemas de mejora de calidad.

OBJETIVOS

General

Optimizar los programas de acreditación en calidad y autogestión propuestos por el Ministerio de Salud, mediante el desarrollo de un procedimiento estandarizado para el cálculo de los indicadores en la unidad de farmacia del Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso.

Específicos

- Evaluar el grado de cumplimiento del programa de acreditación en calidad y autogestión, mediante la revisión de documentos u observación de procesos.
- Realizar seguimiento y evaluación de los indicadores establecidos en la Unidad de Farmacia.
- Elaborar manual con los procedimientos para el cálculo de los indicadores.
- Verificar la optimización de los programas de acreditación en calidad y autogestión.

METODOLOGÍA

Se realizó en la Unidad de Farmacia un estudio descriptivo de los indicadores relacionados con los procesos de acreditación y evaluación de la capacidad de autogestión en el establecimiento. Para ello se utilizaron los procedimientos y protocolos establecidos por la Superintendencia de Salud para los establecimientos asistenciales, y acotados a la Unidad de Farmacia Hospitalaria. El período de estudio se llevó a cabo entre los meses de enero y mayo del 2018.

Los documentos utilizados en este estudio fueron:

- Manual Estándar General de Acreditación para Atención Cerrada (2009), documento que contienen una serie de pautas con características y requisitos que serán cotejados por la comisión acreditadora ^[15].
- Instrumentos de Evaluación para Establecimientos Autogestionados (versiones 2017 y 2018), que contiene una serie de indicadores de gestión para los establecimientos autogestionados en red ^[21].

1ª ETAPA - Diagnóstico de situación

Se revisaron los documentos existentes en la Unidad de Farmacia mediante la evaluación, por un lado, de las características y requisitos del programa de acreditación y, por el otro, de los indicadores asociados a la evaluación de la capacidad de autogestión, con el fin de determinar las brechas respecto al contenido del Manual Estándar General de Acreditación para Atención Cerrada y el Instrumento de Evaluación para Establecimientos autogestionados en red, respectivamente.

Las características evaluadas en el programa para la unidad de farmacia fueron:

CODIGO	DESCRIPCIÓN
CAL 1.2	Existe un responsable de coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en las Unidades, y se definen metas de calidad anuales en dichas unidades
GCL 2.3	Se realiza vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención
RH 2.2	El prestador institucional cuenta con programas de orientación que enfatizan aspectos específicos del funcionamiento de la Unidad relacionados con la seguridad de los pacientes y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la Unidad
APF 1.1	Los preparados antineoplásicos y/o fórmulas de nutrición parenteral comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad
APF 1.2	Existe una estructura organizacional de carácter técnico que define la adquisición de medicamentos e insumos
APF 1.3	Se mantiene un stock mínimo de medicamentos e insumos predefinido en las unidades de pacientes de mayor riesgo
APF 1.4	El prestador institucional utiliza procedimientos de Farmacia actualizados de las prácticas relevantes para resguardar la seguridad de los pacientes

APF 1.5	La unidad de farmacia estandariza procedimientos relacionados con medicamentos y evalúa su cumplimiento en las diferentes Unidades Clínicas
APF 1.6	La preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos se realiza bajo las condiciones de seguridad previstas en la normativa vigente
APF 1.7	La unidad de farmacia realiza la elaboración, almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral bajo condiciones seguras para los pacientes

Para cumplir con la evaluación retrospectiva requerida para el proceso de acreditación, se consideró la revisión de la documentación en un periodo de 3 años, contemplado desde septiembre del 2015 hasta abril del 2018.

Los indicadores evaluados en la capacidad de autogestión fueron:

CODIGO	DESCRIPCION
B.2_2.1	Despacho de Receta Total y Oportuno
B.2_2.3	Uso del Arsenal Farmacológico
B.2_2.6	Autorización de Compras de Medicamentos de Uso Ocasional

Para cumplir con la evaluación retrospectiva requerida para la evaluación de la autogestión se consideró la revisión de la documentación en un periodo de 1 año, contemplado desde enero del 2017 hasta diciembre del 2017.

En cada aspecto se consideraron los parámetros verificables y el umbral de cumplimiento establecido. Los verificables fueron evaluados a través de auditorías, confirmando la existencia y contenido de determinados documentos en la unidad. Las herramientas utilizadas fueron las pautas de cotejo planteadas por el MINSAL, para evaluar el cumplimiento de cada requisito (Anexo 1 y 2).

2ª ETAPA - Estrategias de optimización

2.1. Acciones de optimización

A partir de las brechas detectadas en la etapa diagnóstica, se proponen mejoras correspondientes con el objetivo de avanzar, por una parte, con el cumplimiento de la evaluación de la capacidad de autogestión de la Unidad de Farmacia y, por otra parte, con el cumplimiento del Programa de Acreditación. Estas mejoras fueron un 100% aceptadas por la jefatura de la Unidad, implementándose todas ellas.

2.2. Desarrollo, evaluación y seguimiento de los indicadores

Para cada indicador se desarrolló una ficha con el siguiente contenido:

- Descripción
- Ecuación para el cálculo (numerador y denominador)
- Fuente de datos
- Frecuencia de evaluación
- Meta
- Puntaje asignado según el valor de la meta obtenida

Además, se realizó la evaluación y seguimiento prospectivo de los resultados obtenidos mensualmente para cada indicador asignado a la unidad de farmacia. Dentro de estos indicadores se consideran aquellos involucrados en la Evaluación de establecimientos Autogestionados en Red descritos en el documento “Instrumento de Evaluación para Hospitales Autogestionados” ^[21] y, así mismo, los indicadores presentes en el Programa de Acreditación ^[15].

Para el primer grupo de indicadores se utilizó la metodología de Balanced Scorecard (BSC) o Cuadro de Mando Integral (CMI), donde a la Unidad de Farmacia le fueron asignados 3 indicadores, los que dan cuenta de estrategias que se desean impulsar en lo que respecta a la eficiencia operacional. Los indicadores corresponden a los siguientes:

- Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno
- Porcentaje de Uso del Arsenal Farmacológico
- Porcentaje de Autorización de Compras de Medicamentos de Uso Ocasional

El segundo grupo de indicadores corresponde a los definidos de forma particular por la Unidad de Farmacia para dar cumplimiento a las características del Programa de Acreditación. A partir de cada característica analizada se identificaron los indicadores siguientes:

- Reposición oportuna del stock mínimo de medicamentos e insumos clínicos en Centro Costo UPC y Subcentro Costo Pabellón Quirúrgico
- Existencia de rotulación y envasado de medicamentos
- Porcentaje de cumplimiento de formato de prescripción de medicamentos en las unidades clínicas de Medicina, UCIM, Pabellón y Pensionado.
- Almacenamiento y dispensación de fórmulas de NPT

2.3. Elaboración de los manuales

Se formuló un manual para cada indicador con el fin de estandarizar la metodología aplicada para la recolección de los documentos y el cálculo del indicador, propiciando la obtención de un valor objetivo y comparable.

2.4. Procesamiento de la Información

La documentación y los resultados de los indicadores fueron archivados e ingresados en una base de datos proporcionada por el Sistema Informático de Gestión y Calidad en Salud (SIS-Q). SIS-Q es un software ideado y puesto en marcha por el Ministerio de Salud, que permite a las Instituciones Hospitalarias de Salud Pública llevar a cabo, entre otras tareas, el proceso de acreditación.

SIS-Q es un sistema integrado a nivel local en el Hospital Dr. Eduardo Pereira, el cual es coordinado por la Oficina de Calidad de esta institución. La comisión acreditadora verificará, de manera electrónica (por medio del Sistema SIS-Q) y física, el cumplimiento de los requisitos contemplados en el programa de acreditación.

3ª ETAPA - Verificación de la optimización

Para la evaluación de las acciones propuestas y ejecutadas con motivo de mejorar y avanzar con el cumplimiento del programa de acreditación y la evaluación de la autogestión, se estableció una comparación entre el resultado obtenido de la primera auditoría diagnóstica y el resultado de la segunda auditoría realizada por entes externos al hospital, basándose en las pautas de cotejo planteadas por el MINSAL.

A la vez, se confirmó para cada indicador evaluado la existencia de:

- Una ficha descriptiva
- El resultado de seguimiento mensual
- Los valores mensuales de cada indicador informados en la plataforma SIS-Q

RESULTADOS

1. Diagnóstico de situación

1.1 Revisión de documentos del programa de acreditación

En la tabla 1 se muestra el resultado de la evaluación diagnóstica realizada al programa de acreditación, donde se analizó la documentación exigida para cada característica que involucra a la Unidad de Farmacia, de acuerdo con la Pauta de cotejo de Atención Cerrada para prestadores de Salud.

Se revisó por cada año lo siguiente:

- Existe el documento exigido
- Requiere actualización, es decir, presenta los documentos vigentes que respaldan los verificables exigidos (resoluciones, procedimientos, certificados o fichas de seguimiento mensual)

Tabla 1. Resumen de la Primera Auditoría realizada al Programa de Acreditación

	Ámbito/Característica evaluada															
	CAL 1.2				GCL 2.3				RH 2.2				APF 1.1			
Año evaluado	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8
Existe el documento	* N	* N	S	N	S	S	S	N	N A	N A	S	S	S	S	* N	* N
Requiere Actualización	N	N	N	S	N	N	N	S	N A	N A	N	N	N	N	N	N
	Ámbito/Característica evaluada															
	APF 1.3				APF 1.4				APF 1.5				APF 1.6			
Año evaluado	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8	5	6	7	8
Existe el documento	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Requiere Actualización	N	N	N	S	N	N	N	S	N	N	N	S	N	N	N	S

Abreviaturas: N (No), *N (No está presente), S (Si), NA (No Aplica)

Ámbitos: APF: servicios de apoyo-Farmacia. RH: recursos humanos. GCL: gestión clínica. CAL: gestión de la calidad.

De las 10 características auditadas, se detectaron 14 eventos que requerían de una acción, ya sea actualizar o elaborar algún documento, los cuales se dividen de la forma siguiente:

En 7 eventos no existía la documentación exigida:

- Cuatro de ellos (2 CAL 1.2 y 2 APF 1.2) corresponden a años anteriores (2015 y 2016), donde el documento fue elaborado, pero no se encontró archivado.

- Tres de ellos (1 de CAL 1.2, 1 de GCL 2.3 y 1 de APF 1.2) requerían la elaboración del documento respectivo.

En 7 eventos fue necesario actualizar la documentación ya existente:

- En un caso (CAL 1.2) se debió actualizar una resolución.
- En un caso (GCL 2.3) se debió actualizar un procedimiento.
- En cuatro oportunidades (APF 1.3, APF 1.4, APF 1.5 y APF 1.7) se debió actualizar las fichas de seguimiento de los indicadores.
- En un caso (APF 1.6) se debió actualizar un certificado.

1.2. Revisión de documentos de la capacidad de autogestión

En la tabla 2 se muestra el resultado de la auditoría diagnóstica realizada al programa de acreditación para prestadores de salud con capacidad de autogestión en red, analizando la documentación exigida para el cumplimiento de cada indicador establecido por la Subsecretaría de Redes Asistenciales a la Unidad de Farmacia, de acuerdo con la pauta de cotejo “Verificables para la evaluación anual de Establecimientos Autogestionados en Red”(anexo 2), la cual se delimitó para ser aplicada en la unidad de farmacia.

De los tres indicadores auditados, se detectaron seis eventos (en rosado) que requerían de alguna acción para su optimización y avanzar en el cumplimiento exigido por cada verificable.

Tabla 2. Resultados de la primera auditoría

Antecedentes	Indicador								
	B.2_2.1		B.2_2.3				B.2_2.6		
Verificables	1	2	1	2	3	4	1	2	3
Cumple con lo exigido	No	No	Si	No	No	No	Si	Si	No
Se efectuó una optimización	Si	Si	No	Si	Si	SI	No	No	Si

2. Estrategias de optimización

2.1. Acciones de optimización efectuadas

2.1.1 Acciones efectuadas para dar cumplimiento al Programa de Acreditación

De acuerdo con las brechas detectadas en la etapa diagnóstica, se realizaron diversas acciones para dar cumplimiento a las 10 características pertenecientes a la unidad de farmacia, donde cada uno de los verificables fue auditado internamente, identificando motivos de incumplimiento y, de esta forma, ejecutar acciones que permitieran dar cumplimiento a la segunda auditoría realizada por un ente externo.

1ª) Característica: CAL 1.2

Descripción: Existe un responsable de coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en las Unidades, para lo cual se definen metas de calidad anuales en dichas unidades.

Umbral	Verificables	Resultado 1ª auditoría	Acción realizada
≥ 80 %	Se ha designado responsable de dirigir y coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en cada uno de los servicios clínicos y de apoyo	0%	Se actualizó el documento con los responsables para el año 2018
	Metas de calidad anual por Unidad (relacionadas con la seguridad de los pacientes)	0%	Se elaboró el documento con las metas de calidad para el año 2018

2ª) Característica: GCL 2.3

Descripción: Se realiza vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención.

Umbral	Verificables	Resultado 1ª auditoría	Acción realizada
≥ 75 %	Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención, que contempla al menos: - Eventos adversos y eventos centinela a vigilar de acuerdo con la realidad asistencial - Sistema de vigilancia - Procedimiento de reporte Se han definido los responsables de su aplicación	0%	Informar a la Unidad de Calidad del hospital la necesidad de actualizar el procedimiento para el año 2018
	Existen registros implementados y en uso para reportes de EA de acuerdo con el sistema de vigilancia local	0%	Se generaron los informes de eventos adversos para los

			meses de enero hasta abril del 2018
	Se constata análisis de eventos centinelas	33%	Se confirma para todo el periodo evaluado la ausencia de eventos centinela

3ª) Característica: RH 2.2

Descripción: El prestador institucional cuenta con programas de orientación que enfatizan aspectos específicos del funcionamiento de la Unidad relacionados con la seguridad de los pacientes y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la Unidad.

Umbral	Verificables	Resultado 1ª auditoría	Acción realizada
≥ 75 %	Se describe en un documento el programa de orientación que enfatiza en temas relacionados con la seguridad de la atención. El programa considera al menos: médicos, matronas, enfermeras y técnicos paramédicos.	50%	Se confirma existencia del documento solicitado para todo el periodo evaluado
	Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de orientación establecido en al menos 85% de los funcionarios que ingresaron a la unidad en el último año.	50%	Se constata la existencia de 4 pautas de cotejo donde se aplica el programa de orientación a los funcionarios ingresados en el último año

4ª) Característica: APF 1.1

Descripción: Los preparados antineoplásicos y/o fórmulas de nutrición parenteral comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

Umbral	Verificables	Resultado 1ª auditoría	Acción realizada
100%	Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a prestadores formalizados por la autoridad sanitaria competente.	100%	Se confirma la existencia de 2 certificados de autorización sanitaria para los laboratorios B. Braun Medical e Industrial y Comercial Baxter de Chile Ltda.

5^{ta}) Característica: APF 1.2

Descripción: Existe una estructura organizacional de carácter técnico que define la adquisición de medicamentos e insumos.

Umbral	Verificables	Resultado 1ª auditoría	Acción realizada
≥ 50%	Se constata formalización y funcionamiento del Comité de Farmacia	0%	Se actualiza la resolución que indica los integrantes del Comité de Farmacia para el año 2018
	Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de medicamentos que considera su evaluación técnica	33%	Se confirma la existencia de un procedimiento que acredita el periodo evaluado
	Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de insumos, que considera su evaluación técnica	33%	Se confirma la existencia de un procedimiento que acredita el periodo evaluado

6^{ta}) Característica: APF 1.3

Descripción: Se mantiene un stock mínimo de medicamentos e insumos predefinido en las unidades de pacientes de mayor riesgo.

Umbral	Verificables	Resultado 1ª auditoría	Acción realizada
≥ 75%	Se ha designado el responsable de la mantención del stock mínimo de medicamentos e insumos en las unidades críticas de la institución.	25%	Se confirma la existencia de dos resoluciones que indican el responsable para todo el periodo evaluado
	Se documenta una definición del stock mínimo de medicamentos e insumos en dichas unidades.	25%	Se constata la existencia de un procedimiento donde se define el stock mínimo de medicamentos e insumos para las unidades críticas
	Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de reposición del stock y periodicidad de éste.	25%	Se constata la existencia de un procedimiento donde se describe el sistema de reposición y la periodicidad
	Existe constancia de que el stock mínimo se repone oportunamente.	0%	Se actualizó la ficha de seguimiento del indicador para los meses evaluados del año 2018

7^{ta}) Característica: APF 1.4

Descripción: El prestador institucional utiliza procedimientos de Farmacia actualizados de las prácticas relevantes para resguardar la seguridad de los pacientes.

Umbral	Verificables	Resultado 1 ^a auditoría	Acción realizada
≥ 66 %	Se describen en un documento(s) elaborado por Farmacia, los siguientes procedimientos: - Rotulación de medicamentos. - Envasado de medicamentos e insumos. - Despacho de medicamentos e insumos. - Sistema de eliminación de Medicamentos expirados, en mal estado o sin rotulación adecuada. - Sistema de reposición de stock mínimo de la Unidad de Farmacia.	34%	Se confirma la existencia de un documento que define los procedimientos solicitados
	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.	33%	Se confirma la definición de un indicador
	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	0%	Se actualizó la ficha de seguimiento del indicador para los meses evaluados del año 2018

8^a) Característica: APF 1.5

Descripción: Farmacia estandariza procedimientos relacionados con medicamentos y evalúa su cumplimiento en las diferentes Unidades Clínicas.

Umbral	Verificables	Resultado 1 ^a auditoría	Acción realizada
≥ 50 %	Se describen en documento(s) elaborado(s) por Farmacia los procedimientos relacionados con: - Almacenamiento y conservación de medicamentos e insumos. - Formato de prescripción de medicamentos. - Solicitud de medicamentos e insumos desde unidades clínicas. - Devolución de medicamentos e insumos. - Notificación de reacciones adversas a medicamentos a la autoridad pertinente.	34%	Se confirma la existencia de un documento que define los procedimientos solicitados.
	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.	33%	Se confirma la definición de un indicador
	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	0%	Se actualizo la ficha de seguimiento del indicador para los meses evaluados del año 2018.

9ª) Característica: APF 1.6

Descripción: La preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos se realiza bajo las condiciones de seguridad previstas en la normativa vigente.

Umbral	Verificables	Resultado 1ª auditoría	Acción realizada
≥ 100 %	Se describen en documento(s) los procedimientos de preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos de acuerdo con la normativa vigente y se ha definido responsable(s) de su aplicación.	0%	Se actualiza para el año 2018 el documento que certifica que establecimiento no posee unidad de oncología por lo cual la unidad de farmacia no realiza preparaciones oncológicas, y no dispone de la infraestructura y equipamiento para cumplir con la Norma Técnica N° 25 "Manipulación de medicamentos antineoplásicos en las farmacias de hospitales".
	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.	0%	
	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	0%	

10ª) Característica: APF 1.7

Descripción: La elaboración, almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral se realiza bajo condiciones seguras para los pacientes.

Umbral	Verificables	Resultado 1ª auditoría	Acción realizada
100 %	Se describe en documento(s) el procedimiento de preparación, almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral, acorde a la normativa vigente y se ha definido responsable(s) de su aplicación.	34%	Se confirma la existencia de un documento que define los procedimientos solicitados
	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.	33%	Se confirma la definición de un indicador
	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	0%	Se actualizó la ficha de seguimiento del indicador para los meses evaluados del año 2018

2.1.2 Acciones efectuadas para dar cumplimiento a la evaluación de la capacidad de autogestión

Se constató a través de la pauta de cotejo “Verificables para la evaluación anual de Establecimientos Autogestionados en Red” el desempeño de los 3 indicadores con sus verificables y, a la vez, se realizaron diversas acciones que permitieran avanzar y dar cumplimiento a la segunda auditoría realizada por entes externos, en este caso efectuada por el Hospital Claudio Vicuña de San Antonio.

1) Indicador - B.2_2.1 Porcentaje de despacho de receta total y oportuna

Auditoría diagnóstica: los pasos llevados a cabo para realizar la auditoría diagnóstica de los verificables de este indicador y determinar su cumplimiento se detallan a continuación.

Verificable 1

El verificable exige la confección de un resumen estadístico mensual (REM) que contenga la cantidad de recetas despachadas en forma total y oportuna (numerador) y el total de recetas despachadas en el Consultorio del Adulto (denominador). Estos valores son informados mensualmente por la unidad de farmacia a la unidad de estadística, la cual genera este informe REM, el cual es enviado finalmente al Ministerio de Salud.

Para establecer el cumplimiento del verificable, se realizó una comparación entre los valores informados durante el año 2017 por la unidad de farmacia y los reportados por la unidad de estadística al MINSAL. Para esto se desarrolló el documento “Informe de porcentaje de despacho de recetas total y oportuno año 2017” (anexo 3) con el cual se comparó los registros de ambas unidades.

El verificable no cumplió en la primera auditoría debido a que los meses de febrero y julio, diferían entre los valores informados por la unidad de farmacia y los descritos por la unidad de estadística.

Verificable 2

El verificable exige que, en el momento de la evaluación en terreno por parte de la entidad acreditadora, estén presentes todas las recetas despachadas durante el año 2017 de pacientes ambulatorios, en este caso, del Consultorio del Adulto (CDA). Éstas son enviadas mensualmente al Hospital Dr. Eduardo Pereira para su almacenamiento en caso de ser requeridas en posibles auditorías posteriores.

Para establecer su cumplimiento, se verificó en bodega de documentos que estuvieran presentes las cajas con las recetas de todos los meses del año 2017. A la vez, a partir de una lista de chequeo (Tabla 3) se confirmó que en cada caja estuvieran presentes las recetas correspondientes a los días donde se realizó el despacho de medicamentos.

Tabla 3. Lista de chequeo de los días de despacho mensual del año 2017

MES	DIAS DE DESPACHO																																
Enero	3	4	5	6	9	10	11	12	13	16	17	18	19	20	23	24	25	26	27	30	31												
Febrero	1	2	3	6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28													
Marzo	1	2	3	6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29	30	31										
Abril	3	4	5	6	7	10	11	12	13	17	18		20	21	24	25	26	27	28														
Mayo	2	3	4	5	8	9	10	11	12	15	16	17	18	19	22	23	24	25	26	29	30	31											
Junio	1	2	5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	27	28	29	30												
Julio	3	4	5	6	7	10	11	12	13	14	17	18	19	20	21	24	25	26	27	28	31												
Agosto	1	2	3	4	7	8	9	10	11	14		16	17	18	21	22	23	24	25		29	30	31										
Septiembre	1	4	5	6	7	8	11	12	13	14	15	20	21	22	25	26	27	28	29														
Octubre	2	3	4	5	6	10	11	12	13	16	17	18	19	20	23	24	25	26	30	31													
Noviembre	2	3	6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29	30												
Diciembre	1	4	5	6	7	11	12	13	14	15	18	19	20	21	22	26	27	28	29														

En verde se indican los días que se encontraron presentes en la primera auditoría.

En rojo se indican los días que no se encontraron en la primera auditoría.

Los cuadros vacíos indican los días en que no se realizó despacho de medicamentos.

El verificable no cumplió en la primera auditoría, debido a que faltaban los meses de agosto y septiembre.

En la tabla 4 se resumen el resultado obtenido en la auditoría diagnóstica para los verificables del indicador B.2_2.1, donde se describe cada verificable evaluado y la acción ejecutada.

Tabla 4. Resumen del resultado de la primera auditoría y la acción realizada para su cumplimiento

Código	Verificable	Resultado 1ª Auditoría	Acción realizada
B.2_2.1	1.- Reporte publicado en DEIS "Indicadores de la Red Asistencial 2017→ Resto de indicadores EAR con fuente REM →Indicador B2.2.1", Obtenido de la siguiente fuente: * Numerador: REM Aa04 * Denominador: REM A04	No cumple	Unidad de estadística corrigió los valores que diferían con lo informado por la unidad de farmacia.
	2.- Constatación de cumplimiento a través de muestreo.	No cumple	Rotulación de cada caja con el mes, año y procedencia de las recetas (CDA). Localización de las cajas con los meses faltantes. Confirmar que en cada caja estuvieran presentes las recetas correspondientes a los días donde se realizó el despacho de medicamentos.

2) Indicador- B.2_2.3 Porcentaje de uso del arsenal farmacológico

Auditoría diagnóstica: los pasos llevados a cabo para realizar la auditoría de los verificables de este indicador y determinar su cumplimiento se detallan a continuación.

Verificable 1

El verificable exige la existencia de un documento que indique los medicamentos que pertenecen al arsenal farmacológico del establecimiento y las modificaciones ya realizadas durante el periodo evaluado.

Para establecer el cumplimiento del verificable, se ejecutó la revisión de documentos encontrando la Resolución exenta N°2251 del 05 agosto del 2016, en donde se detalla la cantidad de medicamentos que posee el arsenal y las modificaciones realizadas hasta la fecha. Por ende, se determina que cumple el verificable con lo exigido.

Verificable 2

El verificable exige la existencia de un documento que indique la cantidad de medicamentos del arsenal farmacológico que fueron utilizados durante el periodo evaluado.

Para establecer el cumplimiento del verificable, se confirmó la existencia de los informes mensuales del uso del arsenal farmacológico, donde se detalla la cantidad de medicamentos que no fueron utilizados en el período y con los que se establece una diferencia con el total de medicamentos pertenecientes al arsenal, dando como resultado el total de medicamentos que si fueron utilizados en el periodo evaluado.

El verificable no cumple con la primera auditoría debido a que, si bien se encontraban todos los informes mensuales del año 2017, no estaba actualizado el informe anual exigido faltando por ingresar los resultados de los meses desde septiembre a diciembre del año 2017.

Verificable 3

El verificable exige la existencia de un documento que informe los medicamentos comprados que no pertenecen al arsenal farmacológico del establecimiento, constatando la existencia de un documento resumen que indica por trimestre los medicamentos que fueron comprados, la fecha en que fueron solicitados y el periodo de tiempo que será utilizado por el paciente.

