



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

ORD. CIRCULAR IP7 N°

3

ANT.: Art. 27 del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el D.S. N°15, de 2007, del Ministerio de Salud.-

MAT.: Remite nuevo Formato del Informe de Acreditación para el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta.

SANTIAGO,

07 ABR. 2014

**DE: ENRIQUE AYARZA RAMÍREZ
INTENDENTE DE PRESTADORES SUPLENTE
SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

A: REPRESENTANTES LEGALES ENTIDADES ACREDITADORAS

Por el presente, comunico a ustedes el nuevo formato de informe de acreditación señalado en la materia. El objetivo de éste es proveer a las Entidades Acreditadoras, de un instrumento que les facilite la confección del informe, en términos de orden, descripción de los diferentes componentes de las características y completitud de la información. Por otra parte, se espera homologar la información contenida en los informes elaborados por las diferentes Entidades, para que los prestadores que se someten a la acreditación bajo el estándar de atención abierta reciban un informe completo, de similares características en su contenido y presentación.



Además, es importante señalar que, el informe debe ser elaborado siguiendo de manera estricta las indicaciones señaladas en el artículo 27 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud. Asimismo, este nuevo formato no reemplaza en modo alguno, los insumos, pautas de cotejo, planillas, etc., con las que la Entidad confecciona el expediente individual del procedimiento de acreditación,

indicado en el artículo 23 del citado Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud.

El nuevo formato de informe, adjunto a este Ordinario estará en marcha blanca y será probado, al menos por 6 meses, antes de pasarlo a producción a la Unidad de Tecnología de la Información de esta Superintendencia. Lo anterior, con el objetivo de hacer las correcciones necesarias, por lo que esperamos los comentarios y sugerencias de todas las Entidades que lo utilicen.

Finalmente, este nuevo formato de informe debe ser usado en todos los procesos de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta, que inicien su ejecución (Inicio evaluación en terreno) a partir del 8 de abril de 2014, en adelante.

Sin otro particular, le saluda atentamente,



ENRIQUE AYARZA RAMÍREZ
INTENDENTE DE PRESTADORES SUPLENTE
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Adjunta:

- ✓ Formato de Informe de Acreditación
- ✓ Instructivo para el llenado del informe



CMB/JGM

DISTRIBUCIÓN:

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras (por carta certificada y correo electrónico)
- Jefa Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud
- Encargada Unidad de Fiscalización en Acreditación IP
- Encargado Unidad de Admisibilidad y Autorización IP
- Funcionarios Analistas IP
- Ing. Eduardo Javier Aedo IP
- Abogado Hugo Ocampo, IP
- Oficina de Partes
- Expediente IP
- Archivo



SUPERINTENDENCIA DE SALUD
 POR UNA SALUD FUERTE



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

INFORME DE ACREDITACION PARA PRESTADORES DE ATENCIÓN ABIERTA

PRESTADOR EVALUADO

Nombre Prestador:
 RUT Prestador:
 Nombre Representante Legal:
 Nombre Director Técnico:

ENTIDAD ACREDITADORA

Nombre Entidad:
 RUT Entidad:
 Nombre Representante Legal:

DATOS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

Número de solicitud:
 Fecha de inicio de la evaluación:
 Fecha de término de la evaluación:
 Fecha de emisión del informe:
 Fecha de emisión de informe corregido:
 Estándar Evaluado:

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

NOMBRE COMPLETO	RUT	PROFESIÓN	CARGO EN LA ENTIDAD

PERSONAL DEL PRESTADOR QUE PARTICIPÓ EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN

NOMBRE COMPLETO	RUT	PROFESIÓN	CARGO EN EL PRESTADOR

PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA EVALUACIÓN
 Describir los procedimientos establecidos por la Entidad:



UNIDADES Y SERVICIOS CLÍNICOS DEL PRESTADOR

UNIDAD O SERVICIO	UBICACIÓN - DIRECCIÓN	Diferencia con Autorización Sanitaria
Anatomía Patológica		
Atención de Donantes		
Banco de Sangre		
Consultas Ambulatorias Adultos		
Consultas Ambulatorias Pediatría		
Dental		
Diálisis		
Endoscopia		
Esterilización		
Farmacia		
Hemodinamia		
Imagenología		
Kinesioterapia y Rehabilitación		
Laboratorio		
Medicina Transfusional		
Pabellón Cirugía Ambulatoria		
Pabellón		
Radioterapia		
Vacunatorio		
Otro (Especificar)		

EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN

CARACTERÍSTICAS QUE NO LE APLICAN AL PRESTADOR

Característica	FUNDAMENTO DE LA NO APLICABILIDAD

DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS EVALUADAS QUE LE APLICAN AL PRESTADOR

ÁMBITO DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

CARACTERÍSTICA DP 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

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

Sector de Acceso* (Principal)
Se verifica existencia de la carta de derechos:
Lugar en donde se verifica:
Observaciones:

CARACTERÍSTICA DP 1.1 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Sector de Acceso	1° elemento medible:
Umbral de la característica: SI		Cumple:

CARACTERÍSTICA DP 1.2 / HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué?

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

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento:			
N° Resolución:	Versión:	Fecha:	
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	N° páginas:	
Breve descripción del contenido del documento:			

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

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Considera (Si/No)	1. Evaluación por áreas	2. Causas principales	3. Oportunidad de respuesta
Breve descripción del contenido del documento:			

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

Sectores de Espera de Público* (Los de mayor flujo de pacientes)
Lugar donde se verifica:
Descripción sistema de reclamos (De acuerdo a documento del Prestador):
Toma de Muestras
Descripción sistema de reclamos (De acuerdo a documento del Prestador):
Urgencia
Descripción sistema de reclamos (De acuerdo a documento del Prestador):
Posta Rural
Descripción sistema de reclamos (De acuerdo a documento del Prestador):
CECOF
Descripción sistema de reclamos (De acuerdo a documento del Prestador):

CARACTERÍSTICA DP 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Primer elemento medible	Segundo elemento medible	Tercer elemento medible
Dirección o Gerencia			
Sectores de Espera de Público			
Toma de Muestras			
Urgencia			
Posta Rural			
CECOF			
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:

CARACTERÍSTICA DP 1.3 / HALLAZGOS

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

Dirección o Gerencia			
Documento que designa nombramiento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Nombre del responsable:	Profesión:	Cargo:	
Breve descripción del contenido del documento:			

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

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Tipo de instrumento de evaluación:			
Breve descripción del contenido del documento:			

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

Dirección o Gerencia	
Verifica la evaluación periódica:	
Periodo evaluado (Mes –mes / Semestre / trimestre):	
Documentos revisados (Encuestas-Infomes):	

CARACTERÍSTICA DP 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA DP 2.1 / HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué?

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

Nombre del documento:			
N° Resolución:		Versión:	Fecha:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:		Fecha vigencia:	N° páginas:
Considera casos en que deber requerirse al menos en : (Si/No)			
1. Cirugías mayores		2. Procedimientos endoscópicos	3. Otros Procedimientos de imagenología intervencional
Define características del consentimiento escrito (Si /No)			
1. Especifica procedimiento a realizar:			
2. Define que con la firma del paciente o familiar recibieron de parte de quien realizará el procedimiento la información de:			
a). Objetivo de la intervención		b). Características	c). Potenciales riesgos
3. El consentimiento informado debe registrar al menos:			
d). Nombre y firma del paciente		e). Nombre y firma del profesional responsable del procedimiento	f). Fecha de obtención del consentimiento
4. El documento describe al menos los siguientes procedimientos:			
g). Procedimiento de obtención del consentimiento informado con la definición del responsable.		h). Procedimiento para menores de edad, personas con dificultad de entendimiento, o alteración de conciencia	
Breve descripción del contenido del documento:			
Puntos de verificación en los que se constata el documento:			
Dirección o Gerencia	Pabellón CMA	Imagenología	PRO Endoscópico
Observaciones:			

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

Metodología de Constatación			
Pabellón CMA			
Imagenología			
PRO Endoscópico			
Punto verificación	N° Consentimientos Revisados	N° Consentimientos Cumplen	% Cumplimiento
Pabellón CMA			
Imagenología			
PRO Endoscópico			
Observaciones:			

CARACTERÍSTICA DP 2.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Dirección	Pabellón CMA	Imagenología	PRO Endoscópico
1° elemento medible				
2° elemento medible				
Umbral de la característica: ≥ 80%	Puntaje total:		Porcentaje obtenido:	Cumple:

CARÁCTERÍSTICA DP 3.1 / HALLAZGOS

DP 3.1 – Primer elemento medible: Se describe en documento de carácter institucional la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos en las que participa la institución. *

Dirección o Gerencia			
(1) El Prestador realiza investigaciones en seres humanos:			
Nombre del documento:			
N° Resolución:		Versión:	Fecha:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:		Fecha vigencia:	N° páginas:
Breve descripción del contenido del documento:			
(2) El Prestador define como política no realizar investigaciones en seres humanos:			
Nombre del documento:			
N° Resolución:		Versión:	Fecha:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:		Fecha vigencia:	N° páginas:
Breve descripción del contenido del documento:			

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

Dirección o Gerencia			
Existe registro de los casos sometidos a investigación:			
N° Casos revisados		N° Casos aprobados por comité de ética	N° Casos aprobados por el prestador
Observaciones:			

DP 3.1 – Tercer elemento medible: Se constata conocimiento de dicha obligación, en al menos 90% de los profesionales médicos entrevistados. (Obligación de someter a comité de ética todas las investigaciones en seres humanos, o conocimiento de la política de que en la institución, no se realizan investigaciones en seres humanos).

General		
Nº Médicos Entrevistados	Nº Respuestas Correctas	% Cumplimiento
Registrar Unidad a la que pertenecen los médicos que responden de manera incorrecta:		

CARACTERÍSTICA DP 3.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA DP 4.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

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

Convenio 1 - Dirección o Gerencia			
Nombre del documento:			
Institución con la que se celebra convenio:			
Versión:	Fecha:	Fecha vigencia:	Nº páginas:
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento:			
Firmado por:		Firmado por:	
El documento define explícitamente: (Si/No):			
1. Proteger la seguridad de los pacientes		2. Proteger los derechos de los pacientes	3. Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente
Breve descripción del contenido del documento:			
Convenio 2 - Dirección o Gerencia			
Nombre del documento:			
Institución con la que se celebra convenio:			
Versión:	Fecha:	Fecha vigencia:	Nº páginas:
Aprobado por Director de Servicio de Salud y/o Director del Establecimiento:			
Firmado por:		Firmado por:	
El documento define explícitamente (Si/No):			
1. Proteger la seguridad de los pacientes		2. Proteger los derechos de los pacientes	3. Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente
Breve descripción del contenido del documento:			

CARACTERÍSTICA DP 4.1 OBLIGATORIA / CARACTERÍSTICAS Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA DP 4.2 / HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué?

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

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento:			
Institución en convenio:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:			
Firmado por:		Firmado por:	
Carrera:		Nivel:	
Procedimientos y/o actividades establecidas:			
Pabellón CMA			
Nombre del documento:			
Institución en convenio:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:			
Firmado por:		Firmado por:	
Carrera:		Nivel:	
Procedimientos y/o actividades establecidas:			
Dental			



Nombre del documento:			
Institución en convenio:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:			
Firmado por:		Firmado por:	
Carrera:		Nivel:	
Procedimientos y/o actividades establecidas:			
Vacunatorio			
Nombre del documento:			
Institución en convenio:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:			
Firmado por:		Firmado por:	
Carrera:		Nivel:	
Procedimientos y/o actividades establecidas:			
Urgencia			
Nombre del documento:			
Institución en convenio:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:			
Firmado por:		Firmado por:	
Carrera:		Nivel:	
Procedimientos y/o actividades establecidas:			

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

Nivel de Supervisión Pabellón CMA:
Nivel de Supervisión Dental:
Nivel de Supervisión Vacunatorio:
Nivel de Supervisión Urgencia:

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

Pabellón CMA			
Nombre del documento:			
Institución en convenio:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:			
Firmado por:		Firmado por:	
Breve descripción del programa de supervisión:			
Dental			
Nombre del documento:			
Institución en convenio:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:			
Firmado por:			
Breve descripción del programa de supervisión:			
Vacunatorio			
Nombre del documento:			
Institución en convenio:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:			
Firmado por:			
Breve descripción del programa de supervisión:			
Urgencia			
Nombre del documento:			
Institución en convenio:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:			
Firmado por:			
Breve descripción del programa de supervisión:			

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

Describir constancia evaluación periódica en Pabellón CMA:
Describir constancia evaluación periódica en Dental:
Describir constancia evaluación periódica en Vacunatorio:
Describir constancia evaluación periódica en Urgencia:
Observaciones:

CARACTERÍSTICA DP 4.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS



Puntaje asignado (0-1-NA)	Dirección	Pabellón CMA	Dental	Vacunatorio	Urgencia
Primer elemento medible					
Segundo elemento medible					
Tercer elemento medible					
Cuarto elemento medible					
Umbral de la característica: $\geq 75\%$	Puntaje total:		Porcentaje obtenido:		Cumple:

CARACTERÍSTICA DP 5.1 / HALLAZGOS

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

Dirección o Gerencia			
Comité de ética del Prestador		Comité de ética externo al que accede el Prestador	
Documento que identifica comité de ética:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Breve descripción del contenido del documento:			

DP 5.1 – Segundo elemento medible: Se ha definido un procedimiento para la presentación de casos al Comité de Ética.

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Describe (Si/No)	1. Situaciones que deben someterse al comité de ética	2. Procedimiento para la presentación	
Breve descripción del contenido del documento:			

DP 5.1 – Tercer elemento medible: Se constatan registros de casos sometidos al Comité de Ética.