El verificable no cumple para la primera auditoría debido a que estaban presente tres informes de los cuatro correspondientes para el año 2017.

Verificable 4

El verificable exige el cumplimiento individual de los puntos siguientes:

- a) Resolución vigente que aprueba la conformación del CFT, siguiendo con los lineamientos de Res. EX. N° 504/2009 con designación de miembros titulares y subrogantes, actualizada cada dos años.

Cumple al verificarse la existencia de la resolución exenta N° 1517 del 24 de abril del 2017 la cual informa sobre los integrantes titulares y subrogantes del CFT.

- b) Plan anual de actividades del CFT.

Cumple al encontrarse elaborado el documento “Plan Anual de Actividades año 2017”.

- c) Procedimiento para la evaluación de la incorporación, eliminación o modificación de un medicamento del arsenal farmacológico, según Norma General Técnica N° 113.
[22]

Cumple al confirmar la existencia de un Procedimiento para la evaluación de la incorporación, eliminación o modificación de un medicamento del arsenal farmacológico, correspondiente al “Procedimiento para la Adquisición de Medicamentos”, Código PR-FARM -011, edición 2. Junto a su resolución N°1469 del 10 de junio del 2015.

- d) Actas de sesiones del CFT mensuales, con asistencia obligatoria de sus integrantes, según Norma General Técnica N°113.

A través del libro de actas de la Unidad de Farmacia se verificó la realización de 4 sesiones del CFT durante el año 2017.

No cumple debido a que la Norma General Técnica N°113 establece que el Comité deberá sesionar a lo menos una vez al mes y se realizaron 4 sesiones durante el año evaluado.

- e) Archivo Excel trimestral que contenga al menos la información siguiente:

- Número de acta CFT
- Fecha de realización
- Nombre del medicamento y forma farmacéutica a incorporar, eliminar y/o modificar.
- Resultado de la evaluación para los medicamentos aceptados a incorporar en el arsenal.
- Observaciones

No cumple ya que se confirma la existencia de tres informes de cuatro, faltando el cuarto trimestre por elaborar.

En la tabla 5 se resume el resultado obtenido en la primera auditoría para los verificables del indicador B.2_2.3, donde se describe cada verificable evaluado y la acción ejecutada.

Tabla 5. Resumen del resultado de la primera auditoría y la acción realizada para su cumplimiento

Código	Verificable	Resultado 1ª Auditoría	Acción realizada
B.2_2.3	1.- Resolución vigente del Arsenal Farmacológico del Establecimiento (respaldo del denominador)	Si cumple	No requirió de una acción para su cumplimiento.
	2.- Informe unidad de Farmacia que dé cuenta de los fármacos utilizados mensualmente (respaldo de numerador)	No cumple	Actualizar el documento "Medicamentos utilizados del arsenal farmacológico año 2017" con el valor de los meses faltantes.
	3.- Registro mensual de medicamentos comprados fuera del arsenal.	No cumple	Desarrollo del 4 ^{to} informe para el año 2017.
	4.- Verificables funcionamiento Comité de Farmacia (CFT): a) Resolución vigente que aprueba la conformación del CFT, siguiendo con los lineamientos de Res. EX. N° 504/2009 con designación de miembros titulares y subrogantes, actualizada cada dos años.	Si cumple	No requirió de una acción para su cumplimiento.
	b) Plan anual de actividades CFT	Si cumple	No requirió de una acción para su cumplimiento.
	c) Procedimiento para la evaluación de la incorporación, eliminación o modificación de un medicamento del arsenal farmacológico, según Norma General Técnica N° 113.	Si cumple	No requirió de una acción para su cumplimiento.
	d) Actas de sesiones del CFT mensuales, con asistencia obligatoria de sus integrantes, según Norma General Técnica N°113.	No cumple	Sin acción
	e) Archivo Excel trimestral que contenga al menos la información siguiente: - Número de acta CFT - Fecha de realización - Nombre medicamento y forma farmacéutica a incorporar, eliminar y/o modificar. - Resultado de la evaluación para los medicamentos aceptados a incorporar en el arsenal. - Observaciones	No cumple	Confeccionar cuarto trimestre faltante, según el formato indicado, a partir de la información obtenida de la 4 ^{ta} acta del CFT.

3) Indicador - B.2_2.6 Porcentaje de autorización de compras de medicamentos de uso ocasional

Auditoría diagnóstica: los pasos llevados a cabo para realizar la auditoría de los verificables de este indicador y determinar su cumplimiento se detallan a continuación.

Verificable 1

El verificable exige que cada medicamento adquirido que no pertenezca al arsenal farmacológico posea un documento de respaldo correspondiente a una solicitud de medicamento de uso ocasional junto a su evaluación técnico-económica según formato MINSAL (ver anexo 2 y 3 en el manual de cálculo para indicadores autogestión).

La información presente en la plataforma virtual SIS-Q se contrastó con los documentos de respaldo archivados en la oficina de jefatura de farmacia. La plataforma indicaba la compra de 17 medicamentos durante el año 2017, por lo que se verificó que estuviesen presentes las 17 solicitudes medicamentos de uso ocasional con su respectivo respaldo técnico-económico.

El verificable cumple, ya que la cantidad de medicamentos informados en la plataforma SIS-Q coincide con la cantidad de formularios de solicitud de fármaco ocasional con sus respectivos respaldos de evaluación técnico- económico archivados en la unidad de farmacia.

Verificable 2

El verificable exige la presentación de todas las actas del CFT en donde se ingresó y/o aprobó aquellos medicamentos con solicitud de fármaco ocasional solicitados por las diferentes unidades clínicas del establecimiento.

En la revisión de las actas extraídas de las sesiones realizadas por el CFT, se encontraron 4 actas para el año 2017, en donde una presentó el ingreso de un medicamento al CFT, el cual fue aprobado por el comité para ser utilizado e ingresado al arsenal farmacológico. Por consiguiente, se determinó que el verificable cumple con lo exigido.

Verificable 3

Este verificable se utilizó para evaluar el indicador B.2_2.3 en su verificable 3, por lo que el procedimiento efectuado para evaluar la existencia del documento y las acciones ejecutadas se realizaron una vez para ambos indicadores.

En la tabla 6 se resume el resultado obtenido en la primera auditoría para los verificables del indicador B.2_2.6, donde se describe cada verificable evaluado y la acción ejecutada.

Tabla 6. Resumen del resultado de la primera auditoría y la acción realizada para su cumplimiento

Código	Verificable	Resultado 1ª Auditoría	Acción realizada
B.2_2.6	1.- Formularios de solicitud medicamentos de Uso Ocasional con respaldo Técnico- Económico, según formato MINSAL.	Si cumple	No requirió de una acción para su cumplimiento.
	2.- Actas de reuniones del comité de Farmacia y Terapéutica donde se identifique: - las solicitudes de fármacos de uso ocasional ingresadas al comité - las solicitudes de fármacos de uso ocasional aprobadas en el comité	Si cumple	No requirió de una acción para su cumplimiento.
	3.- Registro mensual de los medicamentos comprados fuera del arsenal farmacológico.	No cumple	Desarrollo del 4 ^{to} informe para el año 2017.

2.2. Desarrollo, evaluación y seguimiento de los indicadores

2.2.1. Indicadores del programa de Acreditación

Para dar cumplimiento a determinadas características, la Superintendencia de Salud plantea la formulación de indicadores y umbrales de cumplimiento, que permitan evaluar procesos previamente definidos y documentados que se lleven a cabo en la unidad a evaluar.

Estos indicadores se deben concentrar en medir el cumplimiento de los procesos identificados o diseñados por el prestador para mejorar la calidad del tema de la característica.

Se establecieron 4 indicadores para cumplir con las características del programa de acreditación, cada uno para una característica diferente, evaluando procesos que involucraban la gestión de calidad por parte de farmacia.

1) Indicador APF 1.3 Porcentaje de reposiciones oportunas del stock mínimo en Unidades de UPC y Pabellón.

La característica APF 1.3 evalúa la constancia con que el stock mínimo (SM) de medicamentos en las unidades de pacientes con mayor riesgo sea repuesto oportunamente, mediante la revisión de recetas usadas para este fin. De acuerdo con esto, la unidad de farmacia estableció un indicador para comprobar este requisito definiendo el resultado a través de un índice.

El SM de medicamentos está definido, en conjunto con la Unidad de Farmacia, para las unidades de UPC y Pabellón. Los medicamentos utilizados por estas unidades deben ser repuestos en un plazo máximo de 72 horas por farmacia contra receta, indicando en ésta al paciente y de manera escrita que se usó el SM.

El seguimiento de este indicador se realizó durante el periodo de enero hasta mayo del 2018, verificando que cada medicamento indicado en la receta con motivo de reposición de SM se encontrara descrito en el listado de stock mínimo de medicamentos para la unidad de UPC y Pabellón, además de confirmar que las cantidades solicitadas de los medicamentos concordasen con las despachadas y que estos fuesen entregados en forma oportuna.

En la tabla 7 se exhiben las principales características del indicador.

Tabla 7. Ficha del indicador

Ámbito	Servicios de Apoyo – Unidad de Farmacia
Características	Se mantiene un stock mínimo de medicamentos e insumos predefinidos en las unidades de pacientes de mayor riesgo.
Nombre Indicador	Porcentaje de reposiciones oportunas del stock mínimo en Unidades de UPC y Pabellón.
Descripción y racionalidad	Permite evaluar la reposición oportuna del stock mínimo de medicamentos e insumos clínicos cuando estos han sido utilizados por las unidades críticas. Se debe mantener un stock mínimo de medicamentos e insumos clínicos en unidades de pacientes de mayor riesgo, para asegurar el oportuno y continuo otorgamiento de un tratamiento médico en situaciones de emergencia.
Dimensión	Seguridad del paciente
Numerador	N° de medicamentos e insumos pertenecientes al stock mínimo repuestos oportunamente en el periodo x100
Denominador	N° de medicamentos e insumos del stock mínimo solicitados en el periodo
Unidad	Porcentaje
Muestra	No aplica
Periodicidad	Mensual
Fuente de datos	Planilla de Registro de reposición oportuna de Stock Mínimo de medicamentos e insumos para UCIM y Pabellón.
Umbral	100 %

Los resultados del seguimiento se detallan en la tabla 8, observando que todas las reposiciones efectuadas en el periodo evaluado se realizaron en forma correcta y oportuna. Resultando un 100% de reposiciones oportunas del stock mínimo en cada mes de medición.

Tabla 8. Resultados del indicador en el año 2018

Porcentaje de reposiciones oportunas del stock mínimo	Periodo evaluado				
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
N° de medicamentos e insumos pertenecientes al stock mínimo repuestos oportunamente en el periodo	10	7	10	1	18
N° de medicamentos e insumos del stock mínimo solicitados en el periodo	10	7	10	1	18
Resultado (%)	100	100	100	100	100

2) Indicador APF 1.4 Rotulación y envasado de medicamentos en dosis unitarias

La característica APF 1.4 exige la confección de un indicador para evaluar los procesos relacionados con el resguardo de la seguridad del paciente. En este contexto se estableció el indicador para evaluar el reenvasado de medicamentos en dosis unitarias. Las principales características del indicador se presentan en la tabla 9.

Según lo estipulado en el procedimiento de “Rotulación y Envasado de Medicamentos en la Unidad de Farmacia”, los criterios de revisión utilizados para la confección del indicador son los siguientes:

1. Etiqueta presente indemne
2. Etiqueta corresponde con el medicamento
3. Comprimido con su correspondiente etiqueta en bolsita individual correctamente sellada

El seguimiento de este indicador se realizó durante el periodo de enero hasta mayo del 2018, verificando que cada lote elaborado cumpliera con las condiciones de calidad establecidas y, de esta forma, ser entregado a farmacia recetario para su posterior despacho.

Tabla 9. Ficha del indicador

Ámbito	Servicios de Apoyo – Unidad de Farmacia
Características	Utilización de procedimientos de Farmacia actualizados de las prácticas relevantes para resguardar la seguridad de los pacientes.
Nombre Indicador	Rotulación y envasado de medicamentos
Descripción y racionalidad	Se evaluará el porcentaje de cumplimiento del procedimiento de rotulación y envasado de medicamentos en Unidad de Farmacia.
Dimensión	Seguridad del paciente
Numerador	Nº de pautas de cotejo de dosis unitaria que cumplen con requisitos de calidad x 100
Denominador	Nº total de pautas de cotejo de dosis unitaria evaluados en el periodo
Unidad	Porcentaje
Muestra	Se obtiene por aleatorización de 25 lotes del total de fabricación mensual
Periodicidad	Mensual
Fuente de datos	Planilla estadística mensual de cotejo de lotes de fabricación para Dosis Unitarias
Umbral	≥ 90 %

En la tabla 10 se presentan los resultados del indicador, señalando el total de lotes fabricados en cada mes, el número de pautas de cotejo de dosis unitaria que cumplen con requisitos de calidad (numerador) y el número total de pautas de cotejo de dosis unitaria evaluados en el periodo (denominador). Los resultados obtenidos corresponden a valores óptimos en cada mes, todos por sobre el umbral establecido y sólo en el mes de mayo se registró un error en un lote, donde uno de los medicamentos presentó un error en el sellado de la bolsa unitaria.

Tabla 10. Resultados del indicador en el año 2018

Porcentaje de cumplimiento del reenvasado de medicamentos en dosis unitarias	Periodo evaluado					Total
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	
Nº de lotes fabricados en el mes	77	58	58	95	80	368
Nº de pautas de cotejo de dosis unitaria que cumplen con requisitos de calidad x 100	25	25	25	25	23	123
Nº total de pautas de cotejo de dosis unitaria evaluados en el periodo	25	25	25	25	24	124
Resultado (%)	100	100	100	100	96	99

3) Indicador APF 1.5: Porcentaje de Cumplimiento de formato de prescripción de medicamentos

La unidad de farmacia estableció este indicador por considerarlo relevante como un evaluador de la estandarización del formato de prescripción de medicamentos en algunas Unidades Clínicas del establecimiento, siendo éstas Medicina, UPC, Pabellón y Pensionado. La descripción del indicador se especifica en la Tabla 11.

Los criterios cotejados en cada receta médica están fijados en el documento interno "Procedimientos de Farmacia para uso en Servicios Clínicos" y ajustado a la reglamentación establecida en el artículo Nº 38 del Código Sanitario (Decreto Supremo Nº 466 de 1984). Los criterios de revisión se nombran a continuación:

- 1.- Servicio o Unidad de procedencia
- 2.- Nombre y Apellidos del paciente
- 3.- Nº ficha clínica o cuenta corriente
- 4.- Nº Sala y Cama (atención cerrada)
- 5.- Prescripción de los medicamentos con nombre genérico, letra legible, sin abreviaturas, símbolos o siglas
- 6.- Forma farmacéutica
- 7.- Vía de administración (si es que aplicase)
- 8.- Dosificación
- 9.- Dosis diaria y/o intervalo de administración
- 10.- Días de tratamiento
- 11.- Diagnóstico
- 12.- Fecha de prescripción
- 13.- Nombre o Rut del profesional que prescribe
- 14.- Firma del profesional que prescribe

Para cada receta se aplicó una pauta de cotejo, tomando como muestra 10 recetas cada mes por unidad, evaluando en la medida de lo posible un médico diferente cada vez. Se asignó un punto por cada elemento evaluado en forma positiva, al tener 12 a 14 puntos se considera como cumplimiento excelente; 10 a 11 puntos cumplimiento bueno y menor a 9 puntos como mal cumplimiento en el formato de prescripción.

Tabla 11. Ficha del indicador

Ámbito	Servicios de Apoyo – Unidad de Farmacia
Características	Farmacia estandariza procedimientos relacionados con medicamentos y evalúa su cumplimiento en las diferentes Unidades Clínicas.
Nombre Indicador	Porcentaje de Cumplimiento de formato de prescripción de medicamentos.
Descripción y racionalidad	Su finalidad es detectar falencias en el llenado de los formularios de recetas médicas simples, como una forma de fortalecer la etapa de prescripción de medicamentos y minimizar los errores de medicación que puedan producirse en esta etapa e incluso transferirse a posteriores como: preparación, dispensación y administración de medicamentos.
Dimensión	Seguridad del paciente
Numerador	Nº de recetas con cumplimiento excelente en el periodo x 100
Denominador	Nº total de recetas evaluadas durante el periodo
Unidad	Porcentaje
Muestra	Muestreo por conveniencia de un mínimo de 30 recetas por trimestre (10 recetas mensuales para cada unidad clínica): Medicina interna (C+D), Pabellón, Pensionado y UPC.
Periodicidad	Mensual, con reporte trimestral.
Fuente de datos	Recetas simples de hospitalizados, provenientes de las Unidades Clínicas ya mencionadas. Planilla estadística mensual de cotejo de recetas y prescripciones.
Umbral	90%

En la tabla 12 se presentan los resultados del indicador para cada unidad clínica donde fue aplicado, se señala el número total de recetas despachadas por cada mes, el número de recetas con cumplimiento excelente (numerador) y el número total de recetas evaluadas en el periodo. Se destaca la unidad de pensionado, la cual presenta mayor incumplimiento durante el periodo evaluado en comparación al resto de las unidades, las cuales se mantienen siempre por sobre el umbral establecido.

Tabla 12. Resultado indicador en el año 2018

Unidad	Antecedentes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Total
Medicina (C + D)	Total recetas despachadas	2991	2646	3355	2902	2997	14891
	Numerador	20	20	20	20	20	100
	Denominador	20	20	20	20	20	100
	Resultado Indicador	100 %	100%	100%	100%	100%	100%
Pabellón	Total recetas despachadas	408	262	480	438	467	2055
	Numerador	10	10	10	10	10	50
	Denominador	10	10	10	10	10	50
	Resultado Indicador	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pensionado	Total recetas despachadas	46	48	46	38	37	215
	Numerador	8	10	8	9	8	43
	Denominador	10	10	10	10	10	50
	Resultado Indicador	80%	100%	80%	90%	80%	86%
UPC	Total recetas despachadas	613	460	739	754	740	3306
	Numerador	10	9	10	10	10	49
	Denominador	10	10	10	10	10	50
	Resultado Indicador	100%	90%	100%	100%	100%	98%

En la tabla 13 se detalla la frecuencia de los errores o incumplimiento en el formato de prescripción, donde se muestra el total de errores por unidad clínica, el porcentaje respecto al total de errores y un valor general (sumatoria de las tres unidades clínicas donde se efectúa la medición). Del total de 250 recetas muestreadas en las cuatro unidades clínicas, se identifican 177 errores.

Tabla 13. Frecuencia de errores o incumplimientos en el formato de prescripción de medicamentos en el 2018.

	Medicina Interna (C+D)		Pabellón		Pensionado		UPC		General	
Error	n = 100		n = 50		n = 50		n = 50		n = 250	
	f	%	f	%	f	%	f	%	frecuencia error	%
Omisión dosificación	16	9%	0	0%	22	12%	10	6%	48	27%
Omisión N° sala y cama	0	0%	0	0%	28	16%	1	1%	29	16%
Omisión diagnóstico	13	7%	0	0%	10	6%	5	3%	28	16%
Omisión forma farmacéutica	20	11%	0	0%	3	2%	3	2%	26	15%
Omisión nombre o rut profesional	3	2%	7	4%	4	2%	2	1%	16	9%
Omisión vía administración	4	2%	0	0%	2	1%	3	2%	9	5%
Omisión servicio o unidad	0	0%	0	0%	7	4%	1	1%	8	5%
Omisión días prescripción	2	1%	0	0%	2	1%	1	1%	5	3%
Omisión fecha prescripción	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%	2	1%
Omisión firma profesional	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%	2	1%
Omisión nombre paciente	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
Omisión N° ficha clínica	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
Omisión nombre genérico, letra legible	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
Omisión dosis diaria	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
TOTAL ERRORES	58	32,8 %	8	4,5 %	79	44,6 %	32	18,1 %	177	100%

Abreviaturas: Frecuencia (f), número de muestra (n).

4) Indicador APF 1.7: Almacenamiento y dispensación de fórmulas de NPT

La característica exige la definición de un indicador que evalúe el proceso de almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral, estableciendo que se debe realizar en condiciones que den seguridad a los pacientes. La descripción del indicador se especifica en la Tabla 14.

Los puntos evaluados en las pautas de cotejo están fijados según el procedimiento interno “Procedimiento Almacenamiento, Dispensación y Transporte de Nutriciones Parenterales”, siendo estos los siguientes:

1. Embalaje de fábrica íntegro
2. Cumple condiciones de almacenamiento solicitadas por fabricante
3. Se encuentra a temperatura ambiente, que no supere los 25°, en lugar fresco y seco
4. Mantiene condiciones de asepsia (área limpia, separado del piso a 30 cm)

Tabla 14. Ficha del indicador

Ámbito	Servicios de Apoyo – Unidad de Farmacia
Características	El almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral se realiza bajo condiciones seguras para los pacientes.
Nombre Indicador	Almacenamiento y dispensación de fórmulas de NPT
Descripción y racionalidad	Se evalúa el porcentaje de cumplimiento de requisitos de almacenamiento de NPT en las unidades de bodega y recetario de Farmacia. El correcto almacenamiento permite minimizar los errores de administración de fórmulas de nutrición parenteral vencidas o no conservadas en forma correcta.
Dimensión	Seguridad del paciente
Numerador	Nº de pautas de cotejo de NPT que cumplen los requisitos de almacenamiento x 100
Denominador	Nº total de pautas de cotejo de NPT aplicadas en relación con el almacenamiento
Unidad	Porcentaje
Muestra	Se randomiza un día de la semana para aplicar pauta de cotejo de almacenamiento de NPT. Se evalúa en dos recintos en donde se almacenan las NPT (bodega y recetario)
Periodicidad	Mensual
Fuente de datos	Pauta de cotejo de Nutriciones Parenterales
Umbral	75%

La aplicación de la pauta de cotejo se realizó en las bodegas que almacenan las nutriciones parenterales (bodega de recetario y bodega central), aplicando una pauta en cada lugar en un día de la semana seleccionado al azar. Los resultados se detallan en la tabla 15, observando un menor cumplimiento en cuanto a las condiciones de almacenamiento por parte de la bodega de recetario.

Tabla 15. Resultado indicador en el año 2018

Subunidad Farmacia	Antecedentes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Total
Bodega recetario	Numerador	3	4	4	5	4	20
	Denominador	4	5	4	5	4	22
	Resultado (%)	75	80	100	100	100	91
Bodega central	Numerador	4	5	4	5	4	22
	Denominador	4	5	4	5	4	22
	Resultado (%)	100	100	100	100	100	100
Resultado General	Numerador	7	9	8	10	8	42
	Denominador	8	10	8	10	8	44
	Resultado (%)	88	90	100	100	100	95

2.2.2 Indicadores de autogestión

Para evaluar la capacidad de autogestión de los establecimientos acreditados, se plantea el uso y seguimiento de indicadores que sean propios para cada área clínica del hospital. A la unidad de farmacia le corresponde evaluar 3 indicadores vinculados con la estrategia de eficiencia operacional, realizándose un seguimiento de los resultados de cada indicador en los meses de enero hasta mayo del 2018.

1) Indicador B.2_2.1: Porcentaje de despacho de receta total y oportuna

El indicador permite evaluar el sistema de registro de la demanda de medicamentos en el área ambulatoria a través de las recetas despachadas, así como también ayuda en la gestión llevada a cabo para mejorar la entrega oportuna de los proveedores.

En la tabla 16 se plantean las características principales del indicador.

Tabla 16. Ficha del indicador

Descripción y racionalidad	El indicador mide la entrega total y oportuna de los fármacos que permiten iniciar el tratamiento ambulatorio prescrito. Se entenderá por receta despachada de manera total y oportuna, a toda receta que es solicitada en farmacia, que se despacha con todas las prescripciones, en las dosis, cantidades indicadas y el mismo día en que el usuario la solicita.	
Dimensión	Eficiencia	
Numerador	Número de recetas despachadas de manera total y oportuna en el área ambulatoria en el periodo x 100	
Denominador	Total de recetas despachadas en el área ambulatoria en el periodo	
Unidad	Porcentaje	
Periodicidad	Mensual	
Fuente de datos	Los datos son entregados por los funcionarios a cargo del despacho de recetas en la unidad de farmacia del consultorio. Se envía un registro mensual de las recetas despachadas en forma total y oportuna, en forma parcial y rechazadas.	
Meta	≥ 99,5 %	
Puntaje	Puntuación	% de cumplimiento
	0	$X < 86,0\%$
	1	$86,0\% \leq X < 90,5\%$
	2	$90,5\% \leq X < 95\%$
	3	$95\% \leq X < 99,5\%$
	4	$X \geq 99,5\%$
Observaciones	Definiciones por considerar (Manual series REM versión 1.2, 2018) Recetas despachadas: corresponde a aquellas recetas recepcionadas en la unidad de farmacia o en la unidad de dispensación cuando corresponda Despacho total: corresponde al total de recetas despachadas en su totalidad (completitud de la prescripción). Despacho parcial: corresponde a aquellas recetas en que se despacharon sólo algunos de los medicamentos incluidos o dosis fraccionada de acuerdo con lo indicado por el profesional. Prescripciones rechazadas: corresponde al medicamento o a los medicamentos prescritos en una receta médica que no se encuentran disponible en la sección farmacia del establecimiento en el momento de ser solicitada. Recetas despachadas en forma oportuna: toda receta que es solicitada en farmacia, que se despacha en todas las prescripciones, en las dosis, cantidades indicadas y se entrega el mismo día, y al momento en que el usuario solicita la entrega.	

En la tabla 17 se presentan los resultados obtenidos para cada mes evaluado, observando que para todos los meses no hubo cumplimiento de la meta planteada por el MINSAL, siendo mayo el mes con menor cumplimiento respecto a los demás evaluados. En general el periodo evaluado, obtiene un puntaje promedio de 2 puntos.

Tabla 17. Resultados del indicador en el año 2018

Indicador	Meta	Fórmula	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Total
Porcentaje despacho de receta total y oportuna	$\geq 99,5\%$	Numerador	2339	2298	3059	2566	2330	12592
		Denominador	2575	2475	3227	2649	2636	13562
		Indicador (%)	90,8	92,8	94,8	96,9	88,4	92,8
		Puntaje	2	2	2	3	1	2

2) Indicador B.2_2.3: Porcentaje de uso del arsenal farmacológico

El indicador permite evaluar la eficiencia en la gestión de compras de medicamentos por parte de la unidad de farmacia a través de un método de compra planificado y actualizado.

En la tabla 18 se plantean las características principales del indicador.

Tabla 18. Ficha del indicador

Descripción y racionalidad	El indicador mide el porcentaje de medicamentos del arsenal definido por el establecimiento, que fueron utilizados en el periodo.	
Dimensión	Eficiencia operacional	
Numerador	Número de medicamentos utilizados en el periodo de evaluación que pertenecen al arsenal farmacológico del establecimiento x 100	
Denominador	Total de medicamentos incluidos en el arsenal farmacológico del establecimiento del periodo de evaluación	
Unidad	Porcentaje	
Periodicidad	Mensual	
Fuente de datos	Informe "Productos sin salidas en recetas" obtenido desde sistema orden.	
Meta	$> 95\%$	
Puntaje	Puntuación	% de cumplimiento
	0	$X < 85\%$
	1	$85\% \leq X < 88,3\%$
	2	$88,3\% \leq X < 91,6\%$
	3	$91,6\% \leq X < 95\%$
	4	$X \geq 95\%$
Observaciones	Se excluirán los medicamentos establecidos por la Subsecretaría de Redes Asistenciales (MINSAL) y los definidos en la Resolución Exenta que se encuentra en proceso de elaboración por la unidad de farmacia. Toda reunión en la que el Comité de Farmacia y Terapéutica haya efectuado alguna modificación al arsenal farmacológico, entiéndase como: incorporación, cambio y eliminación de medicamentos, debe ser registrado en las actas para futuras constataciones.	

En la Tabla 19 se muestran 49 medicamentos identificados como pertenecientes al arsenal farmacológico del HEP y que son excluidos de la medición por diferentes motivos. De estos, 12 cuentan con resolución del MINSAL, 18 son despachados solo con visación, 7 tienen salidas a las unidades clínicas sin receta y 12 pertenecen a un programa específico para ser dispensados o que sólo se administran bajo condiciones de urgencia.

Tabla 19. Fármacos excluidos del cálculo del indicador

N°	Fármaco	Presentación	Motivo exclusión
1	Ac. Ascórbico	Solución inyectable 100 mg/mL	Resolución MINSAL
2	Dantroleno	Polvo para inyectable 20 mg	Resolución MINSAL
3	Flumazenil	Solución inyectable 0,5 mg/5mL	Resolución MINSAL
4	Glucagón	Vial de 1 mg	Resolución MINSAL
5	ITF - beta 1a	22 mcg/0.5 ml	Resolución MINSAL
6	N-Acetilcisteína	Capsulas de 600 mg	Resolución MINSAL
7	Naloxona	Solución 0,4 mg/ml	Resolución MINSAL
8	Nitroglicerina	Comprimido 0,6 mg	Resolución MINSAL
9	Octreótida	Ampolla 0,1mg / ml	Resolución MINSAL
10	Oseltamivir	Capsulas 75 mg	Resolución MINSAL
11	Paracetamol	Solución inyectable 1g/100ml	Resolución MINSAL
12	Protamina	Solución inyectable 50mg /5 ml	Resolución MINSAL
13	Ac. valproico	Jarabe 250 mg/5ml	Solicitud dispensación
14	Adenosina	Ampolla 6 mg	Solicitud dispensación
15	Anidulafungina 100 mg	Polvo p/sln inyectable 100 mg	Solicitud dispensación
16	Calcio carbonato+vitam. D	Comprimido 1gr CA+10 mcg	Solicitud dispensación
17	Calcitriol	Cápsula blanda 0.5 mcg	Solicitud dispensación
18	Caspofungina	Frasco ampolla 70mg o 50 mg	Solicitud dispensación
19	Ciclofosfamida	Comprimido 50 mg	Solicitud dispensación
20	Colistin	Frasco ampolla 150 mg	Solicitud dispensación
21	Fenitoína	Ampolla 250 mg	Solicitud dispensación
22	Lamivudina + Zidovudina	Cm recubierto 150mg + 300mg	Solicitud dispensación
23	Linezolid	Bolsa 600 mg inyectable	Solicitud dispensación
24	Meropenem	Polvo p/sln iny 500 mg	Solicitud dispensación
25	Metotrexato	Comprimido 2,5 mg	Solicitud dispensación
26	Moxifloxacino	Inyectable 400 mg	Solicitud dispensación
27	Moxifloxacino	Comprimido 400 mg	Solicitud dispensación
28	Sugammadex	Ampolla 200 mg	Solicitud dispensación
29	Tigeciclina	Frasco ampolla 50 mg	Solicitud dispensación
30	Tiotropio + Olodaterol	Fco. inhalador 2,5/2,5 mcg	Solicitud dispensación
31	Alcohol gel	Alcohol gel 70%	Salida sin receta
32	Alcohol yodado	Solución 200 ml	Salida sin receta
33	Clorhexidina	Solución 2% FC 500 cc	Salida sin receta
34	Clorhexidina	Solución 2% uso dental	Salida sin receta
35	Hipoclorito sodio	Solución 0,25%	Salida sin receta
36	Lidocaína (clorhidrato)	Carpule uso odont. 2%	Salida sin receta
37	povidona (yodada)	Solución 10% 1000 ml	Salida sin receta
38	Estreptoquinasa	Frasco ampolla 1.500.000 UI	Anticoagulante SOS
39	Ribavirina	Comprimido 200 mg	Programa TBC
40	Estreptomina	Polvo p/sln inyectable 1 g	Programa TBC

41	Etambutol (clorhidrato)	Comprimido 200 mg	Programa TBC
42	Etionamida	Comprimido 250 mg	Programa TBC
43	Isoniazida	Comprimido 100 mg	Programa TBC
44	Kanamicina	Sln. inyectable 500mg/10Ml	Programa TBC
45	Pirazinamida	Comprimido 500 mg	Programa TBC
46	Rifampicina	Cápsula 150 mg	Programa TBC
47	Rifampicina/isoniacida	Comprimido 150 mg/150 mg	Programa TBC
48	Rifa/Isonia/Piraz/Etam	Cm 150/75/400/275mg	Programa TBC
49	Dexametasona	comprimidos 4 mg	Única indicación

En el Arsenal Farmacológico se encuentran 295 medicamentos, a ellos se les restó la lista de excluidos, obteniendo 246 medicamentos para el cálculo del indicador. A partir del total de medicamentos sin salidas en recetas o no utilizados en cada mes, se obtuvo el valor del numerador para el indicador. Esto datos se muestran en la tabla 20, donde además se detalla el resultado del indicador obtenido en cada mes.

Tabla 20. Resultados del indicador en el año 2018

Mes	N° fármacos no utilizados del AF	N° fármacos utilizados del AF (numerador)	N° total de fármacos pertenecientes al AF (denominador)	Porcentaje de uso del AF (indicador)	Puntaje obtenido
Enero	13	233	246	95,4%	4
Febrero	16	230	246	94,4%	3
Marzo	9	237	246	96,8%	4
Abril	8	238	246	97,2%	4
Mayo	11	235	246	95,3%	4

3) Indicador B.2_2.6: Porcentaje de Autorización de Compras de Medicamentos de Uso Ocasional

El indicador permite realizar un análisis periódico de los medicamentos pertenecientes al arsenal farmacológico, diseñar y ejecutar procesos de evaluación técnica y económica de productos farmacéuticos y, a la vez, vigilar el uso racional de los medicamentos dentro del establecimiento.

En la tabla 21 se presentan las características principales del indicador.

Tabla 21. Ficha del indicador

Descripción y racionalidad	Este indicador mide las evaluaciones técnicas y económicas realizadas por el Comité de Farmacia y Terapéutica del Establecimiento para la aprobación de compras de medicamentos de uso ocasional.	
Dimensión	Eficiencia operacional	
Fórmula	$\left[\frac{(\text{Número de Formularios de Solicitudes de Fármacos de Uso Ocasional con respaldo Técnico-económico en el periodo(P1)} / \text{Total de Formularios de solicitudes de Fármacos de uso ocasional en el mismo periodo(P2)} \times 0,5) + (\text{Número de Solicitudes Aprobadas de Fármacos de Uso Ocasional con evaluación Técnico-económica Positiva en el periodo(P3)} / \text{Total de solicitudes Aprobadas de Fármacos de uso ocasional en el mismo periodo(P4)} \times 0,5)}{2} \right] \times 100$	
Unidad	Porcentaje	
Periodicidad	Mensual	
Fuente de datos	Los datos se obtienen desde las fichas de solicitudes de fármaco ocasional y las evaluaciones técnico-económicas realizadas en el periodo.	
Meta	≥ 95%	
Puntaje	Puntuación	% de cumplimiento
	0	$X < 50\%$
	1	$50\% \leq X < 65\%$
	2	$65\% \leq X < 80\%$
	3	$80\% \leq X < 95\%$
	4	$X \geq 95\%$
Observaciones	Definiciones y consideraciones: Comité de Farmacia y Terapéutica Asistencial: organismo técnico-asesor de la Dirección del Establecimiento médico-asistencial, en materias relativas a la selección, disponibilidad, uso y utilización de medicamentos e insumos terapéuticos en los establecimientos que integran la red asistencial. Medicamento de uso ocasional: medicamento que se utiliza para un paciente en particular con justificación clínica de su uso por un periodo determinado de tratamiento y que no pertenece al arsenal farmacológico definido por el establecimiento. * De requerirse un medicamento en calidad de urgencia y no se cuente con la evaluación técnico-económica, la revisión será realizada de manera posterior ante el CFT, considerando que la indicación significa un riesgo para la atención de los pacientes hospitalizados o de urgencia. * Se mantendrá un registro de los medicamentos de uso ocasional aprobados bajo esta modalidad, para posteriormente ser regularizados como fármaco ocasional.	

Para identificar los documentos solicitados por el MINSAL, se establecieron descripciones de cada punto solicitado en la fórmula del indicador (tabla 22).

Tabla 22. Interpretación de valores solicitados en la fórmula del indicador

Punto solicitado	Interpretación
P1: Número de Formularios de Solicitudes de Fármacos de Uso Ocasional con respaldo Técnico-económico en el periodo	Cantidad de formularios de solicitud que ingresan a la unidad de Farmacia y que posean una ficha de respaldo técnico – económico adjunta.
P2: Total de Formularios de solicitudes de Fármacos de uso ocasional en el mismo periodo	Cantidad total de solicitudes que hayan llegado a la unidad de Farmacia. Se consideran todas las solicitudes con o sin respaldo técnico- económico.
P3: Número de Solicitudes Aprobadas de Fármacos de Uso Ocasional con evaluación Técnico-económica Positiva en el periodo	Cantidad de solicitudes aprobadas para la compra y que posean un respaldo técnico-económico positivo, es decir según investigación y datos bibliográficos, el medicamento otorgará beneficios claros al paciente.
P4: Total de solicitudes Aprobadas de Fármacos de uso ocasional en el mismo periodo	Corresponde a la totalidad de las solicitudes aprobadas por el CFT. Se debe destacar en este valor que pueden existir solicitudes donde la evaluación técnico – económica no sea positiva, es decir que, el beneficio sea mayor al riesgo, aunque el riesgo aún existe bajo ciertas condiciones puede ser perjudicial para el paciente. Bajo estas circunstancias se puede aprobar la compra de este medicamento, considerándose esta solicitud aprobada pero no con un respaldo técnico-económico positivo, por lo que se incluye en este punto para ser evaluado.

Durante el periodo evaluado, se presentó la adquisición de un medicamento en el mes de febrero del año 2018 que no pertenecía al arsenal farmacológico, el cual fue aprobado para la compra y poseía el respaldo de la evaluación técnico- económico por parte del Químico Farmacéutico a cargo.

En la tabla 23 se presentan los resultados mensuales obtenidos para el indicador, donde se aprecia que, a pesar de no haber comprado algún medicamento, se otorga un puntaje de 4 puntos, con el motivo de que los meses sin compra no afecten el puntaje final de cumplimiento.

Tabla 23. Resultados del indicador en el año 2018

Fórmula	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
$\left[\frac{P1}{P2} \right] \cdot 0,5 + \left[\frac{P3}{P4} \right] \cdot 0,5 \cdot 100$	P1:0	P1:1	P1:0	P1:0	P1:0
	P2:0	P2:1	P2:0	P2:0	P2:0
	P3:0	P3:1	P3:0	P3:0	P3:0
	P4:0	P4:1	P4:0	P4:0	P4:0
Resultado (%)	0	100	0	0	0
Puntaje	4	4	4	4	4

2.3. Desarrollo de manuales para el cálculo de indicadores

Para cada indicador establecido en la unidad de farmacia se elaboró un manual con los pasos a seguir, de tal modo, que permita obtener los valores para cada uno de ellos de forma estandarizada.

Previo a la elaboración de los manuales se realizó una etapa de diagnóstico en donde se observó el procedimiento ejecutado por los encargados de calcular los indicadores, en este caso por los Químicos Farmacéuticos de la Unidad de Farmacia, con el fin de obtener los pasos y documentos necesarios para calcular el valor mensual de cada indicador, con los que se formularían los manuales.

En el anexo 4 se muestra el manual de los indicadores desarrollados para cumplir con el programa de acreditación.

En el anexo 5 se muestra el manual de los indicadores establecidos para la evaluación de la capacidad de autogestión.

En cada manual se define el objetivo principal que se pretende lograr con su uso y los objetivos específicos que contribuyen al cumplimiento de cada indicador.

2.4. Procesamiento de la información

La evidencia del cumplimiento de cada verificador se efectuó en forma física, en un portafolio que contiene toda la documentación disponible para inspecciones en terreno y también electrónicamente en la plataforma informática SIS-Q. En este sistema se informaron los resultados mensuales obtenidos para cada indicador como se muestra en las figura 1 para el programa de acreditación y figura 2 para la evaluación de autogestión.

https://sisq-app.minsal.cl/Acreditacion/ingreso_valor_indicador.aspx

Ingreso de valores

Ambito*: ÁMBITO SERVICIOS DE APOYO

Característica*: APF-1.5 Farmacia estandariza procedimientos relacio

Nombre indicador*: Porcentaje de cumplimiento de formato de Prescripc

TRIMESTRAL

Año*: 2018

Generar

Período: ENE-FEB-MAR

Aplica: ☒ SI ☐ NO

Guardar Eliminar

P1: N° de recetas con cumplimiento excelente en el período	30,00
P2: N°total de recetas evaluadas en el período	30,00

Figura 1. Ingreso de resultados en sistema SIS-Q para indicadores del programa de acreditación

- 1) *Ámbito: corresponde a la intención que se debe cumplir, en este caso a la Unidad de Farmacia le corresponde evaluar el ámbito 9 correspondiente a servicios de apoyo.*
- 2) *Característica: son espacios menores de análisis en la evaluación y dan los requerimientos específicos de gestión sanitaria que se evalúan.*
- 3) *Nombre indicador: indicador sobre el cual se está ingresando los resultados*
- 4) *Período: Espacio de tiempo evaluado*
- 5) *P1: numerador del indicador*
- 6) *P2: denominador del indicador*

Es seguro | <https://sisq-app.minsal.cl/Gestion/AG/Valor/IngresoValores?idIndicador=2733&ano=2018>

Estrategia: Eficiencia Operacional

Perspectiva: Procesos Internos

Nombre Indicador: B.2.2.1 - Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno

Meta: $\geq 99,5\%$

Periodo: enero ▼

Trazadora: Sin Trazadora

Aplica: ☒ Sí ☐ No

Parametros

P1 - Número de recetas despachadas de manera total y oportuna en el área ambulatoria en el periodo: 2339

P2 - Total de recetas despachadas en el área ambulatoria en el periodo x 100: 2575

Figura 2. Ingreso de resultados en sistema SIS-Q para indicadores de la evaluación de la capacidad de autogestión.

- 1) *Estrategia y Perspectiva: Elementos que definen el objetivo del cuadro de mando integral.*
- 2) *Nombre del indicador: indicador sobre el cual se está ingresando el resultado*
- 3) *Meta: valor sobre el cual se adquiere el máximo puntaje para el cumplimiento del indicador*
- 4) *Periodo: espacio de tiempo evaluado*
- 5) *P1: numerador del indicador*
- 6) *P2: denominador del indicador*

3. Verificación de optimización

Para evaluar el grado de optimización planteado, tanto para el programa de acreditación en calidad como para la evaluación de la capacidad de autogestión, se constató la ejecución de cada estrategia al final del estudio.

3.1. Acciones de mejora evaluadas en la segunda auditoría

Las acciones realizadas para dar cumplimiento a cada verificable y característica evaluada en la auditoría de diagnóstico, se contrastó con el resultado de una segunda auditoría efectuada por entes externos.

3.1.1 Cumplimiento del programa de acreditación

Los resultados obtenidos para el programa de acreditación en calidad se muestran en el anexo 6, donde se detalla para cada una de las 10 características evaluadas el umbral de cumplimiento, que es el porcentaje mínimo de los verificadores cotejados para que la denominada característica cumpla; los verificables, que son los requisitos evaluados para calificar el cumplimiento de la característica; el porcentaje de cumplimiento comparativo entre la primera auditoría diagnóstica y la segunda auditoría; el porcentaje de cumplimiento de cada verificable evaluado y el porcentaje final de la característica evaluada.

La determinación del porcentaje de cumplimiento de cada característica se basa en el método establecido por el manual para prestadores de salud, donde se establece que, si en un año evaluado no se encuentra el documento exigido, o no está actualizado, el verificable no cumple y no se le asignará el porcentaje que le corresponde.

En la tabla 24 se resume el porcentaje de cumplimiento de cada característica evaluada según la pauta de cotejo; se indican los porcentajes obtenidos en la primera y segunda auditoría en comparación con los umbrales de cumplimiento para cada característica. En verde se presentan las características cuyo cumplimiento es del 100% o sobrepasa el umbral y en rojo las que no cumplieron con el umbral exigido.

Las características APF: 1.4,1.5,1.6,1.7 no fueron auditadas por el ente externo, siendo su cumplimiento final no determinado. En resumen, de las diez características evaluadas, seis cumplen con el 100% al término del estudio (CAL 1.2, GCL 2.3, RH 2.2, APF: 1.1, 1.2,1.3).

Tabla 24. Resumen del porcentaje de cumplimiento de las auditorías realizadas

	Ámbito / Característica									
	CAL 1.2	GCL 2.3	RH 2.2	APF 1.1	APF 1.2	APF 1.3	APF 1.4	APF 1.5	APF 1.6	APF 1.7
% Umbral de cumplimiento	≥ 80	≥ 75	≥ 75	100	≥ 75	≥ 75	≥ 66	≥ 50	100	100
% Obtenido 1ª Auditoría	0	33	100	100	66	75	67	67	0	67
% Obtenido 2ª Auditoría	100	100	100	100	100	100	S. A	S. A	S. A	S. A

Ámbitos: APF: servicios de apoyo-Farmacia. RH: recursos humanos. GCL: gestión clínica. CAL: gestión de la calidad. S.A: Sin auditar.

3.1.2 Cumplimiento de la evaluación de la capacidad de autogestión

Los resultados obtenidos de la evaluación de la capacidad de autogestión en red se muestran en el anexo 7, donde se detalla para cada uno de los 3 indicadores evaluados el verificable, el resultado de la primera auditoría diagnóstica y el resultado final obtenido en la segunda auditoría

La determinación del cumplimiento de cada verificable se basa en el método establecido en el instrumento de evaluación de establecimientos autogestionados en red, donde se establece que, si en el año evaluado no se encuentra el documento exigido, o no está actualizado, el verificable no cumple.

En la tabla 25 se resume el cumplimiento de cada verificable evaluado en la primera y segunda auditoría.

Tabla 25. Resumen de cumplimiento para cada verificable en las auditorías realizadas

Criterio	Indicador B.2_2.1		Indicador B.2_2.3							Indicador B.2_2.6			
Verificable	1	2	1	2	3	4					1	2	3
						a	b	c	d	e			
1ª Auditoría	NC	NC	C	NC	NC	C	C	C	NC	NC	C	C	NC
2ª Auditoría	CS O	CS O	C C O	C S O	C S O	C S O	C S O	C S O	NC	C S O	C S O	C S O	C S O

NC: No cumple (rojo); CSO: cumple sin observaciones (verde); CCO: cumple con observaciones (verde)

3.2. Otras estrategias aplicadas

Las estrategias de desarrollo, evaluación y seguimiento de los indicadores, formulación de manuales de cálculo y registro de información en sistema SIS-Q fueron aplicadas para todos los indicadores establecidos en la unidad de farmacia.

En la tabla 26 se plantea el resultado de la evaluación realizada a la pre-optimización y post optimización de los programas y, además, se observa que, en la evaluación de los programas, luego de aplicarse las estrategias de mejora, el cumplimiento fue total para tres de cuatro estrategias planteadas, siendo el de acciones de mejora para el programa de calidad el que no cumplió en su totalidad, ya que no todas las acciones fueron evaluadas en la segunda auditoría.

Tabla 26. Resultados de la optimización para el año 2018

Estrategia	Programa de acreditación Pre-optimización		Programa de acreditación Post optimización	
	Autogestión	Calidad	Autogestión	Calidad
Acciones de optimización	0/3	0/10	3/3	6/10
Desarrollo, evaluación y seguimiento de indicadores	0/3	0/4	3/3	4/4
Manuales para indicadores	0/3	0/4	3/3	4/4
Procesamiento de Información	0/3	0/4	3/3	4/4

DISCUSIÓN

Revisión de documentos acreditación

En la revisión de la documentación exigida para el cumplimiento del programa de acreditación de la primera auditoría realizada se presentaron diversas formas de incumplimiento. Una de estas fue la ausencia de documentos elaborados para años anteriores cuyo registro se encuentra disponible solo para la unidad de gestión de calidad en el sistema intranet del hospital, pero no así su formato impreso archivado. Este tipo de ausencia se presentó para dos resoluciones, una que indica los responsables de las actividades de mejora continua de calidad y otra que indica los integrantes del comité de farmacia(CFT). La importancia que la documentación se encuentre archivada radica en el rápido acceso a la información presente en ella, ya que el sistema informático comúnmente presenta fallas, lo que podría impedir la visualización de los documentos cuando se les requiera.

Otra forma de incumplimiento para la primera auditoría se relacionó con la falta de 3 documentos que debieron ser elaborados para este año, uno de ellos consiste en informar las metas de calidad, otro es una resolución de los integrantes que conforman el CFT y un reporte de eventos adversos asociados con medicamentos. El planteamiento de las metas de calidad en forma anual permite orientar las actividades propias de cada unidad clínica y de apoyo al progreso de estándares de calidad relacionados con elementos concretos de seguridad dirigida al paciente, por lo tanto, su establecimiento encaminaría las acciones del personal en función de la mejoría continua de la calidad. Por otra parte, al existir cambios en los cargos de jefatura y/o subrogancia de los diferentes centros de costo del establecimiento y en particular el de aquellos que son integrantes del CFT, se necesita un respaldo que indique estas modificaciones y que a la vez determine las responsabilidades frente a las actividades que se lleven a cabo. Así mismo, realizar los reportes de eventos adversos permite informar y dejar constancia del error cometido, su frecuencia y de las medidas tomadas para evitar que se repita.

Por otro lado, la actualización de documentos para el presente año también fue un motivo para determinar el incumplimiento de los verificables de ciertas características evaluadas en la primera auditoría, presentando siete documentos que requirieron de esta acción, siendo uno de ellos la resolución que indica los responsables de las actividades de mejora continua de calidad, otro el procedimiento del sistema de vigilancia de eventos adversos, también un certificado indicando que el HEP no posee servicios de oncología y la ficha de seguimiento de los siguientes indicadores: reposición oportuna de medicamentos, envasado y rotulación de dosis unitarias, evaluación del formato de prescripción y almacenamiento de nutriciones parenterales.

La necesidad de mantener actualizado el procedimiento del sistema de vigilancia y reporte de eventos adversos radica en que permite la revisión de las prácticas frente a los eventos producidos y asegura la aplicación de intervenciones preventivas con efectividad demostrada. En este caso la unidad de farmacia no es responsable de actualizar el documento, siendo la Unidad de Gestión de Calidad la encargada de elaborarlo y distribuirlo

a todas las unidades clínicas y de apoyo, lo que no había ocurrido hasta el momento en el cual se realizó la primera auditoría, determinando de esta forma su incumplimiento.

El certificado actualizado permite acreditar que en las dependencias del hospital no existen servicios de oncología, razón por la cual no hay preparaciones oncológicas por parte de la unidad de farmacia y solo para el caso excepcional donde se necesite medicamentos oncológicos orales, estos serán dispensados en sus envases originales evitando la manipulación de estos por el personal de farmacia. Este documento eximiría de responsabilidad a la unidad de farmacia en cuanto al procedimiento que se lleve a cabo en caso de necesitarse un tratamiento oncológico.

Las fichas de seguimiento de cada indicador permiten verificar que se realizó una evaluación periódica y que existe constancia de ello. La actualización de estos documentos permite visualizar en forma objetiva los resultados de las acciones llevadas a cabo por el encargado de efectuar cada procedimiento y, a la vez, en caso de ser necesario tomar medidas correctivas de manera oportuna.

Cumplimiento de las características auditadas

La Superintendencia de Salud establece en el Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada el porcentaje que se debe otorgar a las características evaluadas en función del cumplimiento de los verificables auditados.