Dirección o Gerencia	
Describir constatación de los registros:	

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

Unidad o Servicio	Nº entrevistas	Nº respuestas correctas	% cumplimiento
Total			
Observaciones:			

CARACTERÍSTICA DP 5.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	1º EM:	2º EM:	3º EM:	4º EM:
Dirección o Gerencia				
General				
Umbral de la característica: $\geq 75\%$	Puntaje total:		Porcentaje obtenido:	
Cumple:				

ÁMBITO GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

CARACTERÍSTICA CAL 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

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

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento:			
Nº Resolución:	Versión:	Fecha:	
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	Nº páginas:	
Breve descripción de los aspectos relevantes del documento:			

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

Dirección o Gerencia			
Documento que designa nombramiento:			
Nº Resolución:	Versión:	Fecha:	
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	Nº páginas:	
Nombre del responsable:	Profesión:	Cargo	

Cargo específica (Si/No)	Funciones		Nº de horas asignadas	
Breve descripción del contenido del documento:				

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

Dirección o Gerencia				
Nombre del documento:				
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:	
Elaborado por:		Aprobado por:		
Años evaluados:				
Incluye (Si/No)	1. Sistema de evaluación anual		2. Aspectos relevantes para la seguridad de pacientes	
Breve descripción de los aspectos relevantes del documento:				

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

Dirección o Gerencia				
Nombre del documento:				
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:	
Elaborado por:		Aprobado por:		
Años evaluados:				
Incluye análisis de los resultados obtenidos:				
Breve descripción de los aspectos relevantes del documento:				

CARACTERÍSTICA CAL 1.1 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

ÁMBITO GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

CARACTERÍSTICA GCL 1.1 / HALLAZGOS

GCL 1.1 - Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de evaluación pre anestésica que considera anestesia general y regional y se han definido los responsables de su aplicación.

Pabellón de CMA				
Nombre del documento:				
Nº Resolución:	Versión:	Fecha:		
Elaborado por:		Aprobado por:		
Carácter institucional:		Fecha vigencia:	Nº páginas:	
Considera (Si/No)	1. Anestesia general	2. Anestesia regional	3. Responsable de la aplicación	
Breve descripción del contenido del documento:				

GCL 1.1 - Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Pabellón de CMA	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

GCL 1.1 - Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Pabellón de CMA						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Pabellón de CMA						
Mes /Año						
Nº Evaluaciones pre-anestésicas cumplidas/Total Evaluaciones pre-anestésicas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Pabellón de CMA						
Describir constatación:						
Mes /Año						
Nº Evaluaciones pre-anestésicas cumplidas/Total Evaluaciones pre-anestésicas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						

GCL 1.1 - Cuarto elemento medible: Se constata: presencia de evaluación pre-anestésica en pacientes intervenidos.

Pabellón CMA		
Metodología de constatación:		
Atributo (s) de cumplimiento:		
Nº evaluaciones pre-anestésicas revisadas:	Nº evaluaciones pre-anestésicas cumplen:	% cumplimiento:
Observaciones:		

CARACTERÍSTICA GCL 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1 - 0 - NA)	Pabellón CMA	1º EM:	2º EM:	3º EM:	4º EM:
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:		Cumple:	

CARACTERÍSTICA GCL 1.2 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

GCL 1.2 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de selección de pacientes para ser sometidos a cirugía mayor ambulatoria, que incluye los criterios para optar a ésta y un encargado de su ejecución.

Nombre del Documento:			
Nº Resolución:	Versión:	Fecha:	
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	Nº páginas:	
Específica (Si/No)	1. Criterios para optar a CMA	2. Encargado ejecución	
Breve descripción del contenido del documento:			
Puntos de verificación en los que se constata el documento institucional:			
Dirección o Gerencia		Pabellón CMA	
Observaciones:			

GCL 1.2 - Segundo elemento medible: Existe constancia de que los pacientes intervenidos han sido seleccionados según el sistema establecido.

Pabellón CMA			
Describir metodología de constatación:			
Atributo de cumplimiento:			
Nº fichas revisadas	Nº fichas que cumplen	% cumplimiento	

CARACTERÍSTICA GCL 1.2 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Dirección o Gerencia	Pabellón CMA	
Primer elemento medible			
Segundo elemento medible			
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:

CARACTERÍSTICA GCL 1.3 / HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué?

GCL 1.3 – Primer elemento medible: Se describe en documento (s) los procedimientos de:

Pabellón de CMA/ Instalación catéter urinario (1)			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Responsable aplicación:			
Breve descripción del contenido del documento:			
Pabellón de CMA / Instalación y manejo de vía venosa periférica (2)			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Responsable aplicación:			
Breve descripción del contenido del documento:			
Pabellón de CMA / Administración de medicamentos EV (3)			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Responsable aplicación:			
Breve descripción del contenido del documento:			
PRO Enfermería/ Instalación catéter urinario (1)			
Nombre del documento:			

Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Responsable aplicación:			
Breve descripción del contenido del documento:			
PRO Enfermería/Instalación y manejo de vía venosa periférica (2)			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Responsable aplicación:			
Breve descripción del contenido del documento:			
PRO Enfermería/ Administración de medicamentos EV (3)			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Responsable aplicación:			
Breve descripción del contenido del documento:			
PRO Enfermería/ Curaciones complejas (5)			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Responsable aplicación:			
Breve descripción del contenido del documento:			
PRO Endoscópicos/Instalación y manejo de vía venosa periférica (2)			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Responsable aplicación:			
Breve descripción del contenido del documento:			
PRO Endoscópico/ Administración de medicamentos EV (3)			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Responsable aplicación:			
Breve descripción del contenido del documento:			
URG/ Instalación catéter urinario (1)			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Responsable aplicación:			
Breve descripción del contenido del documento:			
URG/Instalación y manejo de vía venosa periférica (2)			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Responsable aplicación:			
Breve descripción del contenido del documento:			
URG / Administración de medicamentos EV (3)			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Responsable aplicación:			
Breve descripción del contenido del documento:			
URG/ Inmunizaciones y manejo de cadena de frío (4)			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Responsable aplicación:			
Breve descripción del contenido del documento:			
URG/ Curaciones complejas (5)			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Responsable aplicación:			
Breve descripción del contenido del documento:			
Vacunatorio/ Inmunizaciones y manejo de cadena de frío (4)			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	

Responsable aplicación:
Breve descripción del contenido del documento:
Posta Rural/ Instalación catéter urinario (1)
Nombre del documento:
Fecha elaboración: Fecha vigencia: Versión: N° páginas:
Elaborado por: Aprobado por:
Responsable aplicación:
Breve descripción del contenido del documento:
Posta Rural / Inmunizaciones y manejo de cadena de frío (4)
Nombre del documento:
Fecha elaboración: Fecha vigencia: Versión: N° páginas:
Elaborado por: Aprobado por:
Responsable aplicación:
Breve descripción del contenido del documento:
Posta Rural / Curaciones complejas (5)
Nombre del documento:
Fecha elaboración: Fecha vigencia: Versión: N° páginas:
Elaborado por: Aprobado por:
Responsable aplicación:
Breve descripción del contenido del documento:
CECOF/ Inmunizaciones y manejo de cadena de frío (4)
Nombre del documento:
Fecha elaboración: Fecha vigencia: Versión: N° páginas:
Elaborado por: Aprobado por:
Responsable aplicación:
Breve descripción del contenido del documento:
CECOF/ Curaciones complejas (5)
Nombre del documento:
Fecha elaboración: Fecha vigencia: Versión: N° páginas:
Elaborado por: Aprobado por:
Responsable aplicación:
Breve descripción del contenido del documento:

GCL 1.3 - Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento

Pabellón de CMA	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
PRO Enfermería	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
PRO Endoscópico	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
URG	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
Vacunatorio	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
Posta Rural	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
CECOF	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

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

Pabellón de CMA	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	

Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Pabellón de CMA						
Mes /Año						
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Pabellón de CMA						
Describir constatación:						
Mes /Año						
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						
PRO Enfermería						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en PRO Enfermería						
Mes /Año						
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PRO Enfermería						
Describir constatación en						
Mes /Año						
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						
PRO Endoscópico						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) PRO Endoscópicos						
Mes /Año						
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PRO Endoscópicos						
Describir constatación						
Mes /Año						
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						
URG						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en URG						
Mes /Año						
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG						
Describir constatación						
Mes /Año						
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas						

% Cumplimiento						
Observaciones:						
Vacunatorio						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Vacunatorio						
Mes /Año						
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Vacunatorio						
Describir constatación						
Mes /Año						
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						
Posta Rural						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Posta Rural						
Mes /Año						
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Posta Rural						
Describir constatación						
Mes /Año						
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						
CECOF						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en CECOF						
Mes /Año						
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para CECOF						
Describir constatación						
Mes /Año						
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA GCL 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Pabellón de CMA	PRO Enfermería	PRO Endoscópicos	URG	Vacunatorio	Posta Rural	CECOF
Primer elemento medible							
Segundo elemento medible							
Tercer elemento medible							
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total:			Porcentaje obtenido:		Cumple:	

CARACTERÍSTICA GCL 1.4 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

GCL 1.4 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de manejo de pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales y se han definido los responsables de su aplicación.

Dirección o Gerencia *		
Nombre del documento:		
Nº Resolución:	Versión:	Fecha:
Elaborado por:	Aprobado por:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	Nº páginas:
Responsable de la aplicación:		
Breve descripción del contenido del documento:		

GCL 1.4 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Dirección o Gerencia *	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

GCL 1.4 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Dirección o Gerencia *						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Dirección o Gerencia *						
Mes /Año						
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA de acuerdo a los resultados entregados para Dirección o Gerencia *						
Describir constatación						
Mes /Año						
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA GCL 1.4 OBLIGATORIA /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA GCL 1.5 / HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué?

GCL 1.5 – Primer elemento medible: Se describe en documento (s) de carácter institucional el protocolo de reanimación cardiopulmonar básica y/o avanzada y se han definido los responsables de su aplicación.

Nombre del documento:						
Nº Resolución:	Versión:			Fecha:		
Elaborado por:			Aprobado por:			
Carácter institucional:	Fecha vigencia:			Nº páginas:		
Responsable de la aplicación:						
Breve descripción del contenido del documento:						
Puntos de verificación en los que se constata el documento:						
Pabellón CMA	PRO Endoscópicos	URG	APD	Sala IRA	Sala ERA	
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA GCL 1.5 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Pabellón de CMA	PRO Endoscópicos	URG	APD	Sala IRA	Sala ERA
1º elemento medible						
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total:		Porcentaje obtenido:		Cumple:	

CARACTERÍSTICA GCL 1.6 /HALLAZGOS

GCL 1.6 - Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional los criterios de indicación médica de transfusión, considerando tipo de hemocomponentes y número de unidades.

Dirección o Gerencia * (Puede corresponder a Encargado de Medicina Transfusional)					
Nombre del documento:					
N° Resolución:		Versión:		Fecha:	
Elaborado por:			Aprobado por:		
Carácter institucional:		Fecha vigencia:		N° páginas:	
Considera (Si/No)	1. Criterios de indicación médica	2. Tipo de hemocomponentes	3. N° de unidades		
Breve descripción del documento					

GCL 1.6 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Dirección o Gerencia *	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

GCL 1.6 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica de la indicación, en la totalidad de las transfusiones realizadas.

Dirección o Gerencia *						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Dirección o Gerencia						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados por el Prestador para Dirección o Gerencia						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA GCL 1. 6 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA 1.7 /HALLAZGOS

GCL 1.7 – Primer elemento medible: Se constata identificación formal del Comité Oncológico Médico del que dispone, o al que puede acceder, el prestador.

Dirección o Gerencia del Prestador				
Nombre del documento:				
Fecha elaboración:		Fecha vigencia:		Versión:
Elaborado por:			Aprobado por:	
Si/No	Comité Oncológico propio	Comité Oncológico externo al que accede el prestador		
Acción que formaliza el Comité Oncológico Médico:				
Breve descripción de la estructura organizacional del Comité Oncológico Médico:				

GCL 1.7 – Segundo elemento medible: Se constata registro de pacientes sometidos a dicho comité.

Dirección o Gerencia del Prestador
Constatación de registros:

CARACTERÍSTICA GCL 1.7/CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA GCL 1.8 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué?

GCL 1.8 – Primer elemento medible: Se describen en un documento de carácter institucional los procedimientos de registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.

Nombre del documento:			
N° Resolución:		Versión:	Fecha:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:		Fecha vigencia:	N° páginas:
Considera (Si/No)	1. Registro bp:	2. Rotulación bp:	3. Traslado bp:
Considera (Si/No)	4. Recepción bp:	5. Etapa pre analítica:	6. Etapa analítica:
	7. Etapa post analítica:	Responsables de la aplicación:	
Breve descripción del contenido del documento:			
Puntos de verificación en los que se constata el documento:			
Anatomía Patológica	Pabellón de CMA	Pabellón de Cirugía Menor	PRO Endoscópicos
Observaciones:			

GCL 1.8 – Segundo elemento medible: Se constata la trazabilidad de las biopsias.

Pabellón de CMA			
Metodología de Constatación:			
Registros revisados (digitales o papel):			
Atributos de cumplimiento:			
Biopsias revisadas:			
Pabellón de Cirugía Menor			
Metodología de Constatación:			
Registros revisados (digitales o papel):			
Atributos de cumplimiento:			
Biopsias revisadas:			
PRO Endoscópicos			
Metodología de Constatación:			
Registros revisados (digitales o papel):			
Atributos de cumplimiento:			
Biopsias revisadas:			

CARACTERÍSTICA GCL 1.8 OBLIGATORIA /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	APA	Pabellón de CMA	Pabellón de Cirugía Menor	PRO Endoscópicos
Primer elemento medible				
Segundo elemento medible				
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total:		Porcentaje obtenido:	Cumple:

CARACTERÍSTICA GCL 1.9 /HALLAZGOS

GCL 1.9 – Primer elemento medible: Se describen en documento de carácter institucional los siguientes elementos relacionados con la identificación de pacientes.