El resultado obtenido en la segunda auditoría para las características que fueron evaluadas es de total cumplimiento, pero con algunas sugerencias que se pueden implementar para optimizar la auditoría. Una de estas consideró que la documentación faltante debe estar presente en la oficina de farmacia y no debe ser necesario recurrir al sistema de intranet para acceder a ellos. Además, se sugirió ordenar la evidencia de reposición del stock crítico, ya que una de las dificultades mostradas fue la constatación del seguimiento del indicador de reposición oportuna de medicamentos en las unidades críticas, donde por una parte los valores informados en el indicador no cuadraban con el detalle de la planilla mensual en una revisión simple y, por otra parte, se efectuaba la reposición de medicamentos que no pertenecían al stock crítico definido, quedando registrada y generando confusión al momento de revisar las planillas mensuales. Estos problemas provocaron el retraso en la revisión de la documentación; debido a que esta característica posee especial importancia por ser de cumplimiento obligatorio, necesitando más tiempo para su revisión; lo que impidió evaluar el resto de las características que le corresponde gestionar a la unidad de farmacia, quedando cuatro características sin ser auditadas.

De acuerdo con las sugerencias realizadas, cabe destacar que el correcto respaldo y archivamiento de cada elemento evaluado permite informar de forma clara la ejecución de las acciones solicitadas por el MINSAL para considerar que cumplen con los criterios de calidad exigidos. Además, se debe tener en cuenta que la organización y el orden de los documentos ayuda a que el proceso de la auditoría se realice en forma rápida y eficiente, facilitando el acceso y disposición de los documentos al momento de ser solicitados.

Revisión de documento para evaluación de autogestión

Las causas de incumplimiento observadas en la revisión de los indicadores y sus verificables en la primera auditoría se debieron a fallas en el traspaso de datos, la falta de organización y almacenamiento de recetas, la ausencia de documentos actualizados y/o elaborados y un error en el cumplimiento de una norma técnica.

El traspaso de datos o información entre diferentes unidades del establecimiento es una tarea frecuente y compleja a la vez, pues de manera implícita se le entrega al receptor la misión de resguardar y utilizar de manera responsable dicha información. En este caso, la unidad de farmacia entrega datos referentes al despacho oportuno de medicamentos a la unidad de estadística, la cual debe informar estos valores a través de resúmenes estadísticos mensuales (REM) al Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS). En esta oportunidad, al realizar la comparación de la información traspasada desde la unidad de farmacia a la de estadística, se presentaron inconsistencias entre los valores entregados y los reportados en el DEIS, por lo que debieron ser corregidos por la unidad de estadística. Este tipo de falta posee gran relevancia debido a que esta información es revisada por la entidad acreditadora basándose únicamente en el reporte publicado en DEIS, por lo que el puntaje del indicador sería otorgado erróneamente, pudiendo llevar al incumplimiento del mismo.

Como se mencionó anteriormente, es importante mantener un correcto respaldo de la documentación en caso de que esta sea requerida. En este caso, luego de realizar la primera auditoría, se evidenció un error en el almacenamiento de las recetas provenientes desde consultorio del adulto, extraviándose un contenedor con las correspondientes a los meses de julio y agosto del año 2017; el cual fue hallado en la bodega de medicamentos poco tiempo antes de efectuar la segunda auditoría. A causa de esta equivocación, se desperdió importante tiempo de jefatura y funcionarios de la unidad de farmacia en la búsqueda y hallazgo de las recetas. En estos casos, al adoptar medidas mínimas de resguardo como, rotular adecuadamente los contenedores y almacenarlos en las instalaciones correspondientes, permite la conservación de los documentos desde su producción hasta su disposición final, garantizando su integridad física y funcional y a la vez el acceso a ellos en forma rápida cuando se les necesite.

La actualización y/o elaboración de los documentos como resumen anual de compras de medicamentos y actas del CFT, permite visualizar en forma sintetizada y sistemática las acciones llevadas a cabo y los resultados obtenidos durante el año y, a la vez, comprobar la ejecución de una actividad específica planteada.

La Norma Técnica N°113 hace referencia a la organización y funcionamiento de los comités de farmacia y terapéutica, en donde se establecen los lineamientos generales que deben cumplir, así como las funciones que poseen y deben ejercer. Según esta norma se determina el incumplimiento de los verificables que se relacionan con la evaluación y seguimiento del CFT, la cual exige que se sesione a lo menos una vez al mes, sin embargo, se efectuaron solamente cuatro sesiones durante el año evaluado y, adicionalmente, la asistencia a estas sesiones es de carácter obligatorio, no obstante, el porcentaje de asistencia de sus integrantes fue de aproximadamente un 50%. Por consiguiente, la

importancia de cumplir con los verificables asociados a esta norma es que permite evidenciar el funcionamiento del comité de farmacia, así como también el grado de ejecución de sus obligaciones.

Evaluación y seguimiento de los indicadores

Reposición del stock mínimo en unidades críticas

El proceso se realizó a partir de un procedimiento de reposición del stock mínimo en conjunto con un listado que determina la cantidad y tipo de medicamentos e insumos para los servicios clínicos críticos (UPC y Pabellón) cuando es solicitado. Este procedimiento presenta varios aspectos que no se han definido claramente, llevando a diferencias en la interpretación y ejecución por parte de las unidades clínicas y farmacia. En este sentido, no se ha establecido la cantidad máxima de medicamentos que puede ser solicitada con motivo de reposición, por lo que, en algunas ocasiones estas cantidades eran superiores a las permitidas por farmacia, considerando que solo se debe entregar la cantidad necesaria para normalizar el stock. Así mismo, no se ha indicado explícitamente que en este tipo de recetas sólo deben ir los medicamentos del listado de stock mínimo, siendo incluidos otros medicamentos en algunas oportunidades, a pesar de que estos no deben ser entregados. En ambos casos, la falta de precisión en estas definiciones ha generado confusión en los funcionarios de farmacia, los cuales en ocasiones han entregado medicamentos que no corresponden y/o cantidades superiores a las permitida, pudiendo alterar el resultado del indicador.

Rotulación y envasado de medicamentos

Para obtener la muestra mensual de los lotes que serán evaluados, se utiliza el método de muestreo “por juicio” ^[23], el cual se ajusta a un tipo de muestreo no probabilístico, donde el encargado de efectuarlo selecciona aquellas muestras que considera representativas de acuerdo con su propia apreciación. Sin embargo, este tipo de muestreo no garantiza la representatividad de la medición y, por lo tanto, no se puede inferir que los resultados del indicador reflejen fielmente la realidad.

Para el cálculo de este indicador se estableció la evaluación mensual de 25 lotes de medicamentos reenvasados seleccionados de forma aleatoria, no obstante, la totalidad de lotes es revisada antes de ser enviada a farmacia recetario para su posterior despacho a las unidades clínicas, corrigiendo la mayor cantidad de errores ocurridos durante la elaboración. Por otro lado, considerando que los resultados obtenidos para el indicador durante los meses de evaluación son óptimos, cabe destacar que, del total de lotes elaborados en el presente año, solamente se incluyó el 33,7% de ellos en el cálculo del indicador. En este sentido, es fundamental mencionar que, durante la evaluación a partir de pautas de cotejo, se hallaron algunos lotes que a pesar de presentar incumplimiento no fueron considerados en el cálculo del indicador, causando una sobreestimación del cumplimiento mensual.

Por lo tanto, es indispensable tener en cuenta el uso de un método de muestreo que permita evaluar un porcentaje de lotes que sea representativo en relación con el total elaborado en el mes.

Cumplimiento de formato de Prescripción de medicamentos

En este caso, para obtener las muestras de recetas que se incluirán en el cálculo del indicador, se utiliza un método no probabilístico “por conveniencia” ^[23], donde el muestreo se adapta a las rutinas o facilidades del responsable de recoger los datos, presentando los mismos inconvenientes de representatividad que el método por juicio.

En relación con los servicios clínicos evaluados, únicamente la unidad de pensionado no cumplió con el umbral exigido al finalizar el estudio. Si bien, en general el cumplimiento fue óptimo, se debe destacar la cantidad de recetas evaluadas en el periodo, siendo este un porcentaje bajo en comparación con el total de recetas prescritas por cada unidad; el cual no supera el 23% para pensionado, el 2% para pabellón y UPC y un escaso 0,7% para medicina interna. Por consiguiente, estos valores no son representativos de los eventuales errores que pueden presentarse y, a la vez, siendo su finalidad detectar estos errores para fortalecer el proceso de prescripción, el bajo número de recetas analizadas no posibilita indicar la frecuencia de su ocurrencia.

Por último, cabe señalar que, entre los errores más frecuentes se encuentran: la omisión de dosificación (27%), la omisión del número de sala y cama (29%), la omisión del diagnóstico (28%) y la omisión de la forma farmacéutica (26%), siendo estos errores mencionados como habituales en un protocolo elaborado por el MINSAL para la prescripción de medicamentos ^[24].

Almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral (NPT)

Las condiciones de almacenamiento de las nutriciones parenterales (NPT) fueron evaluadas una vez por semana en la bodega central y la de recetario de farmacia, observándose en general un óptimo cumplimiento de las medidas adoptadas para resguardar su integridad y conservación. A pesar de ello, es fundamental tener en cuenta que la proporción de revisiones efectuadas mensualmente es baja, por lo que es muy probable que los errores cometidos no sean advertidos a partir de esta evaluación. Por lo mismo, se considera imprescindible efectuar una mayor cantidad de revisiones durante cada semana, de tal modo de mejorar la representatividad de las condiciones de almacenamiento.

Despacho de receta total y oportuna

Este indicador posee un umbral de cumplimiento del 100%, lo que implica que bajo cualquier circunstancia la entrega del tratamiento a los pacientes ambulatorios debe ser efectuada completamente, es decir, se debe proporcionar la totalidad de las prescripciones, en las dosis y cantidades indicadas, durante el mismo día en que son solicitadas por el usuario. Esto es especialmente relevante teniendo en cuenta que la demora en el inicio de un tratamiento puede incrementar el riesgo de morbilidad y mortalidad, además de implicar para el usuario realizar nuevos trámites y asistir nuevamente al centro hospitalario.

Si bien este indicador permite incentivar el manejo del registro de faltas y la coordinación entre la sub-unidad de bodega de almacenamiento y la sub-unidad de recetario ambulatorio, igualmente promueve la entrega oportuna del tratamiento a los pacientes, aunque en varias

ocasiones esto no depende únicamente de la Unidad de Farmacia, sino que también del cumplimiento en la entrega de productos por parte de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST), entidad encargada del abastecimiento de la mayor parte de los medicamentos en los establecimientos públicos.

Uso del arsenal farmacológico

El cálculo del indicador requirió que fueran planteados criterios de exclusión ajenos a los establecidos por el MINSAL, los cuales permiten ajustar el número de medicamentos pertenecientes al arsenal farmacológico, de tal modo que se vea reflejada la eficiencia en la gestión de compra de medicamentos que poseen una rotación variable y dependiente tanto de la cartera actual de servicios, como de la tendencia de prescripción de los médicos del establecimiento. De esta forma, la incorporación de criterios de exclusión posibilita que la evaluación del uso del arsenal farmacológico sea efectuada con mayor seguridad, teniendo siempre como objetivo principal su actualización y ajuste periódico, ya sea mediante la eliminación y/o sustitución de algún medicamento que no esté siendo utilizado, o la incorporación de un nuevo medicamento, de acuerdo con las necesidades actuales y siempre contando con la aprobación del Comité de Farmacia y Terapéutica.

Los resultados obtenidos muestran un óptimo cumplimiento del indicador, puesto que el arsenal farmacológico seleccionado por el CFT es aceptado y ampliamente utilizado por el personal médico del establecimiento, siendo pocos los medicamentos que no son utilizados durante el mes.

Autorización de Compras de Medicamentos de Uso Ocasional

El indicador permite racionalizar el uso de los medicamentos por parte del comité de farmacia y terapéutica, a través de una evaluación técnica y económica de los medicamentos que se encuentran fuera del arsenal farmacológico. Para ello, el CFT debe realizar una sesión cada vez que se solicite un medicamento que no pertenezca al arsenal farmacológico para determinar si es adecuada o no su compra. Sin embargo, la cantidad de sesiones realizadas por el CFT durante el año son 4 (1 por cada trimestre), por lo que los medicamentos solicitados no son evaluados por éste antes de ser comprados, siendo realizada en estos casos por el médico tratante y el químico farmacéutico clínico. Pese a ello, el MINSAL estableció la condición de urgencia como la única posible para realizar la compra del medicamento sin previa revisión por el comité con su posterior revisión en la próxima sesión. De acuerdo con ello, el hospital ha infringido la norma técnica N°113, la que se encarga de regular el funcionamiento de estos comités.

Durante el período evaluado el resultado cumplió con el umbral exigido, no obstante, se debe considerar que sólo se efectuó la compra de un medicamento, cuya evaluación no fue realizada por el CFT antes de su compra, sino que, por el médico tratante y el químico farmacéutico clínico, quienes determinaron factible su compra.

Manuales para el cálculo de indicadores

La elaboración de manuales que determinaran los pasos a seguir para el cálculo de los indicadores establecidos en la unidad de farmacia, fue una propuesta desarrollada en conjunto con jefatura de farmacia y puesta en marcha durante el presente estudio, lo que permitió visualizar las principales complicaciones existentes al momento de calcular cada indicador y, a partir de ello, proponer un sistema que permita utilizar una metodología estandarizada para obtener mensualmente los resultados de cada indicador.

El uso periódico de estos manuales otorgará mayor precisión a los resultados obtenidos, ya que permite que el procedimiento sea realizado constantemente de igual forma, independiente de quien recopile la información o analice el resultado. Así mismo, la aplicación de un protocolo que no dependa de criterios o consideraciones propias propiciará que los resultados dependan únicamente del método utilizado y de seguir los pasos descritos en cada manual.

Optimización de los programas de acreditación en calidad y autogestión

Con el motivo de obtener un mejor resultado tanto en el cumplimiento del programa de acreditación como en la evaluación de autogestión, se plantearon diversas estrategias de optimización, que por una parte involucraron la confección y actualización de documentos y, por otra, la ejecución de acciones que permitieran agilizar el desarrollo de las auditorías, facilitando de esta forma el cumplimiento de las exigencias establecidas por el MINSAL para obtener la acreditación del establecimiento.

A través del diagnóstico de situación se evidenció que el principal problema era la gestión de documentos, es decir, el orden y archivamiento no era el adecuado, considerando que posteriormente estos deben ser utilizados como respaldo de las actividades efectuadas por la unidad de farmacia. En este sentido, cabe destacar que los profesionales a cargo de estas actividades poseen tiempo limitado para dedicarse a ellas, por lo que generalmente son postergadas y, finalmente, realizadas en última instancia previa a la auditoría, por lo que, estos documentos pueden no ser elaborados oportunamente o presentar errores en su confección, impidiendo el cumplimiento de los elementos evaluados.

Por esta razón, en la medida que las acciones de optimización sean acogidas por los químicos farmacéuticos implicados, permitirá, principalmente, que los procedimientos sean efectuados de manera oportuna, y así poder dedicar más tiempo a la toma de decisiones que al proceso de gestión documental.

CONCLUSIONES

1. El desarrollo de auditorías permitió evaluar el cumplimiento de las características que comprenden el Programa de Acreditación y los verificables relacionados con la Capacidad de Autogestión en la Unidad de Farmacia, mediante revisión de documentos y de esta forma ejecutar mejoras que permitieran alcanzar los umbrales de cumplimiento establecidos.
2. El seguimiento de los indicadores es una actividad que permitió conocer la magnitud con que varían los resultados, identificando y cuantificando los eventos de mayor frecuencia y permitió establecer los umbrales de cumplimiento para determinar las oportunidades de mejorar continuamente la calidad.
3. A través de la estandarización de cómo se obtienen los datos usando los manuales de procedimientos permitió guiar al usuario para el cálculo de indicadores contribuyendo a mejorar la precisión de los resultados para decidir en forma correcta el objetivo.
4. La optimización de los métodos utilizados que permitió y permitirá acreditar el establecimiento de salud, otorgará una mejor gestión de los recursos invertidos en obtener la meta planteada.

BIBLIOGRAFÍA

1. SEFH. 1990. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Garantía de calidad en los servicios de farmacia hospitalaria. 1a Ed. España, Barcelona. Pp.13-25
2. Jiménez R. 2004. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Revista Cubana Salud Pública. 30:17-36.
3. Shaw C y Kalo I. 2002. A background for national quality policies in health systems. Organización Mundial de Salud.
4. WHO. 2017. World Health Organization. Maternal, newborn, child and adolescent health, Quality of care http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/# (página visitada el 22 de Octubre del 2017).
5. Donabedian, A. 1980. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor; Michigan, Health Administration Press.
6. SESCOAM. 2009. Servicio de Salud de Castilla – La Mancha. Manual de calidad asistencial. España. SESCOAM. pp. 28-34.
7. Govindarajan R, Perelló A, Parès R, Serrais J, Ferrandez D, Sala R y Rodríguez D. 2013. La gestión por procesos en la Farmacia Hospitalaria para la mejora de la seguridad del paciente. Rev Calid Asist. 28(03): 145–154.
8. Wollersheim, H, Hermens R, Hulscher M y Braspenning J. 2007. Clinical indicators: development and applications. 65: 15 - 22.
9. MSSSI. 2008. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España, Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente, <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf> (página visitada el 25 de octubre del 2017).
10. Donabedian A.1986. Approaches to assessment: What to assess in evaluating the quality of medical care? Milbank Mem Fund Quart; 44:167-70
11. Cuba M, Sedeño C, Pérez L, Sánchez A, Toledo E y Pérez M. 2011. Diseño y evaluación de un sistema de acreditación para los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios en Cuba. Revista Cubana de Farmacia. 45(3): 389–404.
12. Seseño CC y Cuba MM. 2010. Propuesta de guía de indicadores de calidad para los servicios farmacéuticos hospitalarios cubanos. Instituto de Farmacia y Alimentos, Universidad de la Habana.
13. Superintendencia de Salud. 2016. Guía Práctica para el Proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud. Chile. http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-981_guia_practica_acreditacion.pdf (página visitada el 22 de junio del 2018)

14. Superintendencia de Salud. 2018. Acreditación de prestadores institucionales. <http://www.supersalud.gob.cl/664/w3-propertyvalue-3036.html> (página visitada el 22 de junio del 2018)
15. Superintendencia de Salud. 2009. Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada. Chile.
16. MINSAL. 2004. Ministerio de Salud. Ley N° 19.937: modifica el D.L N° 2763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Chile.
17. Artaza O. 2008. Los desafíos de la Autogestión Hospitalaria. Revista chilena de pediatría, 79(2), 127-130. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000200001>
18. Méndez CA, Miranda C, Torres MC, Márquez M. 2013. Política de autogestión hospitalaria en Chile: percepciones de los tomadores de decisiones. Rev Panam Salud Publica;33(1):47-53.
19. Decreto N° 38. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 29 de diciembre de 2005
20. Leyton C., Huerta P., Paúl I. 2015. Cuadro de mando en salud. Salud Pública de México, 57(3), 234-241.
21. SISQ.2017. Sistema de información en gestión de calidad en salud. http://sisq.minsal.cl/sites/default/files/biblioteca/instrumento_de_evaluacion_ear_2017_ag-minsal.pdf (página visitada el 10 de noviembre del 2017)
22. Resolución Exenta N° 504. Aprueba Norma General Técnica N° 113, sobre Organización y Funcionamiento de los Comités de Farmacia y Terapéutica para la red asistencial de salud pública, Santiago, Chile, 30 de junio de 2009.
23. Superintendencia de Salud.2010. Indicadores de Calidad: Manual de Muestreo para Prestadores. Chile.
24. MINSAL. 2010. Ministerio de Salud. Guía para las buenas prácticas de prescripción. Chile

ANEXOS

Anexo 1: Pauta de cotejo de las características evaluadas del programa de acreditación

Anexo 2: Pauta de cotejo para indicadores de Autogestión

Anexo 3: Informe de porcentaje de despacho de recetas total y oportuno año 2017

Anexo 4: Manual para el cálculo de indicadores de calidad

Anexo 5: Manual para el cálculo de indicadores de autogestión

Anexo 6: Resultados obtenidos para el programa de acreditación en calidad

Anexo 7: Resultados obtenidos de la evaluación de la capacidad de autogestión en red

Anexo 1

Pauta de cotejo de las características evaluadas del programa de acreditación

Característica: CAL 1.2

Existe un responsable de coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en las Unidades, y se definen metas de calidad anuales en dichas unidades.

Umbral	Verificables
≥ 80 %	Se ha designado responsable de dirigir y coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en cada uno de los servicios clínicos y de apoyo.
	Metas de calidad anual por Unidad (relacionadas con la seguridad de los pacientes)

Característica: GCL 2.3

Se realiza vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención.

Umbral	Verificables
≥ 75 %	Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención, que contempla al menos:
	- Eventos adversos y eventos centinela a vigilar de acuerdo con la realidad asistencial.
	- Sistema de vigilancia.
	- Procedimiento de reporte.
	Se han definido los responsables de su aplicación.
	Existen registros implementados y en uso para reportes de EA de acuerdo al sistema de vigilancia local.
	Se constata análisis de eventos centinelas.

Característica: RH 2.2

El prestador institucional cuenta con programas de orientación que enfatizan aspectos específicos del funcionamiento de la Unidad relacionados con la seguridad de los pacientes y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la Unidad.

Umbral	Verificables
≥ 75 %	Se describe en un documento el programa de orientación que enfatiza en temas relacionados con la seguridad de la atención. El programa considera al menos: médicos, matronas, enfermeras y técnicos paramédicos.
	Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de orientación establecido en al menos 85% de los funcionarios que ingresaron a la unidad en el último año.

Característica: APF 1.1

Los preparados antineoplásicos y/o fórmulas de nutrición parenteral comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

Umbral	Verificables
100%	Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a prestadores formalizados por la autoridad sanitaria competente.

Característica: APF 1.2

Existe una estructura organizacional de carácter técnico que define la adquisición de medicamentos e insumos.

Umbral	Verificables
≥ 50%	Se constata formalización y funcionamiento del Comité de Farmacia.
	Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de medicamentos que considera su evaluación técnica.
	Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de insumos, que considera su evaluación técnica.

Característica: APF 1.3

Se mantiene un stock mínimo de medicamentos e insumos predefinido en las unidades de pacientes de mayor riesgo.

Umbral	Verificables
≥ 75%	Se ha designado el responsable de la mantención del stock mínimo de medicamentos e insumos en las unidades críticas de la institución.
	Se documenta una definición del stock mínimo de medicamentos e insumos en dichas unidades.
	Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de reposición del stock y periodicidad de éste.
	Existe constancia de que el stock mínimo se repone oportunamente.

Característica: APF 1.4

El prestador institucional utiliza procedimientos de Farmacia actualizados de las prácticas relevantes para resguardar la seguridad de los pacientes.

Umbral	Verificables
≥ 66 %	Se describen en un documento(s) elaborado por Farmacia, los siguientes procedimientos: - Rotulación de medicamentos. - Envasado de medicamentos e insumos. - Despacho de medicamentos e insumos. - Sistema de eliminación de medicamentos expirados, en mal estado o sin rotulación adecuada. - Sistema de reposición de stock mínimo de la Unidad de Farmacia.
	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Característica: APF 1.5

Farmacia estandariza procedimientos relacionados con medicamentos y evalúa su cumplimiento en las diferentes Unidades Clínicas.

Umbral	Verificables
≥ 50 %	Se describen en documento(s) elaborado(s) por Farmacia los procedimientos relacionados con:
	- Almacenamiento y conservación de medicamentos e insumos.
	- Formato de prescripción de medicamentos.
	- Solicitud de medicamentos e insumos desde unidades clínicas.
	- Devolución de medicamentos e insumos.
	- Notificación de reacciones adversas a medicamentos a la autoridad pertinente.
	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Característica: APF 1.6

La preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos se realiza bajo las condiciones de seguridad previstas en la normativa vigente.

Umbral	Verificables
≥ 100 %	Se describen en documento(s) los procedimientos de preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos de acuerdo con la normativa vigente y se ha definido responsable(s) de su aplicación.
	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Característica: APF 1.7

La elaboración, almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral se realiza bajo condiciones seguras para los pacientes.

Umbral	Verificables
100 %	Se describe en documento(s) el procedimiento de preparación, almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral, acorde a la normativa vigente y se ha definido responsable(s) de su aplicación.
	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.
	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Anexo 2

Pauta de cotejo para indicadores de Autogestión

Código	Indicador	Verificable
B.2_2.1	Porcentaje de despacho de recetas Total y oportuna.	1.- Reporte publicado en DEIS “Indicadores de la Red Asistencial → 2017 → Resto de indicadores EAR con fuente REM → Indicador B2.2.1”, Obtenido de la siguiente fuente: Numerador: REM Aa04 Sección J. Celdas (B88) Denominador: REM A04 Sección J. Celdas (B88+C88) 2.- Constatación de cumplimiento a través de muestreo.
B.2_2.3	Porcentaje de uso del arsenal farmacológico.	1.- Resolución vigente del Arsenal Farmacológico del Establecimiento (Denominador) 2.- Informe unidad de Farmacia que dé cuenta de los fármacos utilizados mensualmente (respaldo de numerador) 3.- Registro mensual de medicamentos comprados fuera del arsenal. 4.- Verificables funcionamiento Comité de Farmacia (CFT): a) Resolución vigente que aprueba la conformación del CFT, siguiendo con los lineamientos de Res. EX. N° 504/2009 con designación de miembros titulares y subrogantes, actualizada cada dos años. b) Plan anual de actividades CFT. c) Procedimiento para la evaluación de la incorporación, eliminación o modificación de un medicamento del arsenal farmacológico, según Norma General Técnica N° 113. d) Actas de sesiones del CFT mensuales, con asistencia obligatoria de sus integrantes, según Norma General Técnica N°113. e) Archivo Excel trimestral que contenga al menos la información siguiente: - Número de acta CFT - Fecha de realización - Nombre medicamento y forma farmacéutica a incorporar, eliminar y/o modificar. - Resultado de la evaluación para los medicamentos aceptados a incorporar en el arsenal. - Observaciones
B.2_2.6	Porcentaje de Autorización de Compras de Medicamentos de Uso Ocasional.	1.- Formularios de solicitud medicamentos de Uso Ocasional con respaldo Técnico- Económico, según formato MINSAL. 2.- Actas de reuniones del comité de Farmacia y Terapéutica donde se identifique: - las solicitudes de fármacos de uso ocasional ingresadas al comité. - las solicitudes de fármacos de uso ocasional aprobadas en el comité. 3.- Registro mensual de los medicamentos comprados fuera del arsenal farmacológico.

Anexo 3

Informe de porcentaje de despacho de recetas total y oportuno año 2017

ESTABLECIMIENTO: HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA R.

UNIDAD: FARMACIA

Registro de Recetas Dispensadas a pacientes ambulatorios:

MES	NUMERADOR N° de recetas para pacientes ambulatorios dispensadas completas el mismo día de su presentación en farmacia en el año 2017	DENOMINADOR N° total de recetas ambulatorias dispensadas en el año 2017	PORCENTAJE DE DESPACHO DE RECETAS TOTAL Y OPORTUNO AÑO 2017
Enero	2532	2636	96,1 %
Febrero	2234	2354	94,9 %
Marzo	2693	2858	94,2 5
Abril	2979	3084	96,6 %
Mayo	2714	2841	95,5 %
Junio	2538	2674	94,9 %
Julio	2538	2602	97,5 %
Agosto	2597	2699	96,2 %
Septiembre	2407	2529	95,2 %
Octubre	2259	2465	91,6 %
Noviembre	2570	2752	93,4 %
Diciembre	2226	2301	96,7 %
Total	30287	31795	95,3 %

Anexo 4

Manual para el cálculo de indicadores de Calidad Unidad de Farmacia HEP

Indicador: APF-1.3 Reposición oportuna del stock mínimo de Medicamentos e Insumos Clínicos en Centro Costo UPC y Subcentro Costo Pabellón Quirúrgico

Objetivo General

Contar con un sistema de revisión que permita evidenciar el correcto despacho de los medicamentos e insumos en las unidades clínicas implicadas.

Objetivos específicos

- * Prevenir el despacho de medicamentos que no pertenezcan al listado de stock mínimo de cada unidad.
- * Evitar el despacho de medicamentos en cantidades superiores a las establecidas para cada botiquín.

Información y recomendaciones para el cálculo del indicador

Todos los datos serán provistos por la unidad de Recetario de Farmacia del hospital, lugar donde se realiza el despacho de los medicamentos solicitados para la reposición del botiquín o stock mínimo.

La información de las recetas será ingresada en las planillas de registro de reposición oportuna de medicamentos e insumos del stock mínimo (anexo 1) y, posteriormente entregada por los funcionarios de farmacia (auxiliares) al Químico Farmacéutico a cargo para ser revisadas.

Las planillas y las recetas de reposición serán archivadas para futuras auditorías de calidad.

Se consideran medicamentos del listado de stock mínimo, aquellos descritos en los anexos 1 y 2 del Procedimiento de Stock Mínimo de Medicamentos e Insumos Clínicos en Centro Costo UPC y Centro Costo Pabellón Quirúrgico, PR-FARM-013, edición 6. (anexo 2 y 3).

El resultado no se informa en la plataforma SIS-Q, ya que se evalúa a través de auditoría presencial en el momento de acreditación de calidad y al ser un indicador obligatorio estipulado por el MINSAL, se deben mantener los registros de las planillas y recetas archivadas para la constatación de seguimiento.

Ficha indicador porcentaje de reposiciones oportunas del Stock Mínimo.

Ámbito	Servicios de Apoyo – Unidad de Farmacia
Características	Se mantiene un stock mínimo de medicamentos e insumos predefinidos en las unidades de pacientes de mayor riesgo.
Nombre Indicador	Porcentaje de reposiciones oportunas del stock mínimo en Unidades de UPC y Pabellón.
Descripción y racionalidad	Permite evaluar la reposición oportuna del stock mínimo de medicamentos e insumos clínicos cuando estos han sido utilizados por las unidades críticas. Se debe mantener un stock mínimo de medicamentos e insumos clínicos en unidades de pacientes de mayor riesgo, para asegurar el oportuno y continuo otorgamiento de un tratamiento médico en situaciones de emergencia.
Dimensión	Seguridad del paciente
Numerador	N° de medicamentos e insumos pertenecientes al stock mínimo repuestos oportunamente en el periodo x 100
Denominador	N° de medicamentos e insumos del stock mínimo solicitados en el periodo
Unidad	Porcentaje
Muestra	No aplica
Periodicidad	Mensual
Fuente de datos	Planilla de Registro de reposición oportuna de Stock Mínimo de medicamentos e insumos para UCIM y Pabellón (anexo 1). Recetas de unidades críticas con motivo de reposición de botiquín
Umbral	100 %

Aplicación para el cálculo del indicador

1) Recopilación de planillas y recetas.

Solicitar en la Unidad de Recetario de Farmacia, las planillas de Registro de reposición oportuna de Stock Mínimo de medicamentos e insumos, junto con las recetas que hayan sido indicadas con motivo de reposición de botiquín, correspondientes al mes a evaluar.

2) Revisar la planilla comparando con la receta

Se deben evaluar los siguientes puntos para verificar si se despachó en forma oportuna, y en la cantidad correspondiente.

- a) Las fechas tanto de la planilla como de la receta deben coincidir, o que a lo máximo hayan pasado 72 hrs de la reposición.
- b) La planilla resumen debe indicar Nombre, apellido y firma del funcionario que entregó la receta en recetario y también de quien retiró los medicamentos. A su vez deben estar presente los datos del auxiliar de farmacia que efectuó el despacho de la receta.
- c) Los medicamentos indicados en las recetas deben coincidir con los traspasados a la planilla, teniendo la salvedad de que solo se traspasaran a las planillas aquellos medicamentos que pertenecen al listado de stock mínimo correspondiente a la Unidad a reponer (UPC o Pabellón).
- d) Confirmar que la cantidad solicitada y despachada coincidan, y de no hacerlo, corroborar si lo solicitado excede la cantidad máxima permitida según listado de stock mínimo o, si en el momento de la solicitud no hubo suficiente stock para reponer. En ambos casos debe existir una constancia a través de una nota con el motivo por el cual no se despachó el medicamento.
- e) De existir medicamentos que no correspondan al listado de stock mínimo de medicamentos e insumos en la planilla resumen, estos no se consideraran en el cálculo del indicador y se trazara una línea sobre estos, tanto en la receta como en la planilla resumen.

3) Calculo del indicador

Para calcular el indicador se debe establecer una relación entre el total de medicamentos entregados que pertenecen al stock mínimo de la unidad clínica y el total de medicamentos solicitados, dejando expresado el resultado como una relación entre ambos valores.

- a) Si existe más de una planilla resumen, se debe calcular para cada una, el indicador y en la primera hoja expresar la relación entre el total de medicamentos despachados que pertenecen al botiquín (suma de los numeradores de todas las hojas) y el total de medicamentos solicitados que pertenecen al botiquín (suma de los denominadores de todas las hojas).

4) Informe de resultados

- a) Este indicador no requiere ser informado en el sistema SIS-Q.
- b) Las planillas deben estar firmadas y timbradas por el Químico Farmacéutico a cargo de la revisión.

Indicador: APF-1.4 Rotulación y envasado de medicamentos**Objetivo General**

Proporcionar una metodología para el cálculo del indicador y establecer un sistema para informar las revisiones aplicadas sobre los medicamentos reenvasados en la unidad de farmacia.

Objetivos específicos

- * Detectar los principales errores cometidos durante el proceso de reenvasado de dosis unitarias.
- * Establecer mejoras al proceso de reenvasado.
- * Respalidar e informar los resultados obtenidos.

Información y recomendaciones para el cálculo del indicador

Se utilizará un software externo autorizado por el hospital llamado Randomizer, con el cual se obtendrá el randomizado de los lotes que serán evaluados en el indicador.

Se recomienda utilizar el computador del Químico Farmacéutico subrogante, ubicado en la oficina de jefatura de farmacia, debido a que posee el formato de las planillas utilizadas para la evaluación.

Ficha indicador rotulación y envasado de medicamentos.

Ámbito	Servicios de Apoyo – Unidad de Farmacia
Características	Utilización de procedimientos de Farmacia actualizados de las prácticas relevantes para resguardar la seguridad de los pacientes.
Nombre Indicador	Rotulación y envasado de medicamentos
Descripción y racionalidad	Se evaluará el porcentaje de cumplimiento del procedimiento de rotulación y envasado de medicamentos en Unidad de Farmacia.
Dimensión	Seguridad del paciente
Numerador	Nº de pautas de cotejo de dosis unitaria que cumplen con requisitos de calidad x 100
Denominador	Nº total de pautas de cotejo de dosis unitaria evaluados en el periodo
Unidad	Porcentaje
Muestra	Se obtiene por aleatorización de 25 lotes del total de fabricación mensual.
Periodicidad	Mensual
Fuente de datos	Planilla estadística mensual de cotejo de lotes de fabricación para Dosis Unitarias (anexo 4)
Umbral	≥ 90 %

Aplicación para el cálculo del indicador

1) Ubicación del archivo y lotes a randomizar

a) Ingresar a Escritorio → carpeta recetario → carpeta d.u → Excel Etiquetas DU

En el archivo Excel “Etiquetas DU”, en la pestaña **Registro DU (año actual)**, verificar la cantidad de lotes que se fabricaron en el mes y con ese número realizar un randomizado.

	C	D	E	F	G	H	I
	CANTIDAD DE LOTES	fecha	Correlativo	F. Vencimiento	PRODUCTO	Serie	Laboratorio
74	73	31-01-2018	18-073	sep-19	CLONAZEPAM 0,5 MG	0948317	IPHSA
75	74		18-074	jul-20	ACIDO FÓLICO 1 MG	G1702619A	SYNTHON
76	75		18-075	jul-19	ATORVASTATINA 20 MG	70858	MINTLAB
77	76		18-076	may-18	DIGOXINA 0,25 MG	E1601437A	SYNTHON
78	77		18-077	may-20	QUETIAPINA 25 MG	QTP17056	BADEN
79					TOTAL MES DE ENERO		

NOTA: De haber medicamentos tachados, restarlos del total fabricados.

2) Randomizado



a) Ingresar a www.HEP.cl → Intranet → hacer click en Oficina de Calidad → Recursos → Randomizer → ALEATORIZAR → bajar hasta encontrar los casilleros que se deben rellenar.



GENERAR NÚMEROS

¿Cuántos conjuntos de números quieres generar?

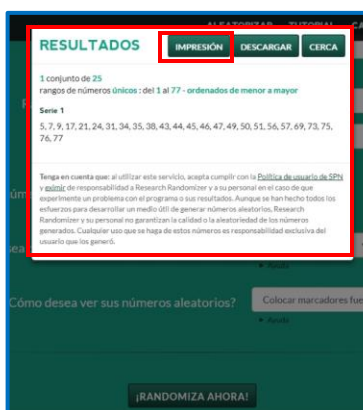
¿Cuántos números por conjunto?

Rango de números (por ejemplo, 1-50)

¿Deseas que cada número en un conjunto siga siendo único? ☒ Sí ☐ No

¿Desea ordenar los números que se generan? ☐ Sí de menor a mayor ☒ No

b) Generar **1** conjunto de **25** números. Con un rango de números que abarque desde el 1 hasta (número de lotes fabricados en el mes) en este caso fueron 77 lotes. Se solicita un orden de menor a mayor y el resto de los casilleros permanecen sin cambios. Presionar “**¡RANDOMIZAR AHORA !**”



c) Los resultados obtenidos se imprimen y sobre esta hoja escribir los siguientes datos:

- mes y año evaluado
- N° total de lotes fabricados en dicho mes.

3) Traspaso de lotes seleccionados

- a) Los lotes seleccionados se traspasan desde el archivo “Etiquetas D.U” a la planilla “APF4_formato cotejo dosis unitaria”

Para acceder a esta planilla:

Ingresar a Carpeta en escritorio: Procedimientos Farmacia → Cotejos Indicadores → Cotejo DU → ingresar en archivo “APF4_formato cotejo dosis unitaria (año a evaluar)”.

- b) Generar una pestaña con el mes a evaluar.

c) Dentro del Archivo APF4_ formato cotejo dosis unitarias se ingresan los siguientes datos:

- N° lote randomizado: Corresponde al número por orden de fabricación
- N° lote interno de fabricación DU: Corresponde al número del lote reenvasado en dosis unitarias.
- MEDICAMENTO: Corresponde al nombre genérico del medicamento

4) Evaluación de los lotes

Para establecer el cumplimiento de los lotes, se asigna un puntaje de 1 ó 0 a cada punto evaluado según cumpla o no con la planilla de cotejo.

Debido a que la revisión se realiza a todos los lotes de medicamentos reenvasados en el mes y no existe una forma de saber que lote será seleccionado por el randomizado, es que se asigna un recordatorio indicando si el lote presento alguna falla en el momento de ser revisado. Este recordatorio se escribe en el documento Excel “Etiquetas D.U” (al final de cada fila de medicamento).

5) Cálculo del indicador

Indicador Mes ENERO 2018			
Numerador	Nº de medicamentos reenvasados en dosis unitaria que cumplen con requisitos de calidad	25	
Denominador	Nº total de medicamentos reenvasados en dosis unitaria evaluados en el periodo	25	
Indicador		100%	
lotes fabricacion muestreados mes ENERO 2018		25	
total lotes fabricados mes ENERO 2018		77	
% lotes controlados en indicador		32%	

El cálculo del indicador se realiza en la misma planilla, donde el numerador corresponde al N° de medicamentos reenvasados en dosis unitaria que cumple con requisitos de calidad y el denominador corresponde el N° total de medicamentos reenvasados en dosis unitaria evaluados en el periodo, el resultado expresado en porcentaje.

Además, se indica la cantidad de lotes que fueron evaluados en el mes, el total de lotes fabricados en el mes y el porcentaje de lotes controlados por el indicador.

6) Informe de resultados

- a) Ingresar resultado obtenido del indicador en sistema SIS-Q.
- b) Imprimir planilla de cálculo para constancia de seguimiento y futuras auditorías.
Anexar a la planilla, el resultado obtenido de la aleatorización de los lotes.
- c) Las planillas deben ser firmadas y timbradas por el Químico Farmacéutico a cargo de la revisión.

Indicador. - APF 1.5 Porcentaje de cumplimiento de formato de Prescripción de medicamentos en las unidades clínicas de MEDICINA, UCIM, PABELLÓN y PENSIONADO

Objetivo General

Generar un sistema que permita visualizar e informar las unidades clínicas con mayor número de errores de prescripción.

Objetivos específicos

- * Establecer un formato de muestreo de recetas por unidad clínica
- * Informar a las unidades clínicas el resultado de la evaluación.
- * Informar resultados a través del sistema SIS-Q

Información y recomendaciones para el cálculo del indicador

La evaluación del formato de prescripción se realiza en forma mensual, pero se informa trimestralmente en sistema SIS-Q.

En la medida de lo posible **No** repetir la evaluación de los médicos en el trimestre a evaluar para evitar tendencia hacia un médico. Considerar que, al ser 10 recetas por unidad, en ciertas unidades al poseer menor dotación de médicos, estos se repetirán en la evaluación trimestral.

No se aleatoriza el día de evaluación ni el médico que será evaluado.

Se recomienda utilizar el computador del Químico Farmacéutico adjunto, ubicado en Recetario Galénico, debido a que posee el formato de las planillas utilizadas para la evaluación.

Ficha indicador Porcentaje de cumplimiento de formato de Prescripción de medicamentos.

Ámbito	Servicios de Apoyo – Unidad de Farmacia
Características	Farmacia estandariza procedimientos relacionados con medicamentos y evalúa su cumplimiento en las diferentes Unidades Clínicas.
Nombre Indicador	Porcentaje de Cumplimiento de formato de prescripción de medicamentos.
Descripción y racionalidad	Su finalidad es detectar falencias en el llenado de los formularios de recetas médicas simples, como una forma de fortalecer la etapa de prescripción de medicamentos y minimizar los errores de medicación que puedan producirse en esta etapa e incluso transferirse a posteriores como: preparación, dispensación y administración de medicamentos.
Dimensión	Seguridad del paciente
Numerador	Nº de recetas con cumplimiento excelente en el periodo x 100
Denominador	Nº total de recetas evaluadas durante el periodo
Unidad	Porcentaje
Muestra	Muestreo por conveniencia de un mínimo de 30 recetas por trimestre (10 recetas mensuales para cada unidad clínica): Medicina interna (C+D) - Pabellón, Pensionado y UPC.
Periodicidad	Mensual, con reporte trimestral.
Fuente de datos	Recetas simples de hospitalizados, provenientes de las Unidades Clínicas ya mencionadas. Planilla estadística mensual de cotejo de recetas y prescripciones (anexo 5).
Umbral	90%

Aplicación para el cálculo del indicador

1) Obtención de la muestra

- a) Al final de cada mes, obtener al azar 10 recetas de cada unidad clínica a evaluar (Pabellón, UPC, Pensionado, Medicina interna C y Medicina interna D).

2) Ingresar a archivo Excel

- a) Ingresar a Documentos → Farmacia HEP → Asistencia → Calidad → Formato Prescripción → Archivo Excel “**Indicador recetas (trimestre a evaluar)**”

- b) Generar una pestaña que incluya los 3 meses por cada unidad clínica a evaluar.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
				Municorp	Servicio o Unidad	Nombre	N° Ficha Clínica	N° Sala y Cama	Nombre o RUT profesional	Fecha prescripción	Nombre genérico, letra legible	Forma farmacéutica	Dosificación	Dosis diaria	Vía de administración	Días de prescripción	Diagnóstico	Firma Profesional	Puntaje total		
	DIA	CC																			
1	02-ene	UPC	Hernandez		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	
2	03-ene	UPC	Cevallos		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	
3	05-ene	UPC	Salas		1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	
4	08-ene	UPC	Solla		1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	
5	10-ene	UPC	Diaz		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	
6	12-ene	UPC	Cevallos		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	
7	14-ene	UPC	Lopez		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	
8	22-ene	UPC	Campos		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	
9	26-ene	UPC	Abara		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	
10	30-ene	UPC	Diaz		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	
11	02-feb	UPC	Campos		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	
12	05-feb	UPC	Diaz		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	
13	06-feb	UPC	Campos		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	
14	08-feb	UPC	Obando		1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	12	
15	15-feb	UPC	Obando		1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	11	
1° Trimestre UPC				1° Trimestre Pensionado				1° Trimestre Sector C				1° Trimestre Sector D									

- b.1) Los datos solicitados en la pauta de cotejo son:

- Día
- Centro de costo (Unidad clínica a evaluar)
- Apellido del médico prescriptor evaluado
- Elementos que deben estar presentes en la receta: Servicio o Unidad – Nombre del paciente- N° Ficha Clínica- N° sala y cama- Nombre o RUT profesional- Fecha prescripción- Nombre genérico, letra legible- Forma farmacéutica- Dosificación- Dosis diaria- Vía de administración – Días de prescripción- Diagnóstico- Firma profesional.

- c) Aplicar pauta de cotejo a cada receta e ingresar datos a la planilla Excel.

- d) Registrar cada punto con un 1 si cumple y con 0 si no cumple.

- e) Totalizar el puntaje por cada receta.

- f) Generar un cuadro resumen por cada hoja de cálculo indicando lo siguiente:

Cumplimiento	Puntaje	Nº Recetas	%
EXCELENTE	14 -12		
BUENO	11- 10		
MALO	≤ 9		

3) Calculo del indicador

INDICADOR

Numerador = N° recetas con cumplimiento excelente en el periodo	
Denominador= N° total de recetas muestreadas en el período	
Indicador= Porcentaje de cumplimiento de formato de prescripción de medicamentos	

4) Informe de resultados

- a) Informar los resultados en forma trimestral en sistema SIS-Q.
- b) Imprimir la planilla evaluada por cada unidad clínica, firmar y timbrar por el Químico Farmacéutico a cargo de la revisión
- c) Archivar para dar constancia de seguimiento en futuras auditorías.

Indicador. - APF-1.7 Almacenamiento y dispensación de fórmulas de NPT**Objetivo General**

Establecer un sistema que permita realizar un correcto seguimiento de las condiciones de almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral.

Objetivos específicos

- *Organizar la información obtenida desde Randomizer
- * Plantear los días que se realizara la revisión
- * Corregir las fallas detectadas

Información para el cálculo del indicador

La selección de los días sobre los cuales se realizará la revisión se obtendrá a comienzos del año a evaluar quedando un documento como respaldo con los días de revisión.

Se utilizará una aplicación externa autorizada llamada Randomizer para determinar aleatoriamente los días que se realizara una inspección de las condiciones de almacenamiento de recetario de farmacia y de bodega.

Se recomienda utilizar el computador del Químico Farmacéutico subrogante, ubicado en la oficina de jefatura de farmacia, debido a que posee el formato de las planillas utilizadas para la evaluación.

Los pasos 1 y 2 se realizarán una vez en el año, a principios de cada año.

Ficha indicador Almacenamiento y dispensación de fórmulas de NPT

Ámbito	Servicios de Apoyo – Unidad de Farmacia
Características	El almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral se realiza bajo condiciones seguras para los pacientes.
Nombre Indicador	Almacenamiento y dispensación de fórmulas de NPT
Descripción y racionalidad	Se evalúa el porcentaje de cumplimiento de requisitos de almacenamiento de NPT en las unidades de bodega y recetario de Farmacia. El correcto almacenamiento permite minimizar los errores de administración de fórmulas de nutrición parenteral vencidas o no conservadas en forma correcta.
Dimensión	Seguridad del paciente
Numerador	Nº de pautas de cotejo de NPT que cumplen los requisitos de almacenamiento x 100
Denominador	Nº total de pautas de cotejo de NPT en relación al almacenamiento aplicadas
Unidad	Porcentaje
Muestra	Se randomiza un día de la semana para aplicar pauta de cotejo de almacenamiento de NPT. Se evalúa en dos recintos en donde se almacenan las NPT (bodega y recetario)
Periodicidad	Mensual
Fuente de datos	Pauta de cotejo de Nutriciones Parenterales (anexo 6)
Umbral	75%

Aplicación para el cálculo del indicador

1) Obtener días y semanas a evaluar

a) Ingresar a www.HEP.cl → intranet → Oficina de Calidad → Recursos → Randomizer

b) En Randomizer ingresar los datos de la siguiente forma:

- En el casillero **“Number of sets”** ingresar el número de total de semanas que posee el semestre a evaluar.
- En el casillero **“Number per set”** ingresar la cantidad de días de la semana que se realizara la revisión. Corresponde a 1 día a la semana.
- En los casilleros **“From”** y **“to”**, ingresar el rango de días de la semana en los que se efectuara la revisión. Corresponde a poner 1 y 5, indicando que 1 es día lunes y 5 es viernes, lo que implica revisiones solo en días hábiles dentro de la semana.
- Los casilleros restantes no se modifican y se presiona **“RANDOMIZAR AHORA”**

Este proceso genera un informe con los resultados de la randomización, indicando las características solicitadas, el número por conjunto y la totalidad de los conjuntos solicitados. Este informe se imprime y se archiva como un respaldo de la forma en que se designaron los días de evaluación. Además, debe estar firmado y timbrado por el Químico Farmacéutico que realizo este procedimiento.

2) Traspaso de días y semanas a archivo Excel

a) Ingresar al archivo ubicado en : Escritorio → “Procedimiento Farmacia” → Cotejo indicadores

→ Excel **“Cotejo NPT (año evaluado)”**

- b) Para el primer semestre Nombrar la pestaña **“Random. EN-JN (año)”** y Utilizar el formato de “planilla randomizado” (ver punto D) ubicado en la misma carpeta para traspasar los días y semanas a evaluar. De esta forma establecer en forma esquematizada la información obtenida desde Randomizer, para el primer semestre.
- c) Para el segundo semestre nombrar la pestaña **“Random. JL-DC (año)”**. Utilizar el mismo formato del primer semestre y traspasar los datos obtenidos siguiendo el paso 1-b, pero para los datos del segundo semestre.

d) Para ingreso de datos:

En cada pestaña se establece una pauta de cotejo indicando el N° de pauta aplicada, día de revisión, unidad y los ítems a ser evaluados.

- Introducir el día por duplicado, uno para cada unidad a evaluar (Recetario y Bodega)
- Asignar valor de 1 si cumple con el punto evaluado.
- Asignar valor de 0 si no cumple con el punto evaluado.
- Según el valor total que obtenga la pauta, indicara automáticamente si cumple o no cumple con los criterios evaluados.
- Si en el mes hay más de 8 pautas aplicadas, desplegar filas ocultas al final la tabla, según sean necesarias.

4) Calculo del indicador

Indicador Mes ENERO 2018		
Numerador	N° de pautas de cotejo de NPT que cumplen los requisitos de almacenamiento	7
Denominador	N° total de pautas de cotejo de NPT en relación al almacenamiento aplicadas en el periodo	8
Indicador		88%

Dividir el número de pautas que cumplieron en su totalidad por el total de pautas realizadas en el mes.

Se considera una pauta por unidad evaluada (bodega y recetario) por cada día de revisión.

5) Informe de resultados

- a) Informar los resultados obtenidos en sistema SIS-Q.
- b) Imprimir la hoja de cálculo mensual, firmar y timbrar por el Químico Farmacéutico a cargo de la revisión.
- c) Traspasar la información a la pauta de cotejo establecida en Procedimiento Almacenamiento, Dispensación y transporte de Nutriciones Parenterales PR-FARM-009, (Anexo 6).
- d) Archivar para constancia de seguimiento en futuras auditorías.

Anexos del manual

Anexo 1: Planillas de registro de reposición oportuna de medicamentos e insumos del stock mínimo

Anexo 2: Planilla con listado de stock mínimo de medicamentos e insumos en UPC.

Anexo 3: Planilla con listado de stock mínimo de medicamentos e insumos en Pabellón.

Anexo 4: Planilla Estadística mensual de cotejo de lotes de fabricación de dosis unitaria.