Nombre del documento:			
N° Resolución:		Versión:	Fecha:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:		Fecha vigencia:	N° páginas:
Documento describe obligatoriedad de identificación al menos en: (Si/No)			1. Pacientes ingresados a pabellón
El documento describe al menos los siguientes elementos: (Si/No)			
a). Tipo de identificación	b). Datos a incluir en la identificación	c). Responsables de la identificación	
Breve descripción de los aspectos más relevantes del documento:			
Puntos de verificación en los que se constata el documento:			
Dirección o Gerencia		Pabellón de CMA	
Observaciones:			

GCL 1.9 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Pabellón de CMA	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

GCL 1.9 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Pabellón de CMA

Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Pabellón de CMA	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Pabellón de CMA	
Describir constatación	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Observaciones:	

GCL 1.9 – Cuarto elemento medible: Se constata identificación de pacientes.

Pabellón de CMA	
Metodología de constatación:	
Atributo (s) de cumplimiento verificado (s):	
N° identificaciones revisadas:	N° de identificaciones que cumplen:

CARACTERÍSTICA GCL 1.9 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	1° elemento medible	2° elemento medible	3° elemento medible	4° elemento medible
Dirección o Gerencia				
Pabellón de CMA				
Umbral de la característica: $\geq 75\%$	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:	

CARACTERÍSTICA GCL 2.1 /HALLAZGOS

GCL 2.1 – Primer elemento medible: Se describe en documento de carácter institucional las medidas de prevención de:

Nombre del documento				
N° Resolución:	Versión:		Fecha:	
Elaborado por:		Aprobado por:		
Carácter institucional:		Fecha vigencia:	N° páginas:	
Considera (Si/No)	Cx.pac. equivocado:	Cx. lado equivocado:	Error tipo Cx:	Cuerpo extraño en sitio qx:
Responsables de la aplicación:				
Breve descripción del contenido del documento:				
Puntos de verificación en los que se constata el documento:				
Dirección o Gerencia			Pabellón de CMA	
Observaciones:				

GCL 2.1 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con las medidas de prevención.

Pabellón de CMA	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

GCL 2.1 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Pabellón de CMA	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Pabellón de CMA	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Pabellón de CMA	

Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA GCL 2.1 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Primer elemento medible	Segundo elemento medible	Tercer elemento medible
Dirección o Gerencia			
Pabellón de CMA			
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:

CARACTERÍSTICA GCL 2.2 / HALLAZGOS

Puntos de verificación que no cumplen y ¿Por qué?

GCL 2.2 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención, que contempla al menos:

Dirección o Gerencia											
Nombre del documento:											
N° Resolución:				Versión:				Fecha:			
Elaborado por:						Aprobado por:					
Carácter institucional:				Fecha vigencia:				N° páginas:			
Considera Si/No	Eventos adversos	Eventos centinela	Sistema vigilancia	Proced. reporte							
Responsables de la aplicación:											
Breve descripción del contenido del documento:											
Puntos de verificación en los que se constata el documento:											
Dirección	Pab. CMA	PRO End.	APF	APQ	API	APA	APT	APR	Dental	APD	URG
Observaciones:											

GCL 2.2 – Segundo elemento medible: Existen registros implementados y en uso para reportes de EA de acuerdo al sistema de vigilancia local.

Pabellón de CMA	
Sistema de reporte	
Contenido del reporte	
PRO Endoscópicos	
Sistema de reporte	
Contenido del reporte	
APF	
Sistema de reporte	
Contenido del reporte	
APQ	
Sistema de reporte	
Contenido del reporte	
API	
Sistema de reporte	
Contenido del reporte	
APA	
Sistema de reporte	
Contenido del reporte	
APT	
Sistema de reporte	
Contenido del reporte	
APR	
Sistema de reporte	
Contenido del reporte	
Dental	
Sistema de reporte	
Contenido del reporte	
APD	
Sistema de reporte	
Contenido del reporte	
URG	
Sistema de reporte	

Contenido del reporte	
Observaciones:	

GCL 2.2 – Tercer elemento medible: Se constata análisis de eventos centinelas (Según lo definido por el Prestador).

Pabellón de CMA	
Nombre documento:	
Contenido:	
PRO Endoscópicos	
Nombre documento:	
Contenido:	
APF	
Nombre documento:	
Contenido:	
APQ	
Nombre documento:	
Contenido:	
API	
Nombre documento:	
Contenido:	
APA	
Nombre documento:	
Contenido:	
APT	
Nombre documento:	
Contenido:	
APR	
Nombre documento:	
Contenido:	
Dental	
Nombre documento:	
Contenido:	
APD	
Nombre documento:	
Contenido:	
URG	
Nombre documento:	
Contenido:	

CARACTERÍSTICA GCL 2.2 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	Dirección	Pabellón de CMA	PRO Endoscópico	APF	APQ	API	APA	APT	APR	Dental	APD	URG
1°												
2°												
3°												
Umbral de la característica: ≥ 75%				Puntaje total:				Porcentaje obtenido:				Cumple:

CARACTERÍSTICA GCL 3.1 /HALLAZGOS

GCL 3.1 – Primer elemento medible: Se ha designado un profesional responsable de la prevención y control de IIH.

Dirección o Gerencia			
Documento que designa profesional responsable de IIH:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Considera: (Si/No)	N° horas asignadas:	Descripción funciones:	Capacitación necesaria (IIH):
Breve descripción del contenido del documento:			

GCL 3.1 – Segundo elemento medible: Existe un documento de carácter institucional donde se explicita el sistema de vigilancia de infección de herida operatoria que incluye el procedimiento y criterios de notificación de acuerdo a orientaciones técnicas del MINSAL.

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento:			
N° Resolución:	Versión:	Fecha:	
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	N° páginas:	
Considera (Si/No)	1. Infección de herida:	2. Procedimientos de vigilancia:	3. Criterios de notificación:
Breve descripción del contenido del documento:			

Observaciones:

GCL 3.1 – Tercer elemento medible: Existe constancia que se ha realizado la vigilancia de infección de herida operatoria en forma periódica.

Dirección o Gerencia
Describir la verificación de la vigilancia periódica de IIH:
Metodología de Constatación (Sistemas o documentos revisados):
Observaciones:

CARACTERÍSTICA GCL 3.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA GCL 3.2 / HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué?

GCL 3.2 – Primer elemento medible: Se describen en documentos de carácter institucional las medidas de prevención de IIH que consideran:

Precauciones estándar (1)

Nombre del documento:			
N° Resolución:	Versión:	Fecha:	
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	N° páginas:	
Breve descripción del contenido del documento:			

Puntos de verificación en los que se constata el documento:

Pabellón CMA	URG	Dental	Toma Muestra	APD	APQ	Posta Rural	CECOF	APK
--------------	-----	--------	--------------	-----	-----	-------------	-------	-----

Observaciones:

Prevención de infección de herida operatoria (2) / Pabellón de CMA

Nombre del documento:			
N° Resolución:	Versión:	Fecha:	
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	N° páginas:	
Breve descripción del contenido del documento:			

Prevención de infecciones asociadas a procedimientos invasivos (3) * (Catéteres vasculares y urinario)

Nombre del documento:			
N° Resolución:	Versión:	Fecha:	
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	N° páginas:	
Breve descripción del contenido del documento:			

Puntos de verificación en los que se constata el documento:

Pabellón de CMA	URG	APD	APQ
-----------------	-----	-----	-----

Observaciones:

Uso de antisépticos y desinfectantes (4)

Nombre del documento:			
N° Resolución:	Versión:	Fecha:	
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	N° páginas:	
Breve descripción del contenido del documento:			

Puntos de verificación en los que se constata el documento:

Pabellón CMA	URG	Dental	Toma Muestra	APD	APQ	Posta Rural	CECOF
--------------	-----	--------	--------------	-----	-----	-------------	-------

Observaciones:

GCL 3.2 – Segundo elemento medible: Se han definido indicadores y umbrales de cumplimiento.

Pabellón de CMA	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
URG	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

Dental	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
Toma de Muestras	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
APD	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
APQ	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
Posta Rural	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
CECOF	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
APK	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

GCL 3.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación en forma periódica.

Pabellón de CMA	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Pabellón de CMA	
Mes /Año	
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Pabellón de CMA	
Describir constatación	
Mes /Año	
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas	
% Cumplimiento	
Observaciones:	
URG	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en URG	
Mes /Año	
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG	
Describir constatación	
Mes /Año	
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas	
% Cumplimiento	
Observaciones:	
Dental	

Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Dental	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Dental	
Describir constatación	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Observaciones:	
Toma de Muestras	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Toma de Muestras	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Toma de Muestras	
Describir constatación	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Observaciones:	
APD	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Cálculo tamaño muestral	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en APD	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APD	
Describir constatación	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Observaciones:	
APQ	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en APQ	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APQ	



Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						
Posta Rural						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Posta Rural						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Posta Rural						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						
CECOF						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en CECOF						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para CECOF						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						
APK						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en APK						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APK						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA GCL 3.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Pabellón de CMA	URG	Dental	Toma de Muestras	APD	APQ	Posta Rural	CECOF	APK
Primer elemento medible									

Segundo elemento medible									
Tercer elemento medible									
Umbral de la característica: $\geq 75\%$	Puntaje total:			Porcentaje obtenido:			Cumple:		

ÁMBITO ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

CARACTERÍSTICA AOC 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué?

AOC 1.1 – Primer elemento medible: Está descrito, en documento de carácter institucional, el sistema de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia.

Nombre del documento:							
N° Resolución:		Versión:			Fecha:		
Elaborado por:				Aprobado por:			
Carácter institucional:			Fecha vigencia:			N° páginas:	
Considera: (Si/No)	1. Sistema de alerta			2. Organización			
Breve descripción del contenido del documento:							
Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación:							
Sectores de espera de público Cons. Amb. 1*	Sectores de espera de público Cons. Amb. 2*	Toma de Muestras	Dental	API	PRO Endoscópicos	APK	APQ
Observaciones:							

AOC 1.1 – Segundo elemento medible: Se constata conocimiento del sistema de alerta en personal entrevistado.

Punto de verificación	N° Entrevistados	N° Respuesta correctas	N° Respuestas incorrectas	% Cumplimiento
Sectores de espera público Consultas Ambulatorias 1				
Sectores de espera público Consultas Ambulatorias 2				
Toma de Muestras				
Dental				
API				
Pro Endoscópicos				
APK				
APQ				
Total				
Observaciones:				

CARACTERÍSTICA AOC 1.1 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado por punto de verificación (1-0-NA)	1° elemento medible	2° elemento medible
Sectores de espera público Consultas Ambulatorias 1		
Sectores de espera público Consultas Ambulatorias 2		
Toma de Muestras		
Dental		
API		
Pro Endoscópicos		
APK		
APQ		
Umbral de la característica: $\geq 75\%$	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:
		Cumple:

CARACTERÍSTICA AOC 1.2 / HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué?

AOC 1.2 – Primer elemento medible: Se describen en documento(s) de carácter institucional las situaciones o resultados críticos que requieren notificación, el procedimiento de notificación y se han definido los responsables de su aplicación.

APL					
Nombre del documento:					
N° Resolución:		Versión:		Fecha:	
Elaborado por:			Aprobado por:		
Carácter institucional:		Fecha vigencia:		N° páginas:	
Considera (Si/No)	1. Resultados críticos que requieren notificación		2. Procedimiento de notificación		3. Responsables de la aplicación
Breve descripción del contenido del documento:					
APA					
Nombre del documento:					

N° Resolución:		Versión:		Fecha:	
Elaborado por:			Aprobado por:		
Carácter institucional:		Fecha vigencia:		N° páginas:	
Considera (Si/No)	1. Resultados críticos que requieren notificación		2. Procedimiento de notificación		3. Responsables de la aplicación
Breve descripción del contenido del documento:					
API					
Nombre del documento:					
N° Resolución:		Versión:		Fecha:	
Elaborado por:			Aprobado por:		
Carácter institucional:		Fecha vigencia:		N° páginas:	
Considera (Si/No)	1. Resultados críticos que requieren notificación		2. Procedimiento de notificación		3. Responsables de la aplicación
Breve descripción del contenido del documento:					

AOC 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

APL	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
APA	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
API	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

AOC 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

APL	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en APL	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APL	
Describir constatación	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Observaciones:	
APA	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en APA	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APA	
Describir constatación	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Observaciones:	
API	

Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en API	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para API	
Describir constatación	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Observaciones:	

AOC 1.2 – Cuarto elemento medible: Se constata registro de notificaciones realizadas.

APL							
Metodología de constatación:							
Total de exámenes seleccionados				Total de exámenes que cumplen de acuerdo a norma			
Detalle de los exámenes constatados							
Examen revisado		Fecha		Notificación según norma		Documento/ registro revisado	
APA							
Metodología de constatación:							
Total de exámenes seleccionados				Total de exámenes que cumplen de acuerdo a norma			
Detalle de los exámenes constatados							
Examen revisado		Fecha		Notificación según norma		Documento/ registro revisado	
API							
Metodología de constatación:							
Total de exámenes seleccionados				Total de exámenes que cumplen de acuerdo a norma			
Detalle de los exámenes constatados							
Examen revisado		Fecha		Notificación según norma		Documento/ registro revisado	
Observaciones:							

CARACTERÍSTICA AOC 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0 - NA)	1° EM	2° EM	3° EM	4° EM
APL				
APA				
API				
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total:		Porcentaje obtenido:	Cumple:

CARACTERÍSTICA AOC 2.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

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

Dirección o Gerencia							
Nombre del documento							
N° Resolución:			Versión:			Fecha:	
Elaborado por:				Aprobado por:			
Carácter institucional:			Fecha vigencia:			N° páginas:	
El documento define los siguientes atributos:							
1. Responsable que decide derivación				2. Red de derivación y procedimiento			
3. Tipo y condiciones de transporte				4. Información que acompaña al paciente			
Breve descripción del contenido del documento:							

CARACTERÍSTICA AOC 2.1 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

ÁMBITO COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

CARACTERÍSTICA RH 1.1 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

RH 1.1 – Primer al cuarto elemento medible: Se constata habilitación de médicos y cirujanos dentistas.

Dirección o Gerencia				
Elemento Medible	Nº Personal Prestador	Nº Registros SIS	Nº Certificados/Copias originales	Nº No Cumplen
1º Médicos permanentes				
2º Médicos transitorios				
3º Cirujanos Dentistas permanentes				
4º Cirujanos Dentistas transitorios				
Observaciones:				

CARACTERÍSTICA RH 1.1 OBLIGATORIA /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA RH 1.2 OBLIGATORIA /HALLAZGOS

RH 1.2 – Primer al veintidós elemento medible: Se constata habilitación de los siguientes estamentos:

Punto de verificación Dirección o Gerencia				
Elemento Medible	Nº Personal Prestador	Nº Registros SIS	Nº Certificados Copias originales	Nº No Cumplen
1º Enfermeras permanentes				
2º Enfermeras transitorias				
3º Matronas permanentes				
4º Matronas transitorias				
5º Tecnólogos Médicos permanentes				
6º Tecnólogos Médicos transitorios				
7º Kinesiólogos permanentes				
8º Kinesiólogos transitorios				
9º Sicólogos permanentes				
10º Sicólogos transitorios				
11º Terapeutas Ocupacionales permanentes				
12º Terapeutas Ocupacionales transitorios				
13º Nutricionistas permanentes				
14º Nutricionistas transitorias				
15º Fonoaudiólogos permanentes				
16º Fonoaudiólogos transitorios				
17º Químico Farmacéuticos permanentes				
18º Químico Farmacéuticos transitorios				
19º Bioquímicos permanentes				
20º Bioquímicos transitorios				
21º Técnicos Paramédicos permanentes				
22º Técnicos Paramédicos transitorios				
Observaciones: (Justificar estamentos que no cumplan)				

CARACTERÍSTICA RH 1.2 OBLIGATORIA /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado por cada elemento medible (1 – 0 – NA)												Dirección o Gerencia									
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	13º	14º	15º	16º	17º	18º	19º	20º	21º	22º
Umbral de la característica: 100%												Puntaje total:		Porcentaje obtenido:				Cumple:			

CARACTERÍSTICA RH 1.3 /HALLAZGOS

RH 1.3 Primer y Segundo elemento medible: Certificados de especialidad médica y odontológica emitidos por entidad competente de acuerdo a la legislación vigente.

Dirección o Gerencia			
Elemento Medible	Nº Personal Prestador	Nº Especialistas con Registro SIS	Nº Especialistas sin Registro SIS
1º EM Médicos especialistas			
2º Odontólogos especialistas			
Identificación de especialistas sin registro en la SIS:			

CARACTERÍSTICA RH 1.3 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM:	2°EM:
Umbral de la característica: ≥ 50%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:

CARACTERÍSTICA RH 2.1 /HALLAZGOS

RH 2.1 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el programa de inducción, que incluye temas generales relacionados con la seguridad de los pacientes.

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento:			
N° Resolución:	Versión:	Fecha:	
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	N° páginas:	
Breve descripción del contenido del documento: (Temas incluidos en el programa....)			

RH 2.1 – Segundo elemento medible: Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de inducción definido institucionalmente en al menos el 85% de los funcionarios que ingresaron a la institución en el último año.

Dirección o Gerencia			
Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con inducción	% Cump. programa
Médicos y Odontólogos			
Personal de Enfermería (ENF. y TNS)			
Otros profesionales			
Total			
Observaciones: (Revisión de planillas de asistencia...)			

CARACTERÍSTICA RH 2.1 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA RH 2.2 /HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué?

RH 2.2 – Primer elemento medible: 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.

Pabellón de CMA				
Nombre del documento				
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:	
Elaborado por:		Aprobado por:		
Considera (Si/No)	1. Médicos:	2. Enfermeras:	3. Matronas:	4. Técnicos:
Breve descripción del contenido del documento: (Temas incluidos en el programa....)				
URG				
Nombre del documento				
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:	
Elaborado por:		Aprobado por:		
Considera (Si/No)	1. Médicos:	2. Enfermeras:	3. Matronas:	4. Técnicos:
Breve descripción del contenido del documento: (Temas incluidos en el programa....)				
APL				
Nombre del documento				
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:	
Elaborado por:		Aprobado por:		
Considera (Si/No)	1. Médicos:	2. Enfermeras:	3. Matronas:	4. Técnicos:
Breve descripción del contenido del documento: (Temas incluidos en el programa....)				
API				
Nombre del documento				
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:	
Elaborado por:		Aprobado por:		
Considera (Si/No)	1. Médicos:	2. Enfermeras:	3. Matronas:	4. Técnicos:
Breve descripción del contenido del documento: (Temas incluidos en el programa....)				
APD				
Nombre del documento				
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:	
Elaborado por:		Aprobado por:		
Considera (Si/No)	1. Médicos:	2. Enfermeras:	3. Matronas:	4. Técnicos:
Breve descripción del contenido del documento: (Temas incluidos en el programa....)				

APE				
Nombre del documento				
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:	
Elaborado por:		Aprobado por:		
Considera (Si/No)	1. Médicos:	2. Enfermeras:	3. Matronas:	4. Técnicos:
Breve descripción del contenido del documento:(Temas incluidos en el programa....)				
APQ				
Nombre del documento				
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:	
Elaborado por:		Aprobado por:		
Considera (Si/No)	1. Médicos:	2. Enfermeras:	3. Matronas:	4. Técnicos:
Breve descripción del contenido del documento:(Temas incluidos en el programa....)				
APF				
Nombre del documento				
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:	
Elaborado por:		Aprobado por:		
Considera (Si/No)	1. Médicos:	2. Enfermeras:	3. Matronas:	4. Técnicos:
Breve descripción del contenido del documento:(Temas incluidos en el programa....)				
Posta Rural				
Nombre del documento				
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:	
Elaborado por:		Aprobado por:		
Considera (Si/No)	1. Médicos:	2. Enfermeras:	3. Matronas:	4. Técnicos:
Breve descripción del contenido del documento:(Temas incluidos en el programa....)				
CECOF				
Nombre del documento				
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:	
Elaborado por:		Aprobado por:		
Considera (Si/No)	1. Médicos:	2. Enfermeras:	3. Matronas:	4. Técnicos:
Breve descripción del contenido del documento:(Temas incluidos en el programa....)				

RH 2.2 – Segundo elemento medible: 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.

Pabellón de CMA			
Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cumplimiento programa
Personal Médico			
Personal no Médico			
Total			
Observaciones: (Revisión de planillas de asistencia...)			
URG			
Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cumplimiento programa
Personal Médico			
Personal no Médico			
Total			
Observaciones: (Revisión de planillas de asistencia...)			
APL			
Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cumplimiento programa
Personal Médico			
Personal no Médico			
Total			
Observaciones: (Revisión de planillas de asistencia...)			
API			
Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cumplimiento programa
Personal Médico			
Personal no Médico			
Total			
Observaciones: (Revisión de planillas de asistencia...)			
APD			
Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cumplimiento programa
Personal Médico			
Personal no Médico			
Total			
Observaciones: (Revisión de planillas de asistencia...)			
APE			
Estamento	N° ingresos último año	N° ingresos con orientación	% Cumplimiento programa
Personal Médico			
Personal no Médico			
Total			
Observaciones: (Revisión de planillas de asistencia...)			

APQ			
Estamento	Nº ingresos último año	Nº ingresos con orientación	% Cumplimiento programa
Personal Médico			
Personal no Médico			
Total			
Observaciones: (Revisión de planillas de asistencia...)			
APF			
Estamento	Nº ingresos último año	Nº ingresos con orientación	% Cumplimiento programa
Personal Médico			
Personal no Médico			
Total			
Observaciones: (Revisión de planillas de asistencia...)			
Posta Rural			
Estamento	Nº ingresos último año	Nº ingresos con orientación	% Cumplimiento programa
Personal Médico			
Personal no Médico			
Total			
Observaciones: (Revisión de planillas de asistencia...)			
CECOF			
Estamento	Nº ingresos último año	Nº ingresos con orientación	% Cumplimiento programa
Personal Médico			
Personal no Médico			
Total			
Observaciones: (Revisión de planillas de asistencia...)			

CARACTERÍSTICA RH 2.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	Pabellón de CMA	URG	APL	API	APD	APE	APQ	APF	Posta Rural	CECOF
1° EM										
2° EM										
Umbral de la característica: $\geq 75\%$			Puntaje total:			Porcentaje obtenido:			Cumple:	

CARACTERÍSTICA RH 3.1 / HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué?

RH 3.1 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional, el programa de capacitación anual el que incluye temas relacionados con reanimación cardiopulmonar.

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento:			
Nº Resolución:	Versión:		Fecha:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	Nº páginas:	
Breve descripción del contenido del documento:			

RH 3.1 – Segundo elemento medible: La cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas asegura que el personal reciba una actualización al menos cada 5 años en estos temas.

Pabellón de CMA
Describe cobertura y periodicidad solicitada por EM:
PRO Endoscópico
Describe cobertura y periodicidad solicitada por EM:
URG
Describe cobertura y periodicidad solicitada por EM:
Dental
Describe cobertura y periodicidad solicitada por EM:
Toma de Muestras
Describe cobertura y periodicidad solicitada por EM:
APD
Describe cobertura y periodicidad solicitada por EM:
APQ
Describe cobertura y periodicidad solicitada por EM:
API
Describe cobertura y periodicidad solicitada por EM:
Posta Rural
Describe cobertura y periodicidad solicitada por EM:
CECOF
Describe cobertura y periodicidad solicitada por EM:

CARACTERÍSTICA RH 3.1 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	Dirección	Pabellón de CMA	PRO Endoscópico	URG	Dental	Toma de Muestras	APD	APQ	API	Posta Rural	CECOF
1° EM											
2° EM											
Umbral de la característica: ≥ 50%				Puntaje total:			Porcentaje obtenido:			Cumple:	

CARACTERÍSTICA RH 4.1 /HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué?

RH 4.1 – Primer elemento medible: Se ha designado responsable institucional del programa de salud laboral.

Dirección o Gerencia			
Documento que designa encargado salud laboral:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Encargado:		N° horas asignadas:	Define funciones:
Observaciones:			

RH 4.1 – Segundo elemento medible: Se describe en documento de carácter institucional el programa de control de riesgos que contempla acciones relacionadas con:

Dirección o Gerencia						
Nombre del documento:						
N° Resolución:	Versión:	Fecha:				
Elaborado por:		Aprobado por:				
Carácter institucional:		Fecha vigencia:	N° páginas:			
Contempla (Si/No)	a) Controles de dosimetría en procedimientos imagenológicos		b) Controles de dosimetría en radioterapia			
	c) Examen de salud en personal involucrado en la manipulación y administración de drogas antineoplásicas		d) Exposición a gases en Esterilización y Anatomía Patológica:			
Breve descripción del contenido del documento:						
Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación:						
Dirección	API*	APR	APF	APQ	APA	APE
Observaciones:						

RH 4.1 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de acuerdo a lo establecido.

API (Se verifica en todos los lugares en donde se realicen procedimientos imagenológicos)	
Describe verificación de la ejecución del programa:	APR
Describe verificación de la ejecución del programa:	APF
Describe verificación de la ejecución del programa:	APQ
Describe verificación de la ejecución del programa:	APA
Describe verificación de la ejecución del programa:	APE
Describe verificación de la ejecución del programa:	

CARACTERÍSTICA RH 4.1 /CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección	API	APR	APF	APQ	APA	APE
1° elemento medible							
2° elemento medible							
3° elemento medible							
Umbral de la característica: ≥ 75%		Puntaje total:			Porcentaje obtenido:		Cumple:

CARACTERÍSTICA RH 4.2 /HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué?

RH 4.2 Primer elemento medible: Se describe en documento(s) de carácter institucional el procedimiento establecido para el manejo de accidentes relacionado con: Sangre o fluidos corporales de riesgo; medicamentos antineoplásicos y materiales radioactivos.

Dirección o Gerencia



Nombre del documento:							
N° Resolución:		Versión:			Fecha:		
Elaborado por:				Aprobado por:			
Carácter institucional:			Fecha vigencia:		N° páginas:		
El (los) documento (s) incluye (n) los siguientes procedimientos:							
1. Sangre o fluidos corporales de riesgo		2. Medicamentos antineoplásicos		3. Materiales radioactivos			
Breve descripción del contenido del documento (s):							
Verificar el o los documentos institucionales en los siguientes puntos de verificación: (Mismo (s) documento (s) presentado (s) en Dirección o Gerencia)							
Pab. CMA (1)	Pab. CM (1)	URG (1)	Dental (1)	Toma Muestra (1)	APF *(2)	APQ (2)	APR (2)
Observaciones:							

RH 4.2 – Segundo elemento medible: Existen registros implementados y en uso de los accidentes ocurridos.

Dirección o Gerencia							
Sistema de registros:							
Breve descripción del contenido del documento/Observaciones:							

RH 4.2 – Tercer elemento medible: Existe un análisis global que da cuenta de la evaluación de los accidentes ocurridos y las decisiones adoptadas al respecto.

Dirección o Gerencia							
Nombre del documento del análisis:							
Fecha elaboración:		Versión:			N° páginas:		
Elaborado por:				Aprobado por:			
Considera (Si/No)	1. Evaluación de accidentes ocurridos:			2. Decisiones adoptadas:			
Breve descripción del contenido del documento:							

RH 4.2 – Cuarto elemento medible: Se constata conocimiento del procedimiento local para el manejo de estos accidentes en el personal entrevistado.