Anexo 5: Planilla estadística mensual de cotejo de recetas y prescripciones

Anexo 6: Pauta de cotejo almacenamiento NPT

Anexo 1:
Planillas de registro de reposición oportuna de medicamentos e insumos del stock mínimo.

Planilla de Registro de Reposición Oportuna de medicamentos e insumos del Stock Mínimo

Fecha	Nombre y Apellido y Firma	Medicamento	Cantidad solicitada	Cantidad despachada	Fecha	Nombre firma despacho Farmacia	Nombre y Firma retiro U. Crítica

Servicio Clínico:

Mes:

Anexo 2:

Planilla con listado de stock mínimo de medicamentos en insumos en UPC.

Planilla con Listado de Stock Mínimo de medicamentos e insumos en UPC.

Medicamentos	Cantidad stock
ACIDO TRANEXAMICO 1 G EV AMP.	5
ADENOSINA 6 MG AM	1
ADRENALINA 1 MG/1ML AMP.	4
AGUA DESTILADA AMP. 5 ML.	100
AMIKACINA 500 MG. FA.	4
AMIODARONA AMP. 150 MG.	8
AMIODARONA CM. 200 MG.	6
ANTIESPASMÓDICO (VIADIL)AMP	3
ASPIRINA 500 MG. CM.	2
ATROPINA 1 MG/ML AMP.	2
BETAMETASONA 4 MG/1 ML AMP.	2
BICARB.SODIO 8,4% AMP.	30
BUPIVACAINA 0,5% FA	6
CAPTOPRIL 25 MG. CM.	3
CLOPIDOGREL 75 MG CM	8
LANATOSIDO C 0,4 MG AMP.	2
CLORFENAMINA 10 MG. AMP.	4
CLORFENAMINA 4 MG. CM.	6
CLORURO POTASIO 10 % AMP.	10
CLORURO DE SODIO 0.9% AMP	4
CLORURO SODIO 10% AMP.	10
HIDROCORTISONA 100 MG FA	6
CLORPROMAZINA 25 MG/2ML AMP.	4
DEXMEDETOMIDINA 100 MCG/ML	10
DOPAMINA 200 MG AMP.	6
DOBUTAMINA 250 MG AM	4
DROPERIDOL 5 MG/2 ML	4
ENALAPRIL 10 MG. CM.	3
FENITOINA 250 MG/ 5 ML AM	6
FILOQUINONA 10 MG/ML AMP.	3
FLUMAZENIL 0.5 MG/5 ML AMP.	1
FLUCONAZOL 2MM/ML	4
FOSFATO MONOPOTASICO AMP.	4
FUROSEMIDA 20 MG/ML AMP.	20
FUROSEMIDA 40 MG CM.	3
GLUCONATO CALCIO 10 % AMP.	20
GLUCOSA 30 % AMP	2
HEPARINA SODICA 25.000 UI	2
HEPARINA Bajo Peso Mol.5000 UI	4
HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG CM.	3
IMIPENEM 500 MG/CILASTATINA 500 MG	4
ISOPROTERENOL 1 MG/ML	2
KETOROLACO 30 MG AM	6
LIDOCAINA 2% AMP.	10
LOSARTAN 50 MG CM	2
METAMIZOL 1 GR EV	10

METOCLOPRAMIDA 10 MG AM	3
METOCLOPRAMIDA 10 MG CM	3
METRONIDAZOL 500/100ML AMP	4
METRONIDAZOL 500 MG COMP	3
NALOXONA 0.4 MG/ML AMP.	1
NEOSTIGMINA 0.5MG/ML AMP.	3
NITROGLICERINA 50MG/10 ML AMP.	4
NORADRENALINA AMP.	10
OMEPRAZOL 40 MG AMP	4
OMEPRAZOL 20 MG CP	2
PROPRANOLOL 1 MG/ML AMP.	3
ONDANSETRON 4 MG	2
PARACETAMOL 1 GR EV	6
PROPOFOL 2 % FA 50 ML	2
PIPERACILINA 4 GR +TAZOBACTAM 500 MG	3
PROTAMINA 50 MG/5ML AMP.	1
RANITIDINA 50 MG AMP.	3
QUETIAPINA 100 MG CM	3
RANITIDINA 300 MG CM.	2
STREPTOKINASA 1.500.000 UI	1
S. GLUCOSA 5% AMP.	6
S. GLUCOSA 10% AMP.	4
S. HIPERTONICO AMP.	4
S. ISOTONICO AMP.	6
S. MANITOL AMP.	2
S. RINGER LACTATO AMP.	2
S.FISIOLOGICO AMP. 500 ML	8
SALBUTAMOL INHALADOR	1
SALMETEROL 250/FLUTICASONA 25 MCG	1
BROMURO DE IPRATROPIO	1
BERODUAL NEBULIZACION	1
SUSTITUTO DEL PLASMA /COLOIDES	6
SUL. MAGNESIO 25% AMP.	4
TIAMINA 30MG/ML AMP.	6
TRAMADOL 100 MG/2 ML AMP.	6
VANCOMICINA 1 GR	2
VECURONIO 10 MG	4
VERAPAMILO 5 MG/5ML AM	1

ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS

	Cantidad stock
CLONAZEPAM S/L 0.5 MG	4
DIAZEPAM 10 MG. AMP.	4
ALPRAZOLAM 0.5MG COMP	2
FENTANILO 0.5MG/10ML AMP.	10
LORAZEPAM 4 MG AM	2
MIDAZOLAM 15 MG. AMP.	8
MORFINA 10 MG. AMP.	6

INSUMOS

CATETER VENOSO CENTRAL Nº 14	1
CATETER VENOSO CENTRAL DOBLE LUMEN Nº 7	1
CATETER VENOSO CENTRAL TRIPLE LUMEN Nº 7	1
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7.5	1
CINTA GLUCEMIA	1
SONDA MARCAPASO EXTERNO	1
INTRODUCTOR Sonda MARCAPASO	1
CANULA TRAQUEOTOMIA 7.5 Y 9	1
FILTRO DE VENTILACION MECANICA	2

Anexo 3:

Planilla con listado de stock mínimo de medicamentos en insumos en Pabellón.

Nº	FÁRMACO	PRESENTACIÓN	CANTIDAD STOCK
1	ÁCIDO TRANEXÁMICO	Ampolla 1 gr/10 ml	2
2	ADENOSINA	Ampolla 6 mg	2
3	AMIODARONA	Ampolla 150 mg/3 ml	8
4	ATROPINA	Ampolla 1 mg/1 ml	2
5	BICARBONATO DE SODIO 8,4%	Ampolla 10 ml	10
6	CEFAZOLINA	FA 1 GR	2
7	DANTROLENO	Polvo Inyectable 20 mg	10
8	BETAMETASONA	Ampolla 4 mg/1 ml	2
9	DOPAMINA	Ampolla 200 mg/5 ml	2
10	EFEDRINA 5%	Ampolla 60 mg/1 ml	2
11	EPINEFRINA	Ampolla 1 mg/1 ml	5
12	FENILEFRINA 0,9%	Ampolla 9 mg/1 ml	2
13	FLUMAZENIL	Ampolla 0,5 mg/5 ml	2
14	GLUCONATO DE CALCIO 10%	Ampolla 10 ml	2
15	GLUCOSA 30%	Ampolla 10 ml	2
16	HEPARINA SODICA	FA 25.000 UI/5 ml	2
17	HIDROCORTISONA	Polvo Inyectable 100 mg	2
18	INSULINA CRISTALINA	FA 100 UI/ml	1
19	ISOPROTENEROL	Ampolla 1 mg/5 ml	1
20	LABETALOL	Ampolla 100 mg/20 ml	1
21	LIDOCAINA	Ampolla 2% 5 ml	2
22	LÍPIDOS 30%	Emulsión 500 ml	1
23	NALOXONA	Ampolla 0,4 mg/ml	2
24	NEOSTIGMINA	Ampolla 0,5 mg/ml	4
25	NITROGLICERINA	FA 50 mg/10 ml	1
26	NOREPINEFRINA	Ampolla 4 mg/4 ml	2
27	ONDANSETRON	Ampolla 4 mg/ml	2
28	PARACETAMOL ENDOVENOSO	1 gr/100 ml	2
29	PROPOFOL 1%	Emulsión 20 ml	10
30	PROPANOLOL	Ampolla 1 mg/ml	1
31	PROTAMINA	Ampolla 50mg /5 ml	2
32	ROCURONIO	Frasco 50 mg/5 ml	2
33	SALBUTAMOL	Inhalador 100 mcg/dosis	1
34	SEVOFLURANO	Frasco 250 ml	2
35	SUCCINILCOLINA	Ampolla 100 mg/5 ml	2
36	SUGAMMADEX	FA 200 mg/2 ml	2
37	SULFATO DE MAGNESIO 25%	Ampolla 5 ml	2

ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS

Nº	FÁRMACO	PRESENTACIÓN	CANTIDAD STOCK	DISPOSICIÓN
1	FENTANILO	Ampolla 0,5 mg/10 ml	2	CONTROL ENFERMERÍA
2	HALOPERIDOL	Ampolla 5 mg/1 ml	1	CONTROL ENFERMERÍA
3	KETAMINA	FA 500 mg/10 ml	1	CONTROL ENFERMERÍA
4	LORAZEPAM	Ampolla 4 mg/2 ml	1	CONTROL ENFERMERÍA, REFRIGERADO
5	MIDAZOLAM	Ampolla 15 mg/3 ml	2	CONTROL ENFERMERÍA
6	MORFINA	Ampolla 10 mg/ml	2	CONTROL ENFERMERÍA
7	REMIFENTANILO	Frasco 1 mg	2	CONTROL ENFERMERÍA

INSUMOS Y SUEROS

Nº	FÁRMACO	PRESENTACIÓN	CANTIDAD STOCK	DISPOSICIÓN
1	BRÁNULA Nº 20	Larga	5	CAJA STOCK MÍNIMO
2	BAJADA DE SUERO	Corriente	5	CAJA STOCK MÍNIMO
3	CATETER VENOSO CENTRAL	3 VIAS	2	CAJA STOCK MÍNIMO
4	BISTURI	Nº21	2	CAJA STOCK MÍNIMO
5	CINTA DE GLICEMIA	1 FC	1	CAJA STOCK MÍNIMO
6	CLORHEXIDINA	Solución tópica 2%	2	CAJA STOCK MÍNIMO
7	ELECTRODOS	Cutáneos	5	CAJA STOCK MÍNIMO
8	ESPONJA GELATINOSA HA		2	CONTROL DE ENFERMERIA
9	EXPANSOR PLASMÁTICO	Matraz 500 ml	2	CAJA STOCK MÍNIMO
10	HEMOSTÁTICO JERINGA		1	CONTROL DE ENFERMERIA
11	INTRODUCTOR MARCAPASO	7 Fr	1	CAJA STOCK MÍNIMO
12	LAPIZ ELECTROBISTURI		1	CAJA STOCK MÍNIMO
13	MANITOL 15%	Matraz 500 ml	1	CAJA STOCK MÍNIMO
14	MÁSCARA LARINGEA	3,0/4,0/5,0	1 de cada una	CAJA DE VÍA AÉREA DIFÍCIL
15	PARCHE MARCAPASO	VZOLL	1	CAJA STOCK MÍNIMO
16	PLACA ELECTROBISTURI		1	CAJA STOCK MÍNIMO
17	SEDA SUTURA	2,0	4	CAJA STOCK MÍNIMO
18	SONDA DE MARCAPASO	58 cm	1	CAJA STOCK MÍNIMO
19	SONDA DE ASPIRACIÓN	8 - 10 - 12 Fr	1 de cada una	CAJA STOCK MÍNIMO
20	SONDA NASOGÁSTRICA	14 - 16 Fr	1 de cada una	CAJA STOCK MÍNIMO
21	SUERO FISIOLÓGICO	Matraz 500 ml	20	INSTRUMENTAL
22	SUERO GLUCOSADO 5%	Matraz 500 ml	1	CAJA STOCK MÍNIMO
23	SUERO RINGER LACTATO	Matraz 500 ml	20	INSTRUMENTAL
24	SUTURA ACIDO POLIGLICÓLICO	3,0	6	CAJA STOCK MÍNIMO
25	SUTURA POLIPROPILENO	4,0/5,0	3 C/U	CAJA STOCK MÍNIMO
26	TELA ADHESIVA		2	CAJA STOCK MÍNIMO
27	TRANSDUCTOR ARTERIAL		1	CAJA STOCK MÍNIMO
28	TUBO ENDOTRAQUEAL	6,5/7,0/7,5/8,0/8,5/9,0	1 de cada uno	CAJA DE VÍA AÉREA DIFÍCIL

Nombre y firma responsable de la evaluación:

Anexo 6:
Pauta de cotejo almacenamiento NPT

	Centro de Costo Farmacia Hospital Dr. Eduardo Pereira R. de Valparaíso		PR-FARM-009
	Procedimiento Almacenamiento, Dispensación y Transporte de Nutriciones Parenterales		Edición: 02
			APF 1.7
			Fecha: Diciembre 2014 Vigencia: Diciembre 2019 Página 9 de 11

Anexo Nº 2: Pauta de cotejo: Almacenamiento NPT, FR-FARM-004 edición 2.

	Centro de Costo Farmacia Hospital Dr. Eduardo Pereira R. de Valparaíso		FR-FARM-004
	Pauta de cotejo Almacenamiento de NPT		Edición: 02
			APF 1.7
			Fecha: Diciembre 2014 Vigencia: Diciembre 2019 Página 1 de 1

Criterios	RECETARIO		BODEGA		RECETARIO		BODEGA		RECETARIO		BODEGA		RECETARIO		BODEGA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1 Embalaje de fábrica íntegro																
2 Cumple condiciones solicitadas por fabricante*																
3 Se encuentra a temperatura ambiente, no superior a 25°, en lugar fresco y seco																
4 Mantiene condiciones de asepsia (área limpia, separado del piso a 30 cm).																

Criterios de valoración

Cumple 4 criterios	Cumple
Cumple menos de 4 criterios	No cumple

(*) Revisar instrucciones del fabricante

Observaciones:

Anexo 5

Manual para el cálculo de indicadores de Autogestión Unidad de Farmacia HEP

Indicador: B 2.2_1 Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno

Objetivo General

Contar con un sistema que permita calcular y registrar mensualmente, el despacho total y oportuno de los medicamentos en la unidad de farmacia del Consultorio del Adulto.

Objetivos específicos

- * Evaluar la capacidad de mantener un stock apropiado de medicamentos en consultorio que sea capaz de entregar los medicamentos cuando sean solicitados.
- * Coordinar de manera efectiva la reposición de los medicamentos.

Información y recomendaciones para el cálculo del indicador

Todos los datos serán provistos por la unidad de farmacia de consultorio del adulto, lugar donde se evalúa el despacho de los medicamentos solicitados por pacientes ambulatorios.

La información de las recetas y prescripciones despachadas será ingresada y entregada por los funcionarios de farmacia (auxiliares) pertenecientes al recinto y serán evaluadas por el Químico Farmacéutico a cargo.

Se recomienda utilizar el computador del Químico Farmacéutico subrogante, ubicado en la oficina de jefatura de farmacia, debido a que posee el formato de las planillas a utilizar.

Las planillas finales serán enviadas a la unidad de estadística donde informarán los resultados en la plataforma SIS-Q.

Ficha indicador Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno

Descripción y racionalidad	El indicador mide la entrega total y oportuna de los fármacos que permiten iniciar el tratamiento ambulatorio prescrito. Se entenderá por receta despachada de manera total y oportuna, a toda receta que es solicitada en farmacia, que se despacha con todas las prescripciones, en las dosis, cantidades indicadas y el mismo día en que el usuario la solicita.	
Dimensión	Eficiencia operacional	
Numerador	Número de recetas despachadas de manera total y oportuna en el área ambulatoria en el periodo x 100	
Denominador	Total de recetas despachadas en el área ambulatoria en el periodo	
Unidad	Porcentaje	
Periodicidad	Mensual	
Fuente de datos	Los datos son entregados por los funcionarios a cargo del despacho de recetas en la unidad de farmacia del consultorio. Se envía un registro mensual de las recetas despachadas en forma total y oportuna, en forma parcial y rechazadas.	
Meta	≥ 99,5 %	
Puntaje	Puntuación	% de cumplimiento
	0	X < 85%
	1	85% ≤ X < 90%
	2	90% ≤ X < 95%
	3	95% ≤ X < 100 %
	4	X = 100%
Observaciones	Definiciones por considerar (Manual series REM versión 1.2, 2018) Recetas despachadas: Corresponde a aquellas recetas recepcionadas en la unidad de farmacia o en la unidad de dispensación cuando corresponda Despacho total: Corresponde al total de recetas despachadas en su totalidad, (completitud de la prescripción). Despacho parcial: Corresponde a aquellas recetas en que se despacharon sólo alguno de los medicamentos incluidos o dosis fraccionada de acuerdo con lo indicado por el profesional. Prescripciones rechazadas: Corresponde al medicamento o a los medicamentos prescritos en una receta médica que no se encuentra disponible en la sección farmacia del establecimiento en el momento de ser solicitada. Recetas despachadas en forma oportuna: toda receta que es solicitada en farmacia, que se despacha en todas las prescripciones, en las dosis, cantidades indicadas y se entrega el mismo día, y al momento en que el usuario solicita la entrega.	

c) Totalizar los valores de las recetas y prescripciones por cada programa.

Consultorio del Adulto Farmacia																									
ESTADISTICA DE RECETAS Y PRESCRIPCIONES																									
ENERO 2018																									
	2	3	4	5	8	9	10	11	12	15	16	17	18	19	22	23	24	25	26	29	30	31	TOTAL		
PROGRAMA CRONICOS																									
Recetas Despachadas	33	43	74	36	67	45	51	76	40	65	50	47	64	35	35	59	56	58	24	85	47	45	1133		
Prescripciones Despachadas	99	119	208	100	214	170	137	241	136	171	131	108	173	102	252	189	168	101	206	148	12	3400			
Prescripciones Rechazadas	1				8	10	4	9	2	5	5	4	6	3	10	7	7	3	4	6	1	101			
PROGRAMA RESPIRATORIO																									
Recetas Despachadas	17	5	8	9	11	9	11	9	20	17	12	1	23	12	32	19	5	8	6	20	17		281		
Prescripciones Despachadas	44	5	29	10	32	26	31	13	24	49	40	3	64	37	73	48	19	19	22	60	49	2	703		
Prescripciones Rechazadas					1		1	1		3	3		0	4	9	3	3	2	3	6	31		44		
PROGRAMA ALIVIO DOLOR																									
Recetas Despachadas	24	11	10	16	16	19	20	15	30	13	18	7	10	28	14	6	27	4	5	9	16	1	329		
Prescripciones Despachadas	58	26	23	41	55	34	34	17	78	26	44	18	21	44	25	21	54	5	11	33	49	3	750		
Prescripciones Rechazadas		2		2	3			1	1	4	1	3	2	1	2	1	2	2	2	1	1		29		
PROGRAMA GASTRO																									
Recetas Despachadas	24	18	27	30	26	10	14	36	20	28	21	18	32	31	41	24	12	22	23	31	15	1	518		
Prescripciones Despachadas	41	41	51	50	58	28	25	78	40	51	40	57	59	98	47	22	57	58	64	30	3	1115			
Prescripciones Rechazadas		1	10		6	5	2	4	5	5	2	3		5	2			2	3	4		59			
CIRUGIA																									
Recetas Despachadas	12	15	17	13	4	18	15	17	6	5	20	18	9	12	7	14	32	24	5	3	20	2	314		
Prescripciones Despachadas	13	21	18	13	4	19	25	18	6	6	23	24	9	19	8	18	35	28	7	3	20	3	369		
Prescripciones Rechazadas								1	1	1													3		

d) Generar un cuadro resumen e ingresar los siguientes datos:

CIRUGIA																				
27	Recetas Despachadas				12	15	17	13	4	18	15	17	6	5	20	18	9	12	7	14
28	Prescripciones Despachadas				13	21	18	13	4	19	25	18	6	6	23	24	9	19	8	18
29	Prescripciones Rechazadas											1	1							
30																				
31																				
1	PACIENTE				RP	PRC	INC	COMPLET												
2	CRONICO				196	292	186	129												
3	MORBIDO				596	1072	47	548												
4					2576	6339	236	2339												
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				

*RDT (RECETAS DESPACHADAS TOTAL): Suma de las Recetas despachadas por programas crónicos(verde) y mórbidos(rosado)

*RDP (RECETAS DESPACHO PARCIAL): Suma de las recetas rechazadas de programas crónicos y mórbidos.

*PRS (PRESCRIPCIONES SOLICITADAS): suma de prescripciones solicitadas por los programas mórbidos y crónicos.

*COMPLETA: Recetas completamente despachadas (diferencia entre RP e INC)

3) Cálculo del indicador.

a) Dividir el total de recetas completamente despachadas(A) por el total de recetas despachadas en el periodo (B), expresando el resultado en porcentaje.

Dando como resultado el porcentaje de recetas despachadas en forma total y oportuna en el mes evaluado.

PACIENTE	RP	PRC	INC	COMPLETA
CRONICO				
MORBIDO				
TOTAL	B			A

$$\frac{A \times 100}{B} = \text{Indicador}$$

4) Informe de resultados

a) Los resultados obtenidos en el punto 2.d se traspasan a planilla REM en sección I: despacho de recetas (Tabla AMBULATORIO(CDA)).

Planilla ubicada en escritorio → carpeta jefes → Recetas y presc. → archivo Excel Recetas y prescripciones (año actual).

b) Enviar la planilla REM a la unidad de estadística.

Indicador: B 2.2_3 Porcentaje de uso del arsenal farmacológico

Objetivo General

Contar con un sistema de cálculo que permita unificar los criterios utilizados en la determinación del porcentaje de uso del arsenal farmacológico del hospital.

Objetivos específicos

- * Evaluar la permanencia de los medicamentos en el arsenal farmacológico según rotación.
- * Generar informes que indiquen los medicamentos que no han tenido rotación durante el mes.
- * Informa los resultados obtenidos en forma mensual en la plataforma SIS-Q.
- * Cambiar la condición de dispensación de aquellos medicamentos cuya rotación haya sido menor a 8 veces durante el año, a condición con solicitud de compra.

Información y recomendaciones para el cálculo del indicador

Se utilizará el sistema Orden para obtener los informes mensuales de los Productos Sin salidas en recetas, del cual se extraerán los medicamentos pertenecientes al arsenal farmacológico con los que se procederá a calcular el indicador.

Terminado el proceso se obtendrá un informe que debe ser impreso y archivado para futuras constataciones de seguimiento solicitadas por el Ministerio de Salud. Además, se debe informar en la plataforma SIS-Q el resultado obtenido.

Los criterios de exclusión de medicamentos del arsenal farmacológico para el cálculo del indicador se describen en anexo 1.

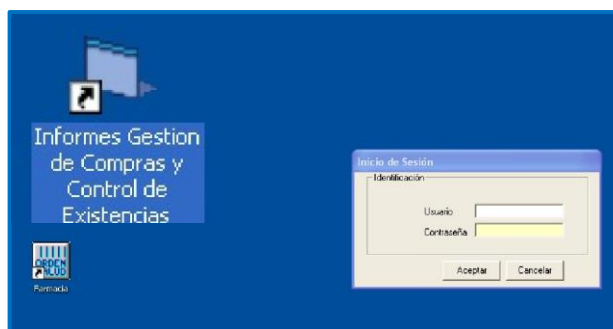
Se recomienda utilizar el computador del Químico Farmacéutico jefe, ubicado en oficina de farmacia, ya que posee el formato de las planillas Excel con las cuales se desarrollará el indicador.

Ficha del indicador Porcentaje de uso del arsenal farmacológico

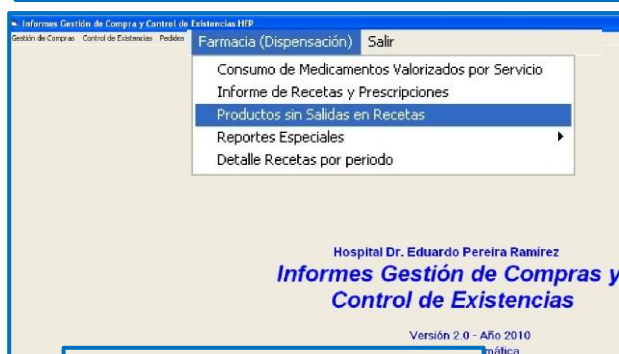
Descripción y racionalidad	El indicador mide el porcentaje de medicamentos del arsenal definido por el establecimiento, que fueron utilizados en el período.	
Dimensión	Eficiencia operacional	
Numerador	Número de medicamentos utilizados en el periodo de evaluación que pertenecen al arsenal farmacológico del establecimiento x 100	
Denominador	Total de medicamentos incluidos en el arsenal farmacológico del establecimiento del periodo de evaluación	
Unidad	Porcentaje	
Periodicidad	Mensual	
Fuente de datos	Informe “Productos sin salidas en recetas” obtenido desde sistema orden.	
Meta	≥ 95%	
Puntaje	Puntuación	% de cumplimiento
	0	$X < 85\%$
	1	$85\% \leq X < 88,3\%$
	2	$88,3\% \leq X < 91,6\%$
	3	$91,6\% \leq X < 95\%$
	4	$X \geq 95\%$
Observaciones	Se excluirán los medicamentos, establecidos por la Subsecretaría de Redes Asistenciales (MINSAL) y los definidos en la Resolución Exenta que se encuentra en proceso de elaboración en la unidad de farmacia. Toda reunión en la que el Comité de Farmacia y Terapéutica haya efectuado alguna modificación al arsenal farmacológico, entiéndase como: incorporación, cambio y eliminación de medicamentos, debe ser registrado en las actas para futuras constataciones.	