Punto de verificación	N° Entrevistados	N° Respuestas correctas	N° Respuestas incorrectas	% Cumplimiento
Pabellón de CMA				
Pabellón de Cirugía Menor				
URG				
Dental				
Toma de Muestras				
APF (Farmacia Oncológica)				
APQ				
APR				
Total				

CARACTERÍSTICA RH 4.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	Dirección	Pab. CMA	Pab. Cirugía Menor	URG	Dental	Toma Muestra	APF	APQ	APR
1° EM									
2° EM									
3° EM									
4° EM									
Umbral de la característica: ≥ 75%		Puntaje total:			Porcentaje obtenido:			Cumple:	
Observaciones:									

ÁMBITO REGISTROS (REG)

CARACTERÍSTICA REG 1.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

REG 1.1 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional la existencia de ficha clínica única e individual y su manejo.* (Se aceptará excepcionalmente la existencia de ficha clínica psiquiátrica separada.)

Dirección o Gerencia							
Nombre del documento:							
N° Resolución:		Versión:			Fecha:		
Elaborado por:				Aprobado por:			
Carácter institucional:			Fecha vigencia:		N° páginas:		
Considera: (Si/No)	1. Descripción ficha clínica única			2. Manejo ficha clínica única			
Breve descripción de los aspectos relevantes del documento:							

REG 1.1 – Segundo elemento medible: Se constata la existencia de ficha clínica única.

General							
Metodología de constatación:							
N° fichas revisadas:		N° fichas que cumplen:			N° fichas no cumplen:		

Observaciones:

CARACTERÍSTICA REG 1.1 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	1° EM (Dirección):	2° EM (General):	
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:

CARACTERÍSTICA REG 1.2 / HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué?

REG 1.2 – Primer elemento medible: Se describe en documento de carácter institucional las características de los registros clínicos que contempla:

Dirección o Gerencia				
Nombre del documento:				
N° Resolución:		Versión:		Fecha:
Elaborado por:			Aprobado por:	
Carácter institucional:		Fecha vigencia:		N° páginas:
El documento contempla:				
1. Responsable del llenado		2. Contenidos mínimos a llenar por cada registro		3. Legibilidad
El documento debe incluir al menos los registros de:				
1. Protocolo operatorio		2. Protocolo anestesia		3. Registros de consultas profesionales
4. Atención dental		5. Interconsultas		6. Atención de Urgencia
Breve descripción del contenido del documento:				
Verificar el o los documentos institucionales en los siguientes puntos de verificación: (Mismo documento presentado en Dirección o Gerencia)				
Pabellones CMA	Consultas Ambulatorias	URG	Dental	Posta Rural
Observaciones:				

REG 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Pabellones de CMA	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
Consultas ambulatorias	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
URG	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
Dental	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
Posta Rural	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

REG 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Pabellones de CMA	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Pabellones de CMA	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Pabellones de CMA	
Describir constatación	
Mes /Año	

N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						
Consultas ambulatorias						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Consultas ambulatorias						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Consultas ambulatorias						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						
URG						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en URG						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						
Dental						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Dental						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Dental						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						
Posta Rural						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Posta Rural						

Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Posta Rural						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						

REG 1.2 – Cuarto elemento medible: Se constata legibilidad y contenidos mínimos de protocolos operatorios.

Pabellón de CMA					
Metodología de constatación:					
Atributo de legibilidad					
N° protocolos revisados		N° protocolos que cumplen		N° protocolos que no cumplen	
Atributo de contenidos mínimos					
N° protocolos revisados		N° protocolos que cumplen		N° protocolos que no cumplen	

CARACTERÍSTICA REG 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	Dirección	Pabellón CMA	Consultas Ambulatorias	URG	Dental	Posta Rural
1° EM						
2° EM						
3° EM						
4° EM						
Umbral de la característica: ≥ 75%		Puntaje total:		Porcentaje obtenido:		Cumple:

CARACTERÍSTICA REG 1.3 / HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican y ¿Por qué?

REG 1.3 – Primer elemento medible: Se describen en un documento de carácter institucional los informes que deben ser entregados al paciente respecto a las prestaciones realizadas en al menos las siguientes ocasiones:

Nombre del documento:					
N° Resolución:		Versión:		Fecha:	
Elaborado por:			Aprobado por:		
Carácter institucional:		Fecha vigencia:		N° páginas:	
El documento describe los informes a entregar al menos en las siguientes ocasiones (Si/No):					
1. Alta de tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia		2. Atención de urgencia			
3. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios		4. Cirugía mayor ambulatoria			
El documento describe los contenidos mínimos de los informes a entregar (Si/No):					
1. Diagnóstico		2. Procedimientos realizados		3. Indicaciones	
Responsables de la aplicación:					
Breve descripción del contenido del documento:					
Verificar el documento institucional en los siguientes puntos de verificación:					
Pabellones CMA	PRO Endoscópicos	APR	APQ	API *	URG
Observaciones:					

REG 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Pabellón de CMA					
Nombre del indicador					
Fórmula matemática					
Umbral de cumplimiento:			Periodicidad de la evaluación:		
PRO Endoscópicos					
Nombre del indicador					
Fórmula matemática					
Umbral de cumplimiento:			Periodicidad de la evaluación:		
APR					
Nombre del indicador					
Fórmula matemática					
Umbral de cumplimiento:			Periodicidad de la evaluación:		
APQ					
Nombre del indicador					
Fórmula matemática					
Umbral de cumplimiento:			Periodicidad de la evaluación:		

API * (En procedimientos de imagenología intervencional)	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
URG	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

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

Pabellón de CMA	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Pabellón de CMA	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Pabellón de CMA	
Describir constatación	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Observaciones:	
PRO Endoscópicos	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en PRO Endoscópicos	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PRO Endoscópicos	
Describir constatación	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Observaciones:	
APR	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en APR	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Pabellón de APR	
Describir constatación	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Observaciones:	
APQ	

Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en APQ	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APQ	
Describir constatación	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Observaciones:	
API	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en API	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Pabellón de API	
Describir constatación	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Observaciones:	
URG	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en URG	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG	
Describir constatación	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Observaciones:	

CARACTERÍSTICA REG 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	Pabellones de CMA	PRO Endoscópicos	APR	APQ	API*	URG
1° EM						
2° EM						
3° EM						
Umbral de la característica: ≥ 50%		Puntaje total:	Porcentaje obtenido:		Cumple:	

CARACTERÍSTICA REG 1.4 / HALLAZGOS



REG 1.4 – Primer elemento medible: Se describen en documento(s) los procedimientos de entrega, recepción y conservación de fichas clínicas y se han designado los responsables de su aplicación.

Archivo (U otra Unidad donde se realizan los procedimientos pertinentes)			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Incluye proced. (Si/No)	1. Entrega de fichas:	2. Recepción de fichas:	3. Conservación de fichas:
Responsable aplicación:			
Breve descripción del contenido del documento:			

REG 1.4 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Archivo (U otra Unidad donde se realizan los procedimientos pertinentes)	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

REG 1.4 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Archivo (U otra Unidad donde se realizan los procedimientos pertinentes)						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Archivo						
Mes /Año						
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Archivo						
Describir constatación						
Mes /Año						
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA REG 1.4 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Archivo	1º EM:	2º EM:	3º EM:
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:	

ÁMBITO SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

CARACTERÍSTICA EQ 1.1 / HALLAZGOS

EQ 1.1 Primer elemento medible: Se describe en documento de carácter institucional el procedimiento para la adquisición de equipamiento que considera al menos:

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento:			
Nº Resolución:	Versión:		Fecha:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	Nº páginas:	
El documento considera al menos:			
1. Responsable de adquisición	2. Participación de personal técnico y usuario	3. Sistema de evaluación de calidad técnica del equipamiento a ser adquirido	
Breve descripción del contenido del documento:			

EQ 1.1 – Segundo elemento medible: Existe constancia de la participación de personal técnico y usuarios en la compra del equipamiento.

Dirección o Gerencia	
Describe verificación del EM:	

CARACTERÍSTICA EQ 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA EQ 1.2 / HALLAZGOS

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

EQ 1.2 – Primer elemento medible: Existe un sistema de seguimiento de vida útil del equipamiento relevante para la seguridad de los usuarios que incluye al menos:

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento:					
Fecha elaboración:		Fecha vigencia:		Versión:	N° páginas:
Elaborado por:			Aprobado por:		
El documento describe al menos:					
1. Equipamiento de anestesia		2. Equipos de monitorización hemodinámica		3. Monitores desfibriladores	4. Monitores de diálisis
Observaciones:					

EQ 1.2 – Segundo elemento medible: Existe un informe anual de las necesidades de reposición del equipamiento crítico.

Nombre del informe:					
Fecha elaboración:		Fecha vigencia:		Versión:	N° páginas:
Elaborado por:			Aprobado por:		
Breve descripción del contenido del documento:					

CARACTERÍSTICA EQ 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección o Gerencia	1° EM:	2° EM:
Umbral de la característica: ≥ 50%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:

CARACTERÍSTICA EQ 2.1 OBLIGATORIA / HALLAZGOS

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

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

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento que designa nombramiento:					
Fecha elaboración:		Fecha vigencia:		Versión:	N° páginas:
Elaborado por:			Aprobado por:		
Nombre responsable:		Cargo:		Profesión:	
Breve descripción del contenido del documento:					

EQ 2.1 – Segundo elemento medible: Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos:

Dirección o Gerencia					
Nombre del documento:					
Fecha elaboración:		Fecha vigencia:		Versión:	N° páginas:
Elaborado por:			Aprobado por:		
El documento incluye al menos los siguientes equipos (Si/No):					
1. Equipos de monitorización hemodinámica		2. Monitores desfibriladores		3. Máquinas de anestesia	4. Ambulancias de Urgencia
El documento considera (Si/No):					
1. Características del mantenimiento			2. Periodicidad		
Breve descripción del contenido del documento:					

EQ 2.1 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa, en los equipos mencionados.

Se constata en Dirección o Gerencia del Prestador						
Mantenimiento preventivo de equipos de monitorización hemodinámica						
Metodología de constatación:						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Observaciones:						
Mantenimiento preventivo de monitores desfibriladores						
Metodología de constatación:						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Observaciones:						

Mantenimiento preventivo de máquinas de anestesia						
Metodología de constatación:						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantenimiento	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Observaciones:						
Mantenimiento preventivo de ambulancias de urgencia						
Metodología de constatación:						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantenimiento	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA EQ 2.1 OBLIGATORIA / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA EQ 2.2 / HALLAZGOS

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

EQ 2.2 Primer elemento medible: Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos:

Dirección o Gerencia									
Nombre del documento:									
Fecha elaboración:			Fecha vigencia:			Versión:		N° páginas:	
Elaborado por:					Aprobado por:				
El documento incluye al menos los siguientes equipos (Si/No):									
1. Campanas de flujo laminar (Todas)		2. Equipos de laboratorio		3. Contadores hematológicos		4. Equipos para determinación de electrolitos y gases			
5. Analizadores automatizados de Química Clínica			6. Equipos automatizados para microbiología, hormonas e inmunología			7. Microscopio de fluorescencia		8. Lectores de ELISA	
9. Refrigeradores y congeladores para sangre y hemoderivados			10. Equipos de diálisis y tratamiento de aguas		11. Equipos de IMG (Todos)		12. Equipos de RT (Todos):		
Breve descripción del contenido del documento:									

EQ 2.2 – Segundo elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado el mantenimiento preventivo según programa en los equipos mencionados.

Dirección o Gerencia									
Mantenimiento preventivo de campanas de flujo laminar * (Todas las que están en uso)									
Metodología de constatación:									
Equipo/serie /código	Periodicidad mantenimiento	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo			
Observaciones:									
Mantenimiento preventivo de equipos de laboratorio									
Metodología de constatación:									
Equipo/serie /código	Periodicidad mantenimiento	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo			
Observaciones:									
Mantenimiento preventivo de contadores hematológicos									
Metodología de constatación:									
Equipo/serie /código	Periodicidad mantenimiento	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo			
Observaciones:									
Mantenimiento preventivo de equipos para determinación de electrolitos y gases									
Metodología de constatación:									
Equipo/serie /código	Periodicidad mantenimiento	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo			

Observaciones:						
Mantenimiento preventivo de analizadores automatizados de química clínica						
Metodología de constatación:						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Observaciones:						
Mantenimiento preventivo de equipos automatizados para microbiología, hormonas e inmunología						
Metodología de constatación:						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Observaciones:						
Mantenimiento preventivo de microscopio de fluorescencia						
Metodología de constatación:						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Observaciones:						
Mantenimiento preventivo de lectores de ELISA						
Metodología de constatación:						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Observaciones:						
Mantenimiento preventivo de refrigeradores y congeladores para sangre y hemoderivados						
Metodología de constatación:						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Observaciones:						
Mantenimiento preventivo de equipos de diálisis y tratamiento de aguas						
Metodología de constatación:						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Observaciones:						
Mantenimiento preventivo de equipos de imagenología						
Metodología de constatación:						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Observaciones:						
Mantenimiento preventivo de equipos de radioterapia						
Metodología de constatación:						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA EQ 2.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA EQ 3.1 / HALLAZGOS

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

EQ 3.1 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el perfil técnico o profesional del personal autorizado para operar los equipos relevantes, que considera al menos:

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento:			
Nº Resolución:	Versión:	Fecha:	
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	Nº páginas:	
Incluye descripción perfil técnico/profesional para personal autorizado para operar los siguientes equipos (Si/No):			
1. Monitores desfibriladores	2. Máquinas de anestesia	3. Autoclaves	4. Equipos de laboratorio
5. Equipos de diálisis	6. Equipos de radioterapia	7. Equipos de imagenología	
Breve descripción del contenido del documento:			

CARACTERÍSTICA EQ 3.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS:

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

ÁMBITO SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

CARACTERÍSTICA INS 1.1 / HALLAZGOS

INS 1.1 – Primer elemento medible: Se ha designado un responsable institucional del plan de prevención de incendios.

Dirección o Gerencia			
Documento que designa nombramiento:			
Nº Resolución:	Versión:	Fecha:	
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	Nº páginas:	
Nombre responsable:	Cargo:	Profesión:	
Breve descripción del contenido del documento:			

INS 1.1 – Segundo elemento medible: Se documenta un plan institucional de prevención de incendios.

Dirección o Gerencia				
Nombre del documento:				
Nº Resolución:	Versión:	Fecha:	Fecha vigencia:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:		
Considera (Si/No)	1. Medidas preventivas generales	2. Medidas preventivas específicas		
Breve descripción del contenido del documento:				

INS 1.1 – Tercer elemento medible: Existe informe de evaluación de riesgo de incendio, actualizado cada 5 años.

Dirección o Gerencia			
Nombre del informe:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Breve descripción del contenido del documento:			

INS 1.1 – Cuarto elemento medible: Existe un análisis de los resultados del informe de la evaluación y decisiones adoptadas al respecto.

Dirección o Gerencia			
Nombre del informe:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Considera (Si/No)	1. Análisis de los resultados	2. Medidas adoptadas	
Breve descripción del contenido del documento:			

INS 1.1 – Quinto elemento medible: Se constatan elementos preventivos

Constata recarga vigente de extintores:				
Nº de Extintores verificados	Lugar de verificación		Nº Cumplen	
Constata red húmeda y seca accesibles:				
Nº de elementos verificados	Lugar de verificación		Nº Cumplen	
Constata mantenimiento preventivo de red seca y húmeda y sistemas automatizados:				
Ubicación de Red Seca /Húmeda Verificada	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento Revisado	Cumple Programa
Observaciones:				

CARACTERÍSTICA INS 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	1° EM:	2° EM:	3° EM:	4° EM:	5° EM:
Dirección o Gerencia					
General					
Umbral de la característica: ≥ 80%	Puntaje total:		Porcentaje obtenido:		Cumple:

CARACTERÍSTICA INS 2.1 / HALLAZGOS

INS 2.1 – Primer elemento medible: Se ha designado responsable institucional del plan de evacuación.

Dirección o Gerencia					
Documento que designa nombramiento:					
N° Resolución:		Versión:		Fecha:	
Elaborado por:			Aprobado por:		
Carácter institucional:		Fecha vigencia:		N° páginas:	
Nombre responsable:		Cargo:		Profesión:	
Observaciones:					

INS 2.1 – Segundo elemento medible: Se documenta un plan institucional de evacuación que contempla al menos:

Nombre del documento:									
N° Resolución:		Versión:		Fecha:					
Elaborado por:			Aprobado por:						
Carácter institucional:		Fecha vigencia:		N° páginas:					
El documento descrito contempla al menos (Si/No):									
1. Responsables locales plan evacuación			2. Funciones de los responsables						
3. Procedimiento de evacuación			4. Sistema de comunicación alternativo						
Nombre responsable:		Cargo:		Profesión:					
Observaciones:									
El documento descrito se constata en los siguientes puntos de verificación:									
Dirección	Pabellón CMA	PRO Endoscópicos	Dental	URG	APQ	APD	Sector espera público cons. Amb	Sector espera público cons. Amb.	Toma Muestra
Observaciones:									

INS 2.1 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se han ejecutado anualmente simulacros y/o simulaciones del plan de evacuación.

Pabellón CMA	Documento Revisado:	Fecha constatada:
PRO Endoscópicos	Documento Revisado:	Fecha constatada:
Dental	Documento Revisado:	Fecha constatada:
URG	Documento Revisado:	Fecha constatada:
APQ	Documento Revisado:	Fecha constatada:
APD	Documento Revisado:	Fecha constatada:
Sectores Espera Público Consultas Ambulatorias	Documento Revisado:	Fecha constatada:
Sectores Espera Público Consultas Ambulatorias	Documento Revisado:	Fecha constatada:
Toma de Muestras	Documento Revisado:	Fecha constatada:

INS 2.1 – Cuarto elemento medible: Se constata que el personal entrevistado tiene conocimiento de aspectos generales del plan de evacuación.

Punto de verificación	N° Entrevistados	N° Respuestas correctas	N° Respuestas incorrectas	% Cumplimiento
Pabellón CMA				
PRO Endoscópicos				
Dental				
URG				
APQ				
APD				
Sectores Espera Público Consultas Ambulatorias				
Sectores Espera Público Consultas Ambulatorias				
Toma de Muestras				
Total				
Observaciones:				

CARACTERÍSTICA INS 2.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

EM	Dirección	Pabellón CMA	PRO Endoscópicos	Dental	URG	APQ	APD	Sector espera público cons. Amb.	Sector espera público cons. Amb.	Toma Muestra
1° EM										
2° EM										
3° EM										
4° EM										
Umbral de la característica: $\geq 75\%$			Puntaje total:			Porcentaje obtenido:			Cumple:	

CARACTERÍSTICA INS 2.2 / HALLAZGOS

INS 2.2 Primer elemento medible: Se ha designado responsable institucional de la mantención y actualización periódica de la señalética de las vías de evacuación del establecimiento.

Dirección o Gerencia			
Documento que designa nombramiento:			
N° Resolución:		Versión:	
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:		Fecha vigencia:	
Nombre responsable:		Cargo:	
Breve descripción del contenido del documento:		Profesión:	

INS 2.2 Segundo elemento medible: Se constata disponibilidad de señalética de vías de evacuación (considerar iluminación, posición, tamaño, claridad de lectura o interpretación).

Sectores de Espera de Público* (Mayor afluencia de público)			
Indicar ubicación de señaléticas observadas:			
Describir: 1. Iluminación:		2. Posición:	
3. Tamaño:		4. Claridad de lectura:	
Observaciones:			
Sectores de Espera de Público* (Mayor afluencia de público)			
Indicar ubicación de señaléticas observadas:			
Describir: 1. Iluminación:		2. Posición:	
3. Tamaño:		4. Claridad de lectura:	
Observaciones:			
Pasillos de Circulación			
Indicar ubicación de señaléticas observadas:			
Describir: 1. Iluminación:		2. Posición:	
3. Tamaño:		4. Claridad de lectura:	
Observaciones:			

CARACTERÍSTICA INS 2.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Dirección	Sector Espera Público	Sector Espera Público	Pasillos de Circulación
Primer elemento medible				
Segundo elemento medible				
Umbral de la característica: $\geq 75\%$		Puntaje total:		Cumple:

CARACTERÍSTICA INS 3.1 / HALLAZGOS

INS 3.1 – Primer elemento medible: Se ha designado un responsable institucional del mantenimiento preventivo de las instalaciones.

Dirección o Gerencia			
Documento que designa nombramiento:			
N° Resolución:		Versión:	
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:		Fecha vigencia:	
Nombre responsable:		Cargo:	
Observaciones:		Profesión:	

INS 3.1 – Segundo elemento medible: Se documenta un programa de mantenimiento preventivo que incluye al menos:

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:		Versión:	
Elaborado por:		Aprobado por:	
El documento incluye el programa de mantenimiento preventivo de al menos (Si/No):			
1. Ascensores		2. Calderas	
4. Sistemas de aspiración y gases clínicos		3. Techumbre	
6. Sistemas de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes			
Breve descripción del contenido del documento:			

INS 3.1 – Tercer elemento medible: Se constata ejecución de programa de mantenimiento preventivo.

Se constata en Dirección o Gerencia del Prestador						
Mantenimiento preventivo de ascensores						
Metodología de constatación:						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Observaciones:						
Mantenimiento preventivo de calderas						
Metodología de constatación:						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Observaciones:						
Mantenimiento preventivo de techumbre						
Metodología de constatación:						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Observaciones:						
Mantenimiento preventivo de sistema de aspiración y gases clínicos						
Metodología de constatación:						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Observaciones:						
Mantenimiento preventivo de sistemas de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes						
Metodología de constatación:						
Equipo/serie /código	Periodicidad mantención	Fecha mantención prestador	Fecha constatada	Documento revisado	Cumple periodicidad	Cumple protocolo
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA INS 3.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA INS 3.2 / HALLAZGOS

INS 3.2 – Primer elemento medible: Se ha designado responsable institucional del plan de contingencia en caso de interrupción de suministro eléctrico.

Dirección o Gerencia			
Documento que designa nombramiento:			
N° Resolución:	Versión:	Fecha:	
Elaborado por:		Aprobado por:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	N° páginas:	
Nombre responsable:	Cargo:	Profesión:	
Observaciones:			

INS 3.2 – Segundo elemento medible: Se documenta un plan de contingencia en caso de interrupción de suministro eléctrico.

Dirección o Gerencia			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Breve descripción del contenido del documento:			

INS 3.2 – Tercer elemento medible: Existen registros que dan cuenta de mantenimiento preventivo y realización de pruebas de los sistemas de iluminación de emergencia.

Dirección o Gerencia
Metodología de constatación:

Se verifica (Si/No):	Características mantenimiento	del		Periodicidad		Fechas de mantenimiento	
-----------------------------	-------------------------------	-----	--	--------------	--	-------------------------	--

Descripción de mantenimiento revisado:

INS 3.2 – Cuarto elemento medible: Se constata operación de generadores de energía de emergencia.

Dirección o Gerencia

Constata operación de generadores de energía de emergencia:

CARACTERÍSTICA INS 3.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO

SERVICIOS DE APOYO – LABORATORIO CLÍNICO (APL)

CARACTERÍSTICA APL 1.1 / HALLAZGOS

APL 1.1 – Elemento medible: Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia

Prestador al que compra:			N° Registro Acreditación:
N° Autorización Sanitaria:	Fecha Autorización Sanitaria:	SEREMI:	
Copia fiel del documento original (Si/No):	Fecha copia notarial:		

CARACTERÍSTICA APL 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA APL 1.2 / HALLAZGOS

Registrar puntos de verificación que no aplican al Prestador y ¿Por qué?

APL 1.2 – Primer elemento medible: Se describen en documento(s) elaborado(s) por Laboratorio Clínico, los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado, incluyendo:

Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
El documento incluye los siguientes procedimientos (Si/No):			
1. Instrucciones de preparación del paciente		2. Procedimiento de toma de muestra para los exámenes realizados	
3. Rotulación de las muestras		4. Conservación de las muestras	5. Traslado de las muestras
6. Criterios de rechazo de muestras		7. Se han definido responsables de su aplicación	
Breve descripción del contenido del documento:			
Se constata el documento descrito en los siguientes puntos de verificación:			
Laboratorio	Toma de Muestra	APD	CECOF
			Posta Rural

APL 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con problemas de la toma de muestra detectados en el Laboratorio.

Toma de Muestra	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
APD	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
CECOF	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
Posta Rural	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

APL 1.2– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Toma de Muestra						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Toma de Muestra						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Toma de Muestra						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						
APD						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en APD						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para APD						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						
CECOF						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en CECOF						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para CECOF						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						
Posta Rural						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Posta Rural						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas/ No cumplidas						

% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Posta Rural						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						

APL 1.2- Cuarto elemento medible: Se constata que el Laboratorio dispone de formularios para entrega de información a los pacientes ambulatorios en relación con **(Si/No):**

Laboratorio Clínico					
1. Formulario instrucciones de preparación del paciente		2. Formulario toma y traslado de muestras		3. Formulario plazos de entrega de los exámenes	
Observaciones:					
Toma de Muestra					
1. Formulario instrucciones de preparación del paciente		2. Formulario toma y traslado de muestras		3. Formulario plazos de entrega de los exámenes	
Observaciones:					

CARACTERÍSTICA APL 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Laboratorio	Toma de Muestra	APD	CECOF	Posta Rural
1° elemento medible					
2° elemento medible					
3° elemento medible					
4° elemento medible					
Umbral de la característica: ≥ 75%	Puntaje total:		Porcentaje obtenido:		Cumple:

CARACTERÍSTICA APL 1.3 / HALLAZGOS

APL 1.3 – Primer elemento medible: Existen procedimientos explícitos sobre:

Microbiología					
Nombre del documento:					
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:		
Elaborado por:			Aprobado por:		
El documento incluye al menos: (Si/No)					
1. Técnicas de ejecución de los exámenes		2. Tiempos de respuesta de exámenes			
3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda					
Breve descripción del documento:					
Hematología					
Nombre del documento:					
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:		
Elaborado por:			Aprobado por:		
El documento incluye al menos: (Si/No)					
1. Técnicas de ejecución de los exámenes		2. Tiempos de respuesta de exámenes			
3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda					
Breve descripción del documento:					
Bioquímica					
Nombre del documento:					
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:		
Elaborado por:			Aprobado por:		
El documento incluye al menos: (Si/No)					
1. Técnicas de ejecución de los exámenes		2. Tiempos de respuesta de exámenes			
3. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda					
Breve descripción del documento:					

APL 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con: tiempo de respuesta de exámenes urgentes.

Microbiología	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
Hematología	
Nombre del indicador	

Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
Bioquímica	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

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

Microbiología	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Microbiología

Mes /Año					
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas					
% Cumplimiento					

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Microbiología

Describir constatación	
Mes /Año	
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas	
% Cumplimiento	

Observaciones:

Hematología

Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Hematología

Mes /Año					
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas					
% Cumplimiento					

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Hematología

Describir constatación	
Mes /Año	
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas	
% Cumplimiento	

Observaciones:

Bioquímica

Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Bioquímica

Mes /Año					
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas					
% Cumplimiento					

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Bioquímica

Describir constatación	
Mes /Año	
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas	
% Cumplimiento	

Observaciones:

APL 1.3- Cuarto elemento medible: Se constata ejecución de controles de calidad internos en las diferentes áreas del Laboratorio Clínico en forma periódica.