Aplicación para el cálculo del indicador

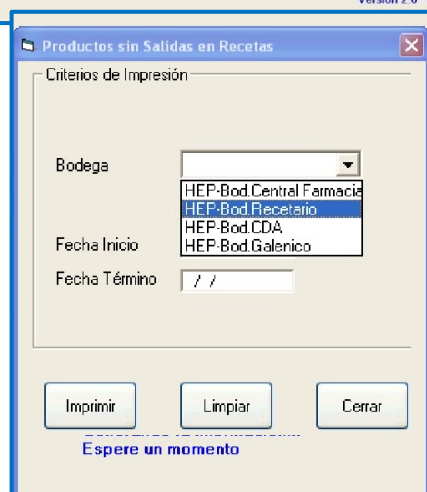
1) Proceso para obtener listado de medicamento desde las bodegas de Recetario Farmacia y Consultorio del adulto.



a) Ingresar a Sistema Orden → **Informes Gestión de Compras** → ingresar Usuario y Clave



b) Ingresar a “Farmacia (dispensación)” → “Productos sin salidas en Recetas”



c) En casillero de “Bodega” seleccionar opción:

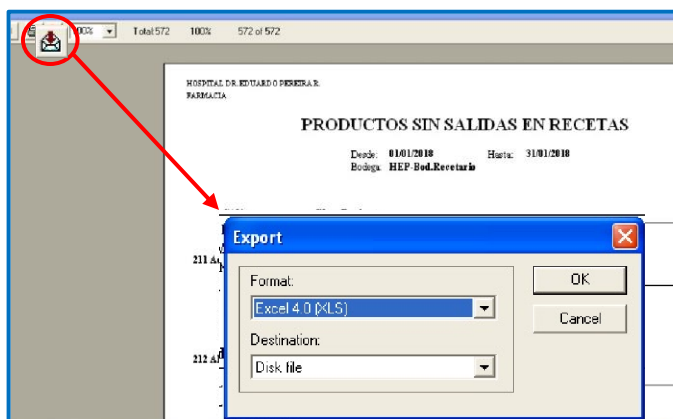
- 1) HEP.BOD RECETARIO ó
- 2) HEP. BOD CDA

d) En casillero “Fecha Inicio” ingresar **inicio del mes**

e) En casillero “Fecha Termina” ingresar **término del mes**

(Fecha en formato dd/mm/aaaa)

Hacer click en el botón imprimir, (esperar unos minutos) y se generara un documento con el título “**PRODUCTOS SIN SALIDAS EN RECETAS**”.



Ingresa en la opción **“Export”**

- En casillero **“Format”** seleccionar opción: Excel 4.0 (XLS)
- En casillero **“Destination”** conservar selección: DISK FILE

Presionar el botón OK, tras el cual se abrirá una pantalla que indicará el lugar donde se guardará el archivo en formato Excel.

Guardar el archivo en **“Disco local (C:)”**, en la carpeta **“Orden”** con el nombre de:

- **fármacos sin salida recetario mes año** → Para bodega de recetario
- **fármacos sin salida cda mes año** → Para bodega de consultorio

Luego los archivos generados deben ser traspasados a Windows desde el sistema Orden. Para esto, desde Inicio → Mi Pc → Disco local (C:), en la carpeta Orden, se buscan los archivos y se copian en el escritorio de Windows.

Este proceso se repite para obtener ambos archivos desde sistema Orden.

2) Preparación de archivos

Para mejorar los resultados se plantea seguir los pasos a continuación descritos con lo que se conseguirá reducir el tiempo implementado en obtener el listado de medicamentos sin salida pertenecientes al arsenal farmacológico.

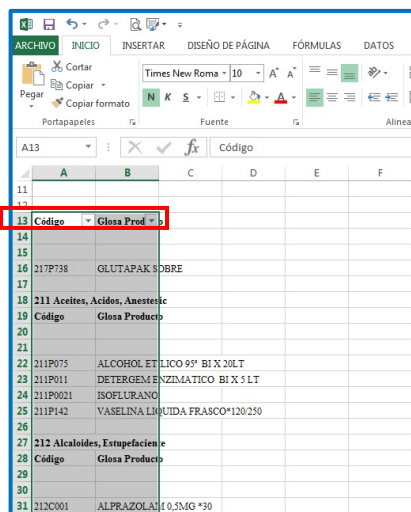
En base al archivo obtenido desde el sistema Orden, abrir archivo → habilitar edición → cerrar Archivo → abrir nuevamente EL ARCHIVO HABILITADO Y GUARDAR COMO → EN MIS DOCUMENTOS → CARPETA INDICADORES DE GESTION → CARPETA CUMPLIMIENTO ARSENAL FARMACOLOGICO → CARPETA AÑO ACTUAL → PRESIONAR GUARDAR y nombrarlo “Fármacos sin salida recetario o CDA mes año” según corresponda.

La hoja de cálculo se nombrará “**Original Orden**”.

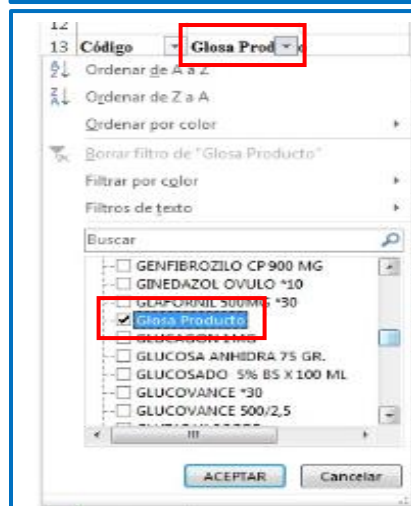
En el mismo archivo crear una copia de la hoja de cálculo “Original Orden”, con el nombre “**APLICACIÓN DE FILTROS**”

La hoja de “**APLICACIÓN DE FILTROS**” se modificará de la siguiente manera:

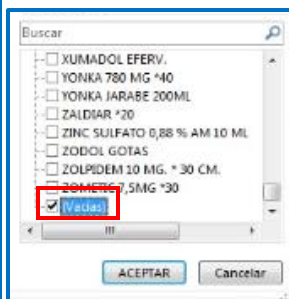
- a) Eliminar la fila que esta sobre Código y Glosa Producto. (solo en caso de bodega CDA)



- b) Seleccionar todos los datos de la columna Código y Glosa Producto e insertar un filtro sobre estos.



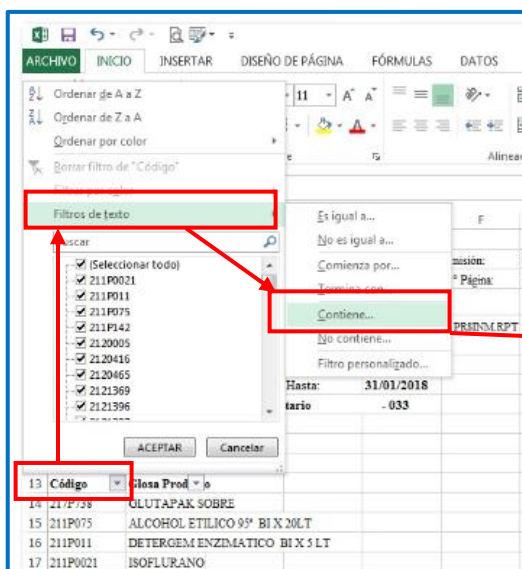
- c) Seleccionar el filtro de Glosa Producto → seleccionar casilla de **Glosa Producto + VACÍAS** →



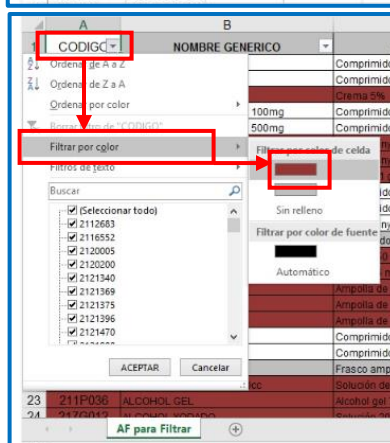
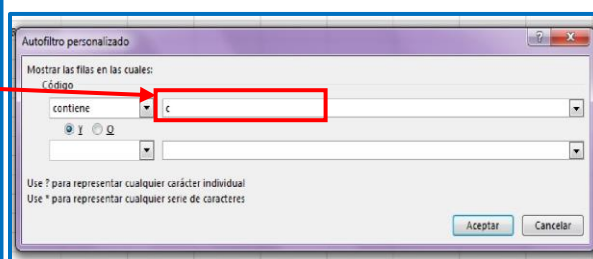
- d) Seleccionar todos los elementos filtrados y eliminar esas filas.
 e) Presionar el filtro de Glosa Producto → seleccionar la casilla de SELECCIONAR TODO → Aceptar

3) Aplicación de filtros

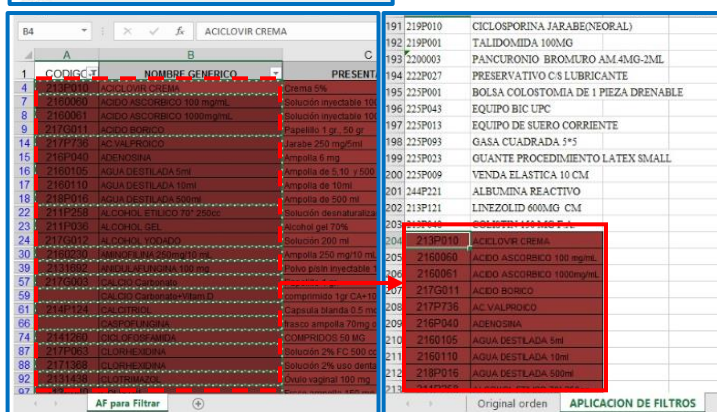
Se aplicarán los filtros a ambos listados (consultorio y recetario) de la siguiente manera y utilizando en conjunto el archivo de **Arsenal Farmacológico para Filtrar**.



- a) Presionar filtro de Código → Filtros de texto → En Contiene ingresar letra C → Aceptar.
 b) Eliminar todas las Filas filtradas.



- c) Ir al documento de **Arsenal Farmacológico para Filtrar** → seleccionar el filtro de CODIGO → filtrar por color → Seleccionar color rojo oscuro.

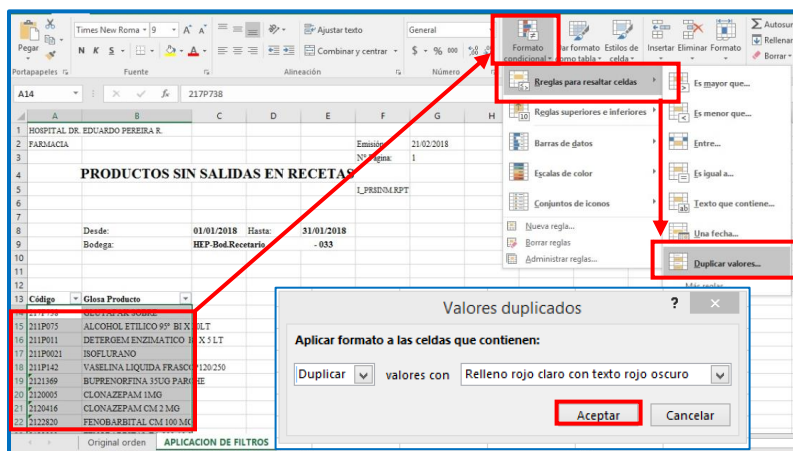


- d) Copiar la columna de CODIGO + NOMBRE GENERICO, sin los títulos de cada columna, y pegar al final del listado de APLICACIÓN DE FILTROS.

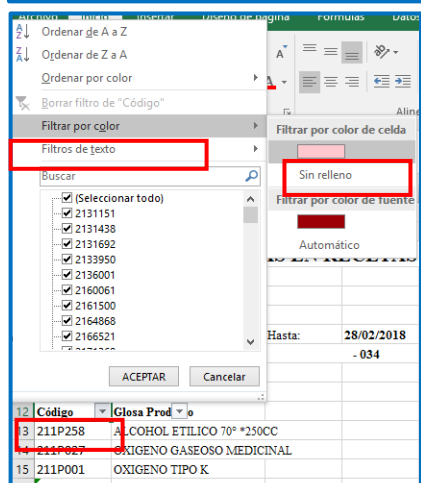
Original orden APLICACIÓN DE FILTROS

* Para los siguientes pasos que requieran copiar códigos desde el archivo Arsenal Farmacológico para Filtrar se recomienda borrar cualquier formato que posean los códigos de los fármacos. Para ello repita cada vez que se requiera los siguientes pasos: seleccione el listado completo de los códigos y diríjase a la barra de herramientas

En Inicio → Borrar → Borrar formatos*



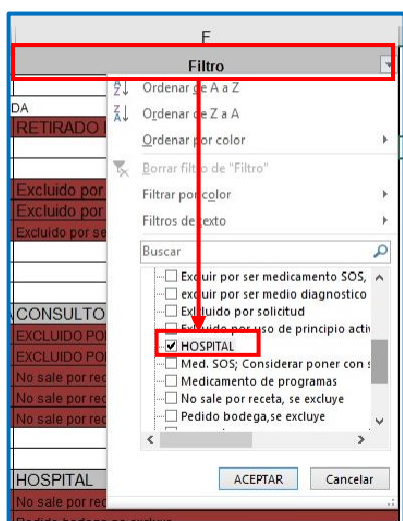
e) Seleccionar todo el listado de fármacos + los códigos, presionar en Formato Condicional (barra de herramientas) → Reglas para resaltar celdas → Duplicar valores → Aceptar.



f) Seleccionar filtro de Código → Filtrar por color → Filtrar por color de celda → Color rosado.

g) Eliminar todas las filas que fueron filtradas.

h) Seleccionar el filtro de Código y presionar la casilla (seleccionar todo) → Aceptar.
Eliminar todas las filas que aún permanecen con color al final del listado.



i) Ir a documento Arsenal Farmacológico para Filtrar, quitar cualquier filtro que este aplicado → seleccionar el filtro de la columna "Filtro" → Seleccionar solo la casilla de Consultorio u Hospital (dependiendo del listado con el cual se esté trabajando) → Aceptar

j) Copiar la columna de CODIGO + NOMBRE GENERICO, sin los títulos de cada columna, y pegar al final del listado de “**APLICACIÓN DE FILTROS**”.

- k) Selecciona todos los nombres de fármacos + los códigos → presionar en Formato Condicional (barra de herramientas) → Reglas para resaltar celdas → Duplicar valores → Aceptar
- l) Seleccionar filtro de Código → Filtrar por color → Filtrar por color de celda → Color rosado.

m) Seleccionar los códigos y fármacos que fueron filtrados y destacar las celdas con color amarillo (consultorio) y verde (recetario) (de esta forma se conservan los códigos propios de consultorio que no aparecen en recetario y viceversa).

- n) Seleccionar el filtro de Código y presionar la casilla “(seleccionar todo)”. Eliminar todas las filas que aún permanecen con color al final del listado, sin eliminar aquellas destacadas.

- o) Ir al documento de **Arsenal Farmacológico para Filtrar** → seleccionar filtro de CODIGO → Filtrar por color → Sin relleno. Antes de realizar este paso, confirmar que **no** esté aplicado algún otro filtro.

A	B
1	CODIGO
2	2140050 ACENOCUMAROL
3	213P028 ACICLOVIR
4	2140110 ACIDO ACETILSALICILICO 100mg
5	2140115 ACIDO ACETILSALICILICO 500mg
6	2140160 ACIDO FOLICO 1mg
10	214P103 ACIDO FOLICO 5mg
11	216P015 AC. TRANEXAMICO
12	214P046 ALBENDAZOL 200mg
19	214P142 ALBENDAZOL 400mg
20	2140315 ALOPURINOL
25	2120200 ALPRAZOLAM
26	217P074 ALUMINIO HIDROXIDO
27	2140360 AMIODARONA 100 mg
29	2140365 AMIODARONA 200 mg
31	216P002 AMIODARONA 150 mg/3 mL
32	214P071 AMLODIPINO
33	213P048 AMOXICILINA
35	213P061 AMOXI + AC. CLAVULANICO
36	213P006 AMOXI o AMPI + SULBACTAM
37	2140465 ANTIESPASMODICO
40	2140466 ATENOLOL
41	214P125 ATORVASTATINA 20 mg
42	

p) Copiar la columna de CODIGO + NOMBRE GENERICO, sin los títulos de cada columna, y pegar al final del listado de **APLICACIÓN DE FILTROS**.

q) Selecciona todos los nombres de fármacos + los códigos, presionar en Formato Condicional (barra de herramientas) → Reglas para resaltar celdas → Duplicar valores → Aceptar

r) Seleccionar filtro de Código → Filtrar por celda → Sin relleno.

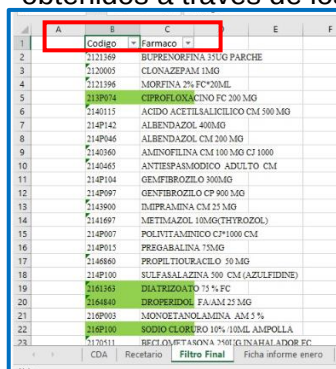
s) Eliminar todas las filas que fueron filtradas, **exceptuando** las destacadas **CON COLOR AMARILLO O VERDE**. Luego, retirar el filtro aplicado y eliminar todas las filas que aún permanecen con recuadro al final del listado.

De esta forma se obtiene el listado de todos los medicamentos que pertenecen al Arsenal Farmacológico y que no han tenido salidas a través de receta, ya sea de Recetario o Consultorio (dependiendo del archivo que se esté utilizando).

4) Combinación de archivos

Cuando ya se haya obtenido el listado de ambos lugares (recetario y consultorio), se deben combinar en un archivo y luego filtrar aquellos medicamentos que no salieron ni de recetario ni de consultorio y con los cuales se procederá a calcular el indicador. A continuación, se describe dicho procedimiento.

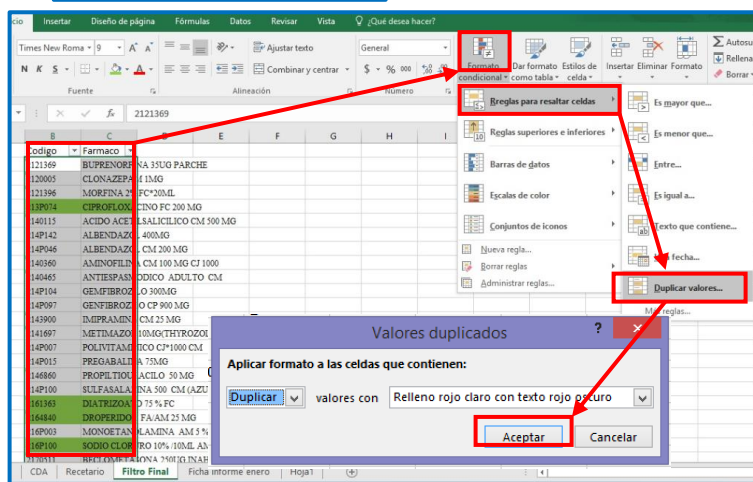
- Crear un nuevo archivo Excel y nombrarlo: **"Medicamentos del Arsenal Sin Rotación Mes año"**.
- Generar hojas de cálculo con los siguientes nombres: CDA, Recetario, Filtro Final y Ficha informe MES.
- En las hojas de CDA y Recetario copiar y pegar, según corresponda, los datos obtenidos a través de los anteriores filtrados.



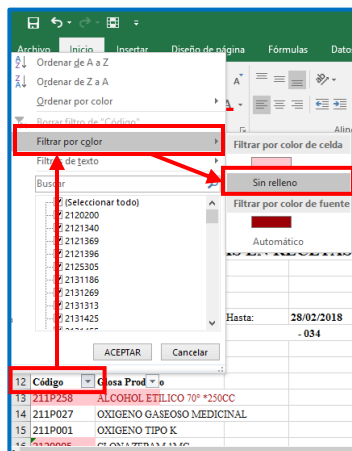
	A	B	C	D	E	F
		Código	Farmaco			
2		2121369	BUPRENORFINA 35UG PARCH			
3		1220005	CLONAZEPAM 1MG			
4		1213396	MORFINA 2% FC*20ML			
5		1139074	CIPROFLOXACINO FC 200 MG			
6		1401115	ACIDO ACETILSALICILICO CM 500 MG			
7		1414142	ALBENDAZOL 400MG			
8		1414046	ALBENDAZOL CM 200 MG			
9		1403660	AMINOFILINA CM 100 MG C/ 1000			
10		1404465	ANTIESPASMODICO ADULTO CM			
11		1414104	GENFIBROZILO 300MG			
12		1414097	GENFIBROZILO CP 900 MG			
13		1414900	DIAPRAMINA CM 15 MG			
14		1414697	METIMAZOL 100MG/THYROZOL			
15		1414907	POLIVITAMINICO CP 1000 CM			
16		1414915	PROGABALINA 75MG			
17		1414860	PROPILOTURACILO 50 MG			
18		1414100	SULFASALAZINA 500 CM (AZULFIDINE)			
19		1414163	DIAZEPAM 10 MG			
20		1414440	DROPERIDOL FA 25 MG			
21		1414003	MONOETANOLAMINA AM 1%			
22		1414100	SODIO CLORIDO 10% 10ML ALPOLLA			
23		1414011	RECTOCLONAZEPAM 750121 NAB			

d) En la hoja **"Filtro Final"**, copiar todos los medicamentos y los códigos de cada listado obtenido y pegarlos uno bajo el otro.

e) Nombrar la columna A como **"Códigos"** y la columna B como **"Fármacos"** y generar un filtro sobre estas.



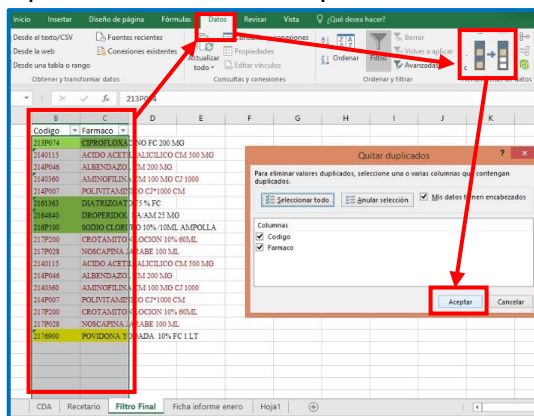
f) Seleccionar el listado de códigos y el listado de medicamentos → Formato Condicional → Reglas para resaltar celdas → Duplicar valores → Aceptar.



g) Seleccionar filtro de Código → Filtrar por color
→ Filtrar por color de celda → Sin relleno

h) Eliminar todas las filas que fueron filtradas, **exceptuando** las que hayan quedado destacadas CON COLOR AMARILLO O VERDE.

i) Seleccionar el filtro de Código y presionar la casilla de “(seleccionar todo)” para que aparezca el listado completo.



j) Seleccionar toda la columna A y B, ir a barra de herramientas → DATOS → Presionar botón “Quitar Duplicados” → Aceptar.

k) Quitar el relleno de las celdas que posean color.

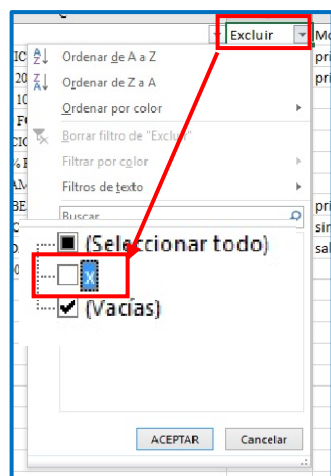
Se obtendrá el listado final de los medicamentos que no tuvieron salidas por receta tanto en consultorio como en recetario (Hospital).

5) Criterio de exclusión por principio activo

Sobre el listado obtenido, se utilizará el criterio de exclusión por principio activo, es decir, si alguno de los medicamentos posee más de una presentación (en forma farmacéutica o dosificación) dentro del Arsenal Farmacológico del hospital y además poseen la misma indicación terapéutica, se eliminarán del listado de medicamentos.

B	C	D	E	F
Código	Farmaco	Excluir	Motivo	
2140115	ACIDO ACETILSALICILICO CM 500 MG	x	principio activo utilizado	
214P046	ALBENDAZOL CM 200 MG	x	principio activo utilizado	
2140360	AMINOFILINA CM 100 MG C/ 1000			
213P074	CIPROFLOXACINO FC 200 MG			
217P200	CROTAMITON LOCION 10% 60ML			
2161363	DIATRIZOATO 75 % FC			
2164840	DROPERIDOL FA/AM 25 MG			
217P028	NOSCAPINA JARABE 100 ML	x	principio activo utilizado	
214P007	POLYTIMINICO CP*1000 CM	x	sin stock en mercado	
2176900	POVIDONA TODADA 10% FC I LT	x	salidas sin receta	
216P100	SODIO CLORURO 10% /10ML AMPOLLA			

a) Generar una columna que indique a través de una X, que medicamentos serán excluidos y otra columna con el motivo de su exclusión. Ambas con un filtro incluido.



b) Sobre el filtro de la columna Excluir, retirar la selección de X → Aceptar.

B	C	D	E
Código	Farmaco	Excluir	Motivo
2140360	AMINOFILINA CM 100 MG C/ 1000		
213P074	CIPROFLOXACINO FC 200 MG		
217P200	CROTAMITON LOCION 10% 60ML		
2161363	DIATRIZOATO 75 % FC		
2164840	DROPERIDOL FA/AM 25 MG		
216P100	SODIO CLORURO 10% /10ML AMPOLLA		

SIN SALIDA EN RECETAS RECETARIO+CONSULTORIO DEL ADULTO MES ENERO 2018			
CODIGO	FARMACO	Reporte Mes de ENERO 2018	
2140360	AMINOFILINA CM 100 MG C/ 1000	Total de medicamentos del AF sin salidas	
213P074	CIPROFLOXACINO FC 200 MG	Numerador: N° de medicamentos utilizados que pertenecen al AF	285
217P200	CROTAMITON LOCION 10% 60ML	Denominador: N° de medicamentos pertenecientes al AF	285
2161363	DIATRIZOATO 75 % FC	Indicador: Porcentaje de uso del AF	100%
2164840	DROPERIDOL FA/AM 25 MG		
216P100	SODIO CLORURO 10% /10ML AMPOLLA		

* AF: 285 medicamentos 2017
* AF: excluidos por enero 10 NINGAL, 285 medicamentos

Ficha Informe enero

c) Seleccionar todos los medicamentos y códigos y copiarlos en Ficha Informe del mes correspondiente.