Describir constatación en Microbiología:

Describir constatación en Hematología:
Describir constatación en Bioquímica:

CARACTERÍSTICA APL 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	1° elemento medible	2° elemento medible	3° elemento medible	4° elemento medible
Microbiología				
Hematología				
Bioquímica				
Umbral de la característica: $\geq 75\%$	Puntaje total:		Porcentaje obtenido:	Cumple:

CARACTERÍSTICA APL 1.4 / HALLAZGOS

APL 1.4 – Primer elemento medible: Existen registros de participación en Programa de Evaluación Externa de la Calidad en todas las áreas en que el Laboratorio realiza prestaciones.

Laboratorio Clínico	
Constata registros de participación en PEEC:	
Programa, áreas y fecha de participación:	
Programa, áreas y fecha de participación:	
Programa, áreas y fecha de participación:	

APL 1.4 – Segundo elemento medible: Se documentan análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo.

Laboratorio Clínico	
Programa que detecta incumplimiento:	N° de Informe PEEC: Fecha informe:
Resultado insatisfactorio:	Fecha medición:
Análisis de informe de resultado insatisfactorio:	
Fecha análisis:	Responsable del análisis:
Medidas de mejora:	Fecha medidas:
Breve descripción del EM:	

CARACTERÍSTICA APL 1.4 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Laboratorio Clínico	1° EM:	2°EM:
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:

CARACTERÍSTICA APL 1.5 / HALLAZGOS

APL 1.5 – Primer elemento medible: Se describen en un documento las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso del Laboratorio.

Laboratorio Clínico	
Nombre del documento:	
Fecha elaboración:	Fecha vigencia: Versión: N° páginas:
Elaborado por:	Aprobado por:
Incluye (Si/No)	Condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso del laboratorio:
Breve descripción del con tenido del documento:	

APL 1.5 – Segundo elemento medible: Se constata cumplimiento de uso de protección del personal en la manipulación de muestras clínicas de acuerdo a procedimiento local.

Laboratorio Clínico	
Metodología de constatación:	
N° personas observadas	N° personas que cumplen N° personas que no cumplen
Describir incumplimientos delectados:	

CARACTERÍSTICA APL 1.5 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Laboratorio Clínico	1° EM:	2°EM:
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:

SERVICIOS DE APOYO – FARMACIA (APF)

CARACTERÍSTICA APF 1.1 / HALLAZGOS

APF 1.1 – Primer elemento medible: Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a prestadores formalizados por la autoridad sanitaria competente.

Dirección o Gerencia	
Prestador al que compra:	N° Registro Acreditación:

N° Autorización Sanitaria:	Fecha Autorización Sanitaria:	SEREMI:
Copia fiel del documento original (Si/No):		Fecha copia notarial:

CARACTERÍSTICA APF 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA APF 1.2 / HALLAZGOS

APF 1.2 – Primer Elemento medible: Se constata que el suministro de farmacia está regulado por un Comité de Farmacia.* (U otra estructura organizacional de carácter técnico).

Unidad de Farmacia*			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Define Si/No	Formalización y funcionamiento del Comité de Farmacia:		
Breve descripción del contenido del documento:			

APF 1.2 – Segundo Elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de medicamentos que considera su evaluación técnica.

Unidad de Farmacia*			
Nombre del documento:			
N° Resolución:	Versión:	Fecha:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	N° páginas:	
Elaborado por:		Aprobado por:	
Describe (Si/No)	1. Procedimiento de adquisición de medicamentos	2. Considera evaluación técnica	
Breve descripción del contenido del documento:			

APF 1.2 – Tercer Elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de insumos, que considera su evaluación técnica.

Unidad de Farmacia*			
Nombre del documento:			
N° Resolución:	Versión:	Fecha:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	N° páginas:	
Elaborado por:		Aprobado por:	
Describe (Si/No)	1. Procedimiento de adquisición de insumos	2. Considera evaluación técnica	
Breve descripción del contenido del documento:			

APF 1.2 – Cuarto Elemento medible: Se constata participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de medicamentos.

Unidad de Farmacia	
Describir constatación:	
Observaciones:	

APF 1.2 – Quinto Elemento medible: Se constata participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de insumos.

Unidad de Farmacia	
Describir constatación:	
Observaciones:	

CARACTERÍSTICA APF 1.2/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Farmacia	1° EM:	2° EM:	3° EM:	4° EM:	5° EM:
Umbral de la característica: ≥ 60%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:			Cumple:	

CARACTERÍSTICA APF 1.3 / HALLAZGOS

APF 1.3 – Primer elemento medible: Se describen en un documento(s) los siguientes procedimientos.

Farmacia			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
El (los) documento (s) describe (n) los siguientes procedimientos: (Si/No)			
a) Rotulación de medicamentos		b) Envasado de medicamentos e insumos	c) Despacho de medicamentos e insumos
Breve descripción del contenido del documento:			

APF 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Farmacia	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

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

Farmacia	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Farmacia	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Farmacia	
Describir constatación	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Observaciones:	

CARACTERÍSTICA APF 1.3/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Unidad de Farmacia	1° EM:	2° EM:	3° EM:
Umbral de la característica: $\geq 66\%$	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:	

CARACTERÍSTICA APF 1.4 / HALLAZGOS

APF 1.4 - Primer elemento medible: Se describen en un documento(s) elaborado (s) por Farmacia, los procedimientos relacionados con:

Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
El documento describe los siguientes procedimientos (Si/No):			
1. Almacenamiento y conservación de medicamentos	2. Formato de prescripción de medicamentos	3. Notificación de reacciones adversas a medicamentos a la autoridad pertinente	
Breve descripción del contenido del documento:			
Se constata el (los) documento (s) descrito (s) en los siguientes puntos de verificación:			
Unidad de Farmacia	Pabellón de CMA	URG	CECOF
Observaciones:			

APF 1.4 - Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Pabellón de CMA	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
URG	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
CECOF	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

APF 1.4- Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Pabellón de CMA	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	

Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Pabellón de CMA						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Pabellón de CMA						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						
URG						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en URG						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						
CECOF						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en CECOF						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para CECOF						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						

APF 1.4 – Cuarto elemento medible: Se constata almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local.* (En el caso de estupefacientes remitirse a regulación vigente).

Unidad de Farmacia	
Metodología de constatación:	
Atributos de cumplimiento:	
Resultado de la constatación:	
Pabellón de CMA	
Metodología de constatación:	
Atributos de cumplimiento:	
Resultado de la constatación:	
URG	
Metodología de constatación:	
Atributos de cumplimiento:	
Resultado de la constatación:	
CECOF	
Metodología de constatación:	
Atributos de cumplimiento:	

Resultado de la constatación:

CARACTERÍSTICA APF 1.4 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Farmacia	Pabellón de CMA	URG	CECOF
Primer elemento medible				
Segundo elemento medible				
Tercer elemento medible				
Cuarto elemento medible				
Umbral de la característica: $\geq 50\%$	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:	

CARACTERÍSTICA APF 1.5 / HALLAZGOS

APF 1.5 – Primer elemento medible: 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.

Unidad de Farmacia* (Oncológica)			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
El documento describe los siguientes procedimientos relacionados con medicamentos antineoplásicos: (Si/No)			
1. Preparación	2. Almacenamiento	3. Distribución	4. Desecho
5. Procedimientos acorde a la normativa vigente		6. Se han definido responsables de la aplicación	
Breve descripción del contenido del documento:			

APF 1.5 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Farmacia* (Oncológica)	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

APF 1.5– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Farmacia* (Oncológica)			
Nombre documento			
Responsable medición			
Fuente primaria			
Fuente secundaria			
Periodo evaluado			
Metodología de medición			
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) Farmacia * (Oncológica)			
Mes /Año			
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas			
% Cumplimiento			
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Farmacia * (Oncológica)			
Describir constatación			
Mes /Año			
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas			
% Cumplimiento			
Observaciones:			

CARACTERÍSTICA APF 1.5 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Unidad de Farmacia (1-0-NA)	Farmacia Oncológica	1º EM:	2º EM:	3º EM:
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:	

SERVICIOS DE APOYO – ESTERILIZACIÓN (APE)

CARACTERÍSTICA APE 1.1 / HALLAZGOS

APE 1.1 – Primer elemento medible: Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia			
Prestador al que compra:			Nº Registro Acreditación:
Nº Autorización Sanitaria:	Fecha Autorización Sanitaria:	SEREMI:	
Copia fiel del documento original (Si/No):		Fecha copia notarial:	

CARACTERÍSTICA APE 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA APE 1.2 / HALLAZGOS

APE 1.2 – Primer elemento medible: Se constata que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada.*

Constatación en Pabellón de CMA:
Constatación en Dental:
Constatación en URG:

APE 1.2 – Segundo elemento medible: Se constata que la etapa de esterilización propiamente tal se realiza en el Servicio de Esterilización.

Constatación en Pabellón de CMA:
Constatación en Dental:
Constatación en URG:

CARACTERÍSTICA APE 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Pabellón de CMA	Dental	URG
Primer elemento medible			
Segundo elemento medible			
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:

CARACTERÍSTICA APE 1.3 / HALLAZGOS

APE 1.3 – Primer elemento medible: En documentos elaborados por el Servicio de Esterilización se describen:

Servicio de Esterilización			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
El documento describe al menos los siguientes métodos o procedimientos: (Si/No)			
1. Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico			
2. Transporte de material contaminado		3. Recepción de material esterilizado fuera de la institución	
4. Recepción de materiales a ser esterilizados		5. Lavado y secado	6. Inspección y preparación
7. Operación de equipos de esterilización		8. Distribución	9. Controles del proceso
Breve descripción del documento:			

APE 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Esterilización	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

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

Servicio de Esterilización						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Esterilización						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Esterilización						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA APE 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Servicio de Esterilización (0-1-NA)	Servicio de Esterilización	1° EM:	2° EM:	3° EM:
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:		Cumple:

CARACTERÍSTICA APE 1.4 / HALLAZGOS

Puntos de verificación que no aplican al prestador y ¿Por qué?

APE 1.4 – Primer elemento medible: Se describe en documento de carácter institucional el procedimiento de almacenamiento de material estéril.

Nombre del documento:			
N° Resolución:	Versión:	Fecha:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	N° páginas:	
Elaborado por:	Aprobado por:		
Describe (Si/No)	Procedimiento de almacenamiento de material estéril:		
Breve descripción del contenido del documento:			
Se constata documento en los siguientes puntos de verificación			
Servicio de Esterilización	Pabellón de CMA	Pabellón de Cirugía Menor	

APE 1.4 – Segundo elemento medible: Se constata en terreno almacenamiento de material estéril de acuerdo a norma local que considera las orientaciones del MINSAL.

Constatación en Servicio de Esterilización:
Constatación en Pabellón de CMA
Constatación en Pabellón de Cirugía Menor:
Observaciones:

CARACTERÍSTICA APE 1.4 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Esterilización	Pabellón de CMA	Pabellón de Cirugía Menor
Primer elemento medible			
Segundo elemento medible			
Umbral de la característica: ≥66%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:

CARACTERÍSTICA APE 1.5 / HALLAZGOS

APE 1.5 – Primer elemento medible: Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de desinfección de alto nivel.

Servicio de Esterilización* (Sala de DAN)			
Nombre del documento:			
N° Resolución:	Versión:	Fecha:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	N° páginas:	
Elaborado por:	Aprobado por:		
Describe explícitamente (Si/No)	Procedimiento de desinfección de alto nivel:		
Breve descripción del contenido del documento:			

APE 1.5 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Esterilización* (Sala de DAN)			
Nombre del indicador			
Fórmula matemática			
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:		

APE 1.5 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Esterilización* (Sala de DAN)			
Nombre documento			
Responsable medición			
Fuente primaria			
Fuente secundaria			
Periodo evaluado			
Metodología de medición			
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Servicio de Esterilización			
Mes /Año			
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas			
% Cumplimiento			
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Servicio de Esterilización			
Describir constatación			
Mes /Año			

N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA APE 1.5 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Servicio de Esterilización (0-1-NA)	Servicio de Esterilización	1° EM:	2° EM:	3° EM:
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:		Cumple:

SERVICIOS DE APOYO – UNIDAD DE TRANSPORTE DE PACIENTES O SERVICIO DE MOVILIZACIÓN (APT)

CARACTERÍSTICA APT 1.1 / HALLAZGOS

APT 1.1 – Elemento medible: Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia			
Prestador al que compra:			N° Registro Acreditación:
N° Autorización Sanitaria:	Fecha Autorización Sanitaria:	SEREMI:	
Copia fiel del documento original (Si/No) :		Fecha copia notarial:	

CARACTERÍSTICA APT 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA APT 1.2 / HALLAZGOS

APT 1.2– Primer elemento medible: Se describe en documento(s) de carácter institucional.

Unidad de Transporte de Pacientes			
Nombre del documento:			
N° Resolución:	Versión:	Fecha:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	N° páginas:	
Elaborado por:		Aprobado por:	
El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)			
1. Procedimientos relacionados con la fijación y disposición del paciente y acompañantes en el móvil		2. Procedimiento de entrega de pacientes al centro receptor y límites de responsabilidad establecidos	
Breve descripción del documento:			

APT 1.2 – Segundo elemento medible: Se constata:

Describir metodología de constatación:						
N°	Modelo/Marca	Año	Tipo Móvil	Patente	Fecha Revisión Técnica	Vigencia Revisión Técnica
1						
Cumple (Si/No)	a). Sistema de fijación y disposición del paciente en el móvil		b). Condición de operación de equipamiento de soporte (De acuerdo a complejidad del móvil)		c). Revisión técnica vigente	
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA APT 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Unidad de Transporte de Pacientes	1° EM:	2° EM:
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:

SERVICIOS DE APOYO – UNIDAD DE DIÁLISIS (APD)

CARACTERÍSTICA APD 1.1 / HALLAZGOS

APD 1.1 – Primer elemento medible: Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia			
Prestador al que compra:			N° Registro Acreditación:
N° Autorización Sanitaria:	Fecha Autorización Sanitaria:	SEREMI:	
Copia fiel del documento original (Si/No) :		Fecha copia notarial:	

CARACTERÍSTICA APD 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA APD 1.2 / HALLAZGOS

APD 1.2– Primer elemento medible: Se describe en documentos elaborados por la Unidad de Diálisis.