4) Cálculo del indicador

Se ingresa el número total de medicamentos que no tuvieron salidas en el mes y automáticamente indicara el resultado del porcentaje de uso del arsenal farmacológico.

SIN SALIDA EN RECETAS RECETARIO+CONSULTORIO DEL ADULTO MES ENERO 2018			
	CODIGO	FARMACO	
1	2140360	AMINOFILINA CM 100 MG CJ 1000	Reporte Mes de ENERO 2018
2	213P074	CIPROFLOXACINO FC 200 MG	Total de medicamentos del AF sin salida
3	217P200	CROTAMITON LOCION 10% 60ML	6
4	2161363	DIATRIZOATO 75 % FC	Numerador: N° de medicamentos utilizados que pertenecen al AF
5	2164840	DROPERIDOL FA/AM 25 MG	279
6	216P100	SODIO CLORURO 10% /10ML AMPOLLA	Denominador: N° de medicamentos pertenecientes al AF
			285
			Indicador: Porcentaje de Uso del AF
			98%
* AF HEP 295 medicamentos 2017			
* AF excluidos por anexo 10 MINSAL, 285 medicamentos			
CDA Recetario Filtro Final Ficha informe enero Hoja1 + <			

5) Informe de resultados

- Ingresar el resultado obtenido en la plataforma SIS-Q
- Imprimir y firmar por el Químico Farmacéutico a cargo de la revisión
- Archivar la hoja de cálculo para constancia de seguimiento.

Indicador: B 2.2_6 Porcentaje de Autorización de Compras de Medicamentos de Uso Ocasional

Objetivo General

Establecer un sistema estandarizado que permita identificar los documentos exigidos por el MINSAL para el cálculo de indicador.

Objetivos específicos

- * Recopilar los documentos solicitados para cada valor en la fórmula.
- * Archivar cada solicitud que llegue a la unidad de farmacia.
- * Generar un resumen mensual de los medicamentos solicitados.
- * Informar los resultados mensualmente en sistema SIS-Q.

Información y recomendaciones para el cálculo del indicador.

- * Las solicitudes deben estar firmadas por el médico tratante, Químico Farmacéutico a cargo de la revisión, Jefe Servicio de la Unidad Clínica y subdirección médica para ser comprado.
- * Informar mensualmente en comité de farmacia los medicamentos solicitados para compra ocasional.

Ficha del indicador Porcentaje de autorización de compras de medicamentos de uso ocasional

Descripción y racionalidad	Este indicador mide las evaluaciones técnicas y económicas realizadas por el Comité de Farmacia y Terapéutica del Establecimiento para la aprobación de compras de medicamentos de uso ocasional.	
Dimensión	Eficiencia operacional	
Fórmula	$\left[\frac{(\text{Número de Formularios de Solicitudes de Fármacos de Uso Ocasional con respaldo Técnico-económico en el periodo}}{\text{Total de Formularios de solicitudes de Fármacos de uso ocasional en el mismo periodo}} \times 0,5) + \frac{(\text{Número de Solicitudes Aprobadas de Fármacos de Uso Ocasional con evaluación Técnico-económica Positiva en el periodo}}{\text{Total de solicitudes Aprobadas de Fármacos de uso ocasional en el mismo periodo}} \times 0,5) \right] \times 100$	
Unidad	Porcentaje	
Periodicidad	Mensual	
Fuente de datos	Los datos se obtienen desde las fichas de solicitudes de fármaco ocasional (anexo 2) y las evaluaciones técnico-económicas realizadas en el periodo (anexo 3).	
Meta	≥ 95%	
Puntaje	Puntuación	% de cumplimiento
	0	$X < 50\%$
	1	$50\% \leq X < 65\%$
	2	$65\% \leq X < 80\%$
	3	$80\% \leq X < 95\%$
	4	$X \geq 95\%$
Observaciones	Definiciones y consideraciones: Comité de Farmacia y Terapéutica Asistencial: organismo técnico-asesor de la Dirección del Establecimiento médico-asistencial, en materias relativas a la selección, disponibilidad, uso y utilización de medicamentos e insumos terapéuticos en los establecimientos que integran la red asistencial. Medicamento de uso ocasional: Medicamento que se utiliza para un paciente en particular con justificación clínica de su uso por un periodo determinado de tratamiento y que no pertenece al arsenal farmacológico definido por el establecimiento. * De requerirse un medicamento en calidad de urgencia y no se cuente con la evaluación técnico-económica, la revisión será realizada de manera posterior ante el CFT, considerando que la indicación significa un riesgo para la atención de los pacientes hospitalizados o de urgencia. * Se mantendrá un registro de los medicamentos de uso ocasional aprobados bajo esta modalidad, para posteriormente ser regularizados como fármaco ocasional.	

Aplicación para el cálculo del indicador

1) Recopilación de documentos

Obtener desde el archivador “Solicitud de Fármaco Ocasional”, los formularios de solicitudes de fármaco ocasional y sus correspondientes evaluaciones técnico-económicas, si las tuviese, del mes a evaluar.

2) Identificación de documentos

Separar cada Formulario de solicitud según los criterios establecidos en la fórmula para el cálculo del indicador, siendo los siguientes 4 valores los que se deben considerar para esto.

P1: Número de Formularios de Solicitudes de Fármacos de Uso Ocasional con respaldo Técnico-económico en el periodo.

P2: Total de Formularios de solicitudes de Fármacos de uso ocasional en el mismo periodo.

P3: Número de Solicitudes Aprobadas de Fármacos de Uso Ocasional con evaluación Técnico-económica Positiva en el periodo

P4: Total de solicitudes Aprobadas de Fármacos de uso ocasional en el mismo periodo

3) Descripción de cada punto

A continuación, se describe a modo de interpretación de lo estipulado por el MINSAL, los documentos que corresponde ingresar como valor dentro de la fórmula.

P1: El valor corresponde a la cantidad de formularios de solicitud que llegan a la unidad de Farmacia y posean una ficha de respaldo técnico – económico adjunta.

P2: EL valor corresponde a la cantidad total de solicitudes que hayan llegado a la unidad de Farmacia. Se consideran todas las que lleguen a la unidad, ya sea que posea o no respaldo técnico- económico.

P3: El valor corresponde a la cantidad de solicitudes aprobadas para la compra y que posean un respaldo técnico-económico positivo, es decir que, según investigación y datos bibliográficos, el medicamento otorgara beneficios claros al paciente.

P4: Corresponde a la totalidad de las solicitudes aprobadas. Se debe destacar en este valor que pueden existir solicitudes donde la evaluación técnico – económica no sea positiva, es decir que, su beneficio sea mayor al riesgo, aunque el riesgo puede ser bajo en ciertas condiciones puede ser perjudicial para el paciente. Bajo estas circunstancias se puede aprobar la compra de este medicamento, considerándose esta solicitud aprobada pero no con un respaldo técnico- económico positivo, por lo que se incluye en este punto para ser evaluado.

4) Ingreso de valores a la fórmula y cálculo del indicador

Fórmula = [(Número de Formularios de Solicitudes de Fármacos de Uso Ocasional con respaldo Técnico-económico en el periodo **(P1)** / Total de Formularios de solicitudes de Fármacos de uso ocasional en el mismo periodo **(P2)** x 0,5) + (Número de Solicitudes Aprobadas de Fármacos de Uso Ocasional con evaluación Técnico-económica Positiva en el periodo **(P3)** / Total de solicitudes Aprobadas de Fármacos de uso ocasional en el mismo periodo **(P4)** x 0,5)] x 100

$$\left[\frac{(P1 \times 0,5)}{P2} + \frac{(P3 \times 0,5)}{P4} \right] \times 100 = \text{INDICADOR}$$

Consideraciones para el cálculo del indicador

- De no existir solicitudes de compra de fármaco ocasional durante el mes evaluado, se considera como 0 cada punto, registrándose de igual forma en sistema SIS-Q.

5) Informe de resultados

a) Ingresar a planilla resumen trimestral los datos de los medicamentos solicitados para compra ocasional.

Ir a escritorio → carpeta Procedimientos farmacia → carpeta Porcentaje autorización medicamento ocasional → Archivo Excel indicador B2.2_6 solicitud fármaco ocasional

b) Ingresar los resultados obtenidos (punto 4) en la plataforma SIS-Q.

Anexos del manual

Anexo 1.

Criterios de exclusión de medicamentos del arsenal farmacológico para el cálculo del indicador.

1° Se excluirán aquellos medicamentos mencionados en el **Anexo 10: Listado de medicamentos excluidos de la medición del indicador** del “INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED 2018” que pertenezcan al Arsenal Farmacológico.

N°	Fármaco	Presentación
1	AC. ASCORBICO 100 mg/mL	Solución inyectable 100 mg/mL
2	DANTROLENO	Polvo para inyectable 20 mg
3	FLUMAZENIL	Solución inyectable 0,5 mg/5mL
4	GLUCAGON	vial de 1 mg
5	INTERFERON BETA 1A	22 MCG/0.5 ML
6	N-ACETILCISTEINA	Capsulas de 600 mg
7	NALOXONA	Solución 0,4 mg/ml
8	NITROGLICERINA	Comprimido 0,6 mg
9	OCTREOTIDA	Ampolla 0,1mg / ml
10	OSELTAMIVIR	Capsulas 75 mg
11	PARACETAMOL	Solución inyectable 1g/100ml
12	PROTAMINA	Solución inyectable 50mg /5 ml

2° Se excluirán los medicamentos que requieren de solicitud para ser dispensado.

N°	Fármaco	Presentación	Condición de Dispensación
1	AC. VALPROICO	Jarabe 250 mg/5ml	Receta UPC y Pabellón
2	ADENOSINA	Ampolla 6 mg	Receta UPC y Pabellón
3	ANIDULAFUNGINA 100 mg	Polvo p/sln inyectable 100 mg	Solicitud de ATB para compra
4	CALCIO Carbonato+Vitam.D	comprimido 1gr CA+10 mcg	Solicitud med. Tratante-UCIM
5	CALCITRIOL	Capsula blanda 0.5 mcg	Solicitud de compra-jefe servicio
6	CASPOFUNGINA	frasco ampolla 70mg o 50 mg	Solicitud compra y ATB
7	CICLOFOSFAMIDA	COMPRIDOS 50 MG	Solicitud de compra poli respiratorio
8	COLISTIN	Frasco ampolla 150 mg	Solicitud ATB
9	FENITOINA	Ampolla 250 mg	receta UPC y Pabellón
10	LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA	Cm recubierto 150mg + 300mg	Receta IAAS
11	LINEZOLID	Bolsa 600 mg inyectable	solicitud de compra visación ATB
12	MEROPENEM	Polvo p/sln iny 500 mg	Solicitud de compra ATB
13	METOTREXATO	Comprimido 2,5 mg	Solicitud de compra con V°B° gastro CDA
14	MOXIFLOXACINO	Inyectable 400 mg	Solicitud de compra y de ATB
15	MOXIFLOXACINO	comprimido 400 mg	Solicitud de compra y de ATB
16	SUGAMMADEX	Ampolla 200 mg	solicitud pabellón
17	TIGECICLINA	Frasco ampolla 50 mg	solicitud de compra visación ATB
18	TIOTROPIO/OLODATEROL 2,5 mcg c/u	Frasco para inhalador	V°B° neumólogo CDA

3° Se excluirán aquellos medicamentos del arsenal cuyo principio activo presenta más de una presentación o forma farmacéutica. Este criterio se aplicará solo si una de las presentaciones o formas farmacéuticas del principio activo posee salidas a través de receta y la misma indicación terapéutica.

4° Se excluirán aquellos medicamentos cuya indicación o uso sea de antisépticos de uso externo.

N°	Fármaco	Presentación
1	ALCOHOL GEL	Alcohol gel 70%
2	ALCOHOL YODADO	Solución 200 ml
3	CLORHEXIDINA	Solución 2% FC 500 cc
4	CLORHEXIDINA	Solución 2% uso dental
5	HIPOCLORITO SODIO	Solución 0,25%
6	LIDOCAINA (Clorhidrato)	Carpule uso odont. 2% c/s vasoconstrictor
7	POVIDONA (yodada) 10% 1000ml	Solución 10% 1000 ml Lavador Quirúrgico

5° Se excluirán aquellos medicamentos cuya indicación sea de antídoto o antagonista de algún fármaco y su uso sea en condiciones de emergencia u SOS. También se incluyen aquellos medicamentos que pertenecen a un programa y que solo tendrán salidas si hay pacientes que presenten dicha patología.

N°	Fármaco	Presentación	Condición de dispensación	Indicación válida
1	ESTREPTOQUINASA	Frasco ampolla 1.500.000 UI	Receta UCIM	Anticoagulante
2	RIBAVIRINA	Comprimido 200 mg	Receta Poli gastro CDA	Programa Hepatitis C
3	ESTREPTOMICINA	Polvo p/sln inyectable 1 g	Receta TBC	Medicamento de programa TBC
4	ETAMBUTOL (Clorhidrato)	Comprimido 200 mg	Receta TBC	Medicamento de programa TBC
5	ETIONAMIDA	Comprimido 250 mg	Receta TBC	Medicamento de programa TBC
6	ISONIAZIDA	Comprimido 100 mg	Receta TBC	Medicamento de programa TBC
7	KANAMICINA	Sln inyectable 500mg/10ml	Receta TBC	Medicamento de programa TBC
8	PIRAZINAMIDA	Comprimido 500 mg	Receta TBC	Medicamento de programa TBC
9	RIFAMPICINA	Cápsula 150 mg	Receta TBC	Medicamento de programa TBC
10	RIFAMPICINA/ISONIACIDA	Comprimido 150 mg/150 mg	Receta TBC	Medicamento de programa TBC
11	Rifa/Isonia/Piraz/etambutol	CM 150mg/75mg/400mg/275mg	Receta TBC	Medicamento de programa TBC
12	DEXAMETASONA	comprimidos 4 mg	Receta poli del dolor	Excluido por patología única

Anexo 2

Ficha de solicitud de compra de medicamentos de uso ocasional

HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA FARMACIA	Nº : _____ FECHA SOLICITUD : _____ SECTOR : _____
--	---



HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA R.

SOLICITUD DE FARMACO OCASIONAL

SERVICIO SOLICITANTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Nº FICHA CLINICA: _____

DIAGNOSTICO: _____

EXAMENES DE RESPALDO: _____

NOMBRE DEL FARMACO: _____

FORMA FARMACEUTICA: _____

PRESENTACIÓN: _____

DOSIS DIARIA: _____

DURACIÓN DEL TTO: _____

_____ VºBº VISADOR	_____ NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE
-----------------------	---

OBS. VISADOR: _____

OBS. FARMACEUTICO: _____

COSTO TRATAMIENTO: _____

Cód. Nº 5238300

VºBº FARMACIA

Anexo 3.

Ficha evaluación técnico – económica

I. Medicamento evaluado			
Denominación Común Internacional			
Concentración			
Forma Farmacéutica			
Vía de administración			
Se solicita incorporar como medicamento de uso ocasional por los siguientes motivos:			
II. Evaluación general			
Característica	SI	NO	No Aplica
Medicamento cuenta con registro sanitario vigente			
Se comercializa en el país			
Es Monoproveedor			
Es Medicamento GES			
Es Monodroga			
Cuenta con Bioequivalencia			
III. Evaluación de Eficacia, Efectividad y Seguridad			
Característica	SI	NO	No Aplica
Dispone de información científica proveniente de Ensayos Clínicos Controlados y Randomizados respecto a su eficacia			
Dispone de Estudios Fase IV respecto a seguridad del medicamento			
Posee el medicamento experiencia de uso en el país			
Posee el medicamento Reportes de RAM presentadas al ISP			
Posee el medicamento Reportes de fallas de Calidad presentadas al ISP			
En el AF existe otra alternativa con mejor relación costo-efectividad			
Restricciones al uso			
IV. Evaluación Económica			
Característica	Medicamento evaluado	Alternativa presente en AF	
1. Dosis Diaria			
2. N° de Formas Farmacéuticas diarias (FF)			
3. Costo por FF			
4. Costo diario tratamiento			
5. Costo total tratamiento			
Costo variación del medicamento a incorporar respecto a la alternativa en AF= Costo total del medicamento a incorporar – Costo total del medicamento presente en AF			

Anexo 6

Resultados obtenidos para el programa de acreditación en calidad

Característica: CAL 1.2

Existe un responsable de coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en las Unidades, y se definen metas de calidad anuales en dichas unidades.

Umbral	Verificables	Porcentaje de cumplimiento		
		1° auditoría	2° Auditoría	Final
≥ 80 %	Se ha designado responsable de dirigir y coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en cada uno de los servicios clínicos y de apoyo.	0%	50%	100%
	Metas de calidad anual por Unidad (relacionadas con la seguridad de los pacientes)	0%	50%	

Característica: GCL 2.3

Se realiza vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención.

Umbral	Verificables	Porcentaje de cumplimiento		
		1° auditoría	2° Auditoría	Final
≥ 75 %	Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención, que contempla al menos: - Eventos adversos y eventos centinela a vigilar de acuerdo a la realidad asistencial. - Sistema de vigilancia. - Procedimiento de reporte. Se han definido los responsables de su aplicación.	0%	34%	100%
	Existen registros implementados y en uso para reportes de EA de acuerdo al sistema de vigilancia local.	0%	33%	
	Se constata análisis de eventos centinelas.	33%	33%	

Característica: RH 2.2

El prestador institucional cuenta con programas de orientación que enfatizan aspectos específicos del funcionamiento de la Unidad relacionados con la seguridad de los pacientes y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la Unidad.

Umbral	Verificables	Porcentaje de cumplimiento		
		1° auditoría	2° Auditoría	Final
≥ 75 %	Se describe en un documento el programa de orientación que enfatiza en temas relacionados con la seguridad de la atención. El programa considera al menos: médicos, matronas, enfermeras y técnicos paramédicos.	50%	50%	100%
	Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de orientación establecido en al menos 85% de los funcionarios que ingresaron a la unidad en el último año.	50%	50%	

Característica: APF 1.1

Los preparados antineoplásicos y/o fórmulas de nutrición parenteral comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

Umbral	Verificables	Porcentaje de cumplimiento		
		1° auditoría	2° Auditoría	Final
100%	Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a prestadores formalizados por la autoridad sanitaria competente.	100%	100%	100%

Característica: APF 1.2

Existe una estructura organizacional de carácter técnico que define la adquisición de medicamentos e insumos.

Umbral	Verificables	Porcentaje de cumplimiento		
		1° auditoría	2° Auditoría	Final
≥ 50%	Se constata formalización y funcionamiento del Comité de Farmacia.	0%	34%	100%
	Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de medicamentos que considera su evaluación técnica.	33%	33%	
	Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de insumos, que considera su evaluación técnica.	33%	33%	

Característica: APF 1.3

Se mantiene un stock mínimo de medicamentos e insumos predefinido en las unidades de pacientes de mayor riesgo.

Umbral	Verificables	Porcentaje de cumplimiento		
		1° auditoría	2° Auditoría	Final
≥ 75%	Se ha designado el responsable de la mantención del stock mínimo de medicamentos e insumos en las unidades críticas de la institución.	25%	25%	100%
	Se documenta una definición del stock mínimo de medicamentos e insumos en dichas unidades.	25%	25%	
	Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de reposición del stock y periodicidad de éste.	25%	25%	
	Existe constancia de que el stock mínimo se repone oportunamente.	0%	25%	

Característica: APF 1.4

El prestador institucional utiliza procedimientos de Farmacia actualizados de las prácticas relevantes para resguardar la seguridad de los pacientes.

Umbral	Verificables	Porcentaje de cumplimiento		
		1° auditoría	2° Auditoría	Final
≥ 66 %	Se describen en un documento(s) elaborado por Farmacia, los siguientes procedimientos: - Rotulación de medicamentos. - Envasado de medicamentos e insumos. - Despacho de medicamentos e insumos. - Sistema de eliminación de Medicamentos expirados, en mal estado o sin rotulación adecuada. - Sistema de reposición de stock mínimo de la Unidad de Farmacia.	34%	No auditado	Valor no determinado
	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.	33%	No auditado	
	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	0%	No auditado	

Característica: APF 1.5

Farmacia estandariza procedimientos relacionados con medicamentos y evalúa su cumplimiento en las diferentes Unidades Clínicas.

Umbral	Verificables	Porcentaje de cumplimiento		
		1° auditoría	2° Auditoría	Final
≥ 50 %	Se describen en documento(s) elaborado(s) por Farmacia los procedimientos relacionados con: - Almacenamiento y conservación de medicamentos e insumos. - Formato de prescripción de medicamentos. - Solicitud de medicamentos e insumos desde unidades clínicas. - Devolución de medicamentos e insumos. - Notificación de reacciones adversas a medicamentos a la autoridad pertinente.	34%	No auditado	Valor no determinado
	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.	33%	No auditado	
	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	0%	No auditado	

Característica: APF 1.6

La preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos se realiza bajo las condiciones de seguridad previstas en la normativa vigente.

Umbral	Verificables	Porcentaje de cumplimiento		
		1° auditoría	2° Auditoría	Final
≥ 100 %	Se describen en documento(s) los procedimientos de preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos de acuerdo a la normativa vigente y se ha definido responsable(s) de su aplicación.	0%	No auditado	Valor no determinado
	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.	0%		
	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	0%		

Característica: APF 1.7

La elaboración, almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral se realiza bajo condiciones seguras para los pacientes.

Umbral	Verificables	Porcentaje de cumplimiento		
		1° auditoría	2° Auditoría	Final
100 %	Se describe en documento(s) el procedimiento de preparación, almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral, acorde a la normativa vigente y se ha definido responsable(s) de su aplicación.	34%	No auditado	Valor no determinado
	Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.	33%	No auditado	
	Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	0%	No auditado	

Anexo 7

Resultados obtenidos de la evaluación de la capacidad de autogestión en red

Indicador: Porcentaje de despacho de receta total y oportuna

Verificable	1ª Auditoría	Acción realizada	2ª Auditoría
1.- Reporte publicado en DEIS "Indicadores de la Red Asistencial 2017 → Resto de indicadores EAR con fuente REM → Indicador B2.2.1", Obtenido de la siguiente fuente: * Numerador: REM Aa04 Sección J. Celdas (B88) * Denominador: REM A04 Sección J. Celdas (B88+C88)	No cumple	Unidad de estadística corrigió los valores que diferían con lo informado por la unidad de farmacia.	Cumple sin observaciones
2.- Constatación de cumplimiento a través de muestreo.	No cumple	Rotulación de cada caja con el mes, año y procedencia de las recetas (CDA). Localización de las cajas con los meses faltantes. Confirmar que en cada caja estuvieran presentes las recetas correspondientes a los días donde se realizó el despacho de medicamentos.	Cumple sin observaciones

Indicador: Porcentaje de uso del arsenal farmacológico

Verificable	1ª Auditoría	Acción realizada	2ª Auditoría
1.- Resolución vigente del Arsenal Farmacológico del Establecimiento (respaldo del denominador)	Si cumple	No requirió de una acción para su cumplimiento.	Cumple con la siguiente observación. Existen ocho medicamentos que están considerados en el denominador y no fueron excluidos Ácido ascórbico; Dantroleno; Flumazenil; N-Acetil Cisteína; Nitroglicerina; Protamina; Ciclosporina; Metrotrexato
2.- Informe unidad de Farmacia que dé cuenta de los fármacos utilizados mensualmente (respaldo de numerador)	No cumple	Actualizar el documento "Medicamentos utilizados del arsenal farmacológico año 2017" con el valor de los meses faltantes.	Cumple sin observaciones

3.- Registro mensual de medicamentos comprados fuera del arsenal.	No cumple	Desarrollo del 4 ^{to} informe para el año 2017.	Cumple sin observaciones
4. Verificables funcionamiento Comité de Farmacia (CFT): a) Resolución vigente que aprueba la conformación del CFT, siguiendo con los lineamientos de Res. EX. N° 504/2009 con designación de miembros titulares y subrogantes, actualizada cada dos años.	Si cumple	No requirió de una acción para su cumplimiento.	Cumple sin observaciones
b) Plan anual de actividades CFT	Si cumple	No requirió de una acción para su cumplimiento.	Cumple sin observaciones
c) Procedimiento para la evaluación de la incorporación, eliminación o modificación de un medicamento del arsenal farmacológico, según Norma General Técnica N° 113.	Si cumple	No requirió de una acción para su cumplimiento.	Cumple sin observaciones
d) Actas de sesiones del CFT mensuales, con asistencia obligatoria de sus integrantes, según Norma General Técnica N°113.	No cumple	Sin acción	No cumple. Se encuentran actas de los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre, correspondiente a planificación anual de comité de establecimiento, y su asistencia es app. el 50% de los integrantes.
e) Archivo Excel trimestral que contenga al menos la información siguiente: - Número de acta CFT - Fecha de realización - Nombre medicamento y forma farmacéutica a incorporar, eliminar y/o modificar. - Resultado de la evaluación para los medicamentos aceptados a incorporar en el arsenal. - Observaciones	No cumple	Confeccionar cuarto trimestre faltante según el formato indicado, a partir de la información obtenida de la 4 ^{ta} acta del CFT.	Cumple sin observaciones.

Indicador: porcentaje de autorización de compras de medicamentos de uso ocasional

Verificable	1ª Auditoría	Acción realizada	2ª Auditoría
1.- Formularios de solicitud medicamentos de Uso Ocasional con respaldo Técnico- Económico, según formato MINSAL.	Si cumple	No requirió de una acción para su cumplimiento.	Cumple sin observaciones.
2.- Actas de reuniones del comité de Farmacia y Terapéutica donde se identifique: - las solicitudes de fármacos de uso ocasional ingresadas al comité. - las solicitudes de fármacos de uso ocasional aprobadas en el comité.	Si cumple	No requirió de una acción para su cumplimiento.	Cumple sin observaciones.
3.- Registro mensual de los medicamentos comprados fuera del arsenal farmacológico.	No cumple	Desarrollo del 4º informe para el año 2017.	Cumple sin observaciones.