Unidad de Diálisis			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)			
1. Procedimiento de hemodiálisis		2. Procedimiento de peritoneodiálisis	
3. Sistema estandarizado de registros de los procedimientos de hemodiálisis		4. Se han definido los responsables de su aplicación	
Breve descripción del contenido del documento:			

APD 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Diálisis	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

APD 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Diálisis						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Unidad de Diálisis						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Diálisis						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA APD 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Diálisis	1° EM:	2° EM:	3° EM:
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:	

CARACTERÍSTICA APD 1.3 / HALLAZGOS

APD 1.3– Primer elemento medible: Se describe en documentos elaborados por la Unidad de Diálisis.

Unidad de Diálisis			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
El documento describe los siguientes procedimientos o programa: (Si/No)			
1. Programa de capacitación a pacientes y/o familiares en peritoneodiálisis		2. Procedimiento manejo de pacientes con infecciones virales	3. Reutilización de dializadores y líneas
4. Desinfección de monitores		5. Manejo de accesos vasculares	6. Se han definido los responsables de su aplicación
Breve descripción del contenido del documento:			

APD 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Diálisis	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

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

Unidad de Diálisis					
Nombre documento					
Responsable medición					
Fuente primaria					
Fuente secundaria					
Periodo evaluado					
Metodología de medición					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Unidad de Diálisis					
Mes /Año					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas					
% Cumplimiento					
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Diálisis					
Describir constatación					
Mes /Año					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas					
% Cumplimiento					
Observaciones:					

CARACTERÍSTICA APD 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Diálisis	1° EM:	2° EM:	3° EM:
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:	

CARACTERÍSTICA APD 1.4 / HALLAZGOS

APD 1.4– Primer elemento medible: Existe un documento elaborado por la Unidad de Diálisis que describe el programa de control de calidad del agua tratada de la unidad que incluye descripción del procedimiento y periodicidad de:

Unidad de Diálisis			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
El documento describe el Programa de control de calidad del agua tratada de la unidad que incluye descripción de:			
1. Medición de la calidad del agua tratada para hemodiálisis y reutilización de dializadores		Periodicidad	
2. Controles externos químico y microbiológico del agua tratada para hemodiálisis y reutilización de dializadores:		Periodicidad	
3. Controles externos microbiológicos del agua tratada en llave de alimentación de monitores de diálisis y en líquido de diálisis después del dializador:		Periodicidad	
4. Se han definido los responsables de su aplicación:			
Breve descripción del documento:			

APD 1.4 – Segundo elemento medible: Se constata cumplimiento de control de calidad según regulación vigente.

Describe constatación en Diálisis:

APD 1.4– Tercer elemento medible: Existe constancia de acciones de mejora en caso de que los controles excedan los límites permitidos.

Unidad de Diálisis			
Nombre del documento:			
Elaborado por:		Aprobado por:	
Control fuera de límite:		Fecha de la medición:	
Medidas de mejora:		Fecha de implementación:	
Observaciones:			

CARACTERÍSTICA APD 1.4 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Diálisis	1° EM:	2° EM:	3° EM:
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:	

SERVICIOS DE APOYO – RADIOTERAPIA (APR)

CARACTERÍSTICA APR 1.1 / HALLAZGOS

APR 1.1 – Primer elemento medible: Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia		
Prestador al que compra:		N° Registro Acreditación:
N° Autorización Sanitaria:	Fecha Autorización Sanitaria:	SEREMI:

Copia fiel del documento original (Si/No) :	Fecha copia notarial:
--	-----------------------

CARACTERÍSTICA APR 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA APR 1.2 / HALLAZGOS

APR 1.2– Primer elemento medible: Se describe en documento(s) elaborados por el Servicio de Radioterapia los procedimientos relacionados con.

Servicio de Radioterapia			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
El documento describe los procedimientos relacionados con: (Si/No)			
1. Planificación	2. Simulación	3. Aplicación de teleterapia	
4. Braquiterapia de alta tasa	5. Se han definido los responsables de su aplicación		
Breve descripción del contenido del documento:			

APR 1.2 – Segundo elemento medible: Se constata, mediante revisión de registros, que se han realizado los procedimientos de acuerdo a lo estipulado.

Servicio de Radioterapia	
Metodología de constatación:	
Resultados de la constatación:	
Observaciones:	

CARACTERÍSTICA APR 1.2/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Servicio de Radioterapia	1° EM:	2° EM:
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:

CARACTERÍSTICA APR 1.3 / HALLAZGOS

APR 1.3– Primer elemento medible: Se describe en documentos elaborados por el Servicio de Radioterapia, el sistema de control de calidad de la radioterapia, con los siguientes contenidos mínimos.

Servicio de Radioterapia			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
El documento que describe el sistema de control de calidad de la radioterapia, incluye al menos: (Si/No)			
1. Aseguramiento de dosis, funcionamiento normal del acelerador lineal mediante chequeo diario, mensual y anual de dosis, simetría y plenitud	2. Vigencia de elemento radioactivo en telecobaltoterapia*		
3. Posicionamiento de pacientes	4. Se han definido los responsables de su aplicación		
Breve descripción del contenido del documento:			

APR 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Radioterapia	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

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

Servicio de Radioterapia	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Servicio de Radioterapia	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Servicio de Radioterapia	
Describir constatación	
Mes /Año	

N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA APR 1.3/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Radioterapia	1° EM:	2° EM:	3° EM:
Umbral de la característica: $\geq 66\%$	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:	

CARACTERÍSTICA APR 1.4 / HALLAZGOS

APR 1.4 – Primer elemento medible: Se describen en documento elaborado por el Servicio de Radioterapia, las características de los registros clínicos que contempla.

Servicio de Radioterapia			
Nombre del Documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
El documento describe las características de los registros clínicos que contempla: (Si/No)			
1. Responsables del llenado y contenidos mínimos a llenar por cada registro		2. Legibilidad	
Debe incluir al menos los siguientes registros: (Si/No)			
3. Planificación		4. Simulación	
5. Evolución clínica diaria que considera registro de tiempo y dosis de exposición		6. Epicrisis	
Breve descripción del documento:			

APR 1.4 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Radioterapia	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

APR 1.4 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Radioterapia			
Nombre documento			
Responsable medición			
Fuente primaria			
Fuente secundaria			
Periodo evaluado			
Metodología de medición			
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Servicio de Radioterapia			
Mes /Año			
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas			
% Cumplimiento			
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Servicio de Radioterapia			
Describir constatación			
Mes /Año			
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas			
% Cumplimiento			
Observaciones:			

APR 1.4 – Cuarto elemento medible: Se constata legibilidad y contenidos mínimos de evolución diaria.

Servicio de Radioterapia	
Metodología de constatación:	
Resultados de la constatación:	
Observaciones:	

CARACTERÍSTICA APR 1.4/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Radioterapia	1° EM:	2° EM:	3° EM:	4° EM:
Umbral de la característica: $\geq 75\%$	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:		

SERVICIOS DE APOYO – ANATOMÍA PATOLÓGICA (APA)

CARACTERÍSTICA APA 1.1 / HALLAZGOS

APA 1.1 – Primer elemento medible: Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia			
Prestador al que compra:			N° Registro Acreditación:
N° Autorización Sanitaria:	Fecha Autorización Sanitaria:	SEREMI:	
Copia fiel del documento original (Si/No):		Fecha copia notarial:	

CARACTERÍSTICA APA 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA APA 1.2 / HALLAZGOS

APA 1.2– Primer elemento medible: Se describe en un documento elaborado por la Unidad.

Servicio de Anatomía Patológica			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)			
1. Datos mínimos que debe contener la solicitud de estudio anatomopatológico		2. Obtención de muestras	3. Criterios generales
4. Rotulación	5. Traslado de muestras	6. Criterios de rechazo de muestras	7. Se han definido los responsables de su aplicación
Breve descripción del contenido del documento:			

APA 1.2– Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Anatomía Patológica	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

APA 1.2– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Anatomía Patológica	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Servicio de Anatomía Patológica	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Servicio de Anatomía Patológica	
Describir constatación	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Observaciones:	

CARACTERÍSTICA APA 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Anatomía Patológica	1° EM:	2° EM:	3° EM:
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:	

CARACTERÍSTICA APA 1.3 / HALLAZGOS

APA 1.3– Primer elemento medible: Se describe en documento (s) elaborado (s) por la Unidad.

Servicio de Anatomía Patológica			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)			
1. Asignación de responsabilidad respecto a la realización de los exámenes, la validación de resultados y la entrega de informes, incluyendo biopsias rápidas			

2. Procedimiento de respaldo de los informes, láminas histológicas y tacos		3. Técnicas de procesamiento de muestras	
4. Protocolo de control de calidad		5. Plazos de entrega de resultados de los exámenes	6. Se han definido los responsables de su aplicación

Breve descripción del contenido del documento:

APA 1.3– Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento. Al menos debe incluir indicador relacionado con control de calidad.

Servicio de Anatomía Patológica	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

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

Servicio de Anatomía Patológica	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Servicio de Anatomía Patológica	
Mes /Año	
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Servicio de Anatomía Patológica	
Describir constatación	
Mes /Año	
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas	
% Cumplimiento	
Observaciones:	

CARACTERÍSTICA APA 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Anatomía Patológica	1º EM:	2º EM:	3º EM:
Umbral de la característica: $\geq 100\%$	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:	

CARACTERÍSTICA APA 1.4 / HALLAZGOS

APA 1.4– Primer elemento medible: Existe un documento que especifica las condiciones de bioseguridad en la Unidad, que incluye el manejo de desechos y almacenamiento de sustancias peligrosas.

Servicio de Anatomía Patológica	
Nombre del documento:	
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:
Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:	Aprobado por:
El documento describe al menos los siguientes elementos: (Si/No)	
1. Manejo de desechos	2. Almacenamiento de sustancias peligrosas
Breve descripción del contenido del documento:	

APA 1.4– Segundo elemento medible: Se constata: almacenamiento de sustancias peligrosas* (Xifol, Formaldehído) de acuerdo a norma local.

Describe constatación en APA:

CARACTERÍSTICA APA 1.4 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Anatomía Patológica	1º EM:	2º EM:
Umbral de la característica: $\geq 100\%$	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:

SERVICIOS DE APOYO – QUIMIOTERAPIA (APQ)

CARACTERÍSTICA APQ 1.1 / HALLAZGOS

APQ 1.1 – Primer elemento medible: Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia	
Prestador al que compra:	Nº Registro Acreditación:
Nº Autorización Sanitaria:	Fecha Autorización Sanitaria: SEREMI:

Copia fiel del documento original (Si/No) :	Fecha copia notarial:
--	-----------------------

CARACTERÍSTICA APQ 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA APQ 1.2 / HALLAZGOS

APQ 1.2– Primer elemento medible: Se describe en documentos.

Unidad de Quimioterapia			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Describe (Si/No)	1. Protocolos de tratamiento de quimioterapia* (Se aceptarán los protocolos de PINDA y PANDA cuando sean aplicables.	2. Procedimiento de registro para las atenciones de quimioterapia	
Breve descripción del contenido del documento:			

APQ 1.2– Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Quimioterapia	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

APQ 1.2– Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Quimioterapia					
Nombre documento					
Responsable medición					
Fuente primaria					
Fuente secundaria					
Periodo evaluado					
Metodología de medición					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Unidad de Quimioterapia					
Mes /Año					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas					
% Cumplimiento					
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Quimioterapia					
Describir constatación					
Mes /Año					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas					
% Cumplimiento					
Observaciones:					

CARACTERÍSTICA APQ 1.2/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Quimioterapia	1° EM:	2° EM:	3° EM:
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:	

CARACTERÍSTICA APQ 1.3 / HALLAZGOS

APQ 1.3– Primer elemento medible: Se describe en documentos de carácter institucional los procedimientos relacionados con:

Unidad de Quimioterapia			
Nombre del documento:			
N° Resolución:	Versión:	Fecha:	
Carácter institucional:	Fecha vigencia:	N° páginas:	
Elaborado por:		Aprobado por:	
El documento describe los siguientes procedimientos: (Si/No)			
1. Administración de medicamentos antineoplásicos		2. Disposición y eliminación de desechos de medicamentos antineoplásicos y residuos contaminados	
3. Instalación y manejo de procedimientos invasivos relacionados con quimioterapia		4. Vigilancia de infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales	
Breve descripción del contenido del documento:			

APQ 1.3– Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Quimioterapia	
-------------------------	--



Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

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

Unidad de Quimioterapia						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Unidad de Quimioterapia						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Quimioterapia						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA APQ 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Quimioterapia	1° EM:	2° EM:	3° EM:
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:	

SERVICIOS DE APOYO – IMAGENOLOGÍA (API)

CARACTERÍSTICA API 1.1 / HALLAZGOS

API 1.1 – Primer elemento medible: Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia			
Prestador al que compra:			N° Registro Acreditación:
N° Autorización Sanitaria:	Fecha Autorización Sanitaria:	SEREMI:	
Copia fiel del documento original (Si/No):	Fecha copia notarial:		

CARACTERÍSTICA API 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA API 1.2 / HALLAZGOS

API 1.2 – Primer elemento medible: Con respecto a los exámenes imagenológicos que involucran procedimientos invasivos, uso de medio de contraste, sedación y/o anestesia, se describe:

Servicio de Imagenología			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)			
1. El procedimiento imagenológico* (Cuando está involucrado un procedimiento invasivo		2. Protocolo de sedación y/o anestesia	
3. Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenosos, sedación y /o anestesia		4. Se han definido los responsables de su aplicación	
Breve descripción del documento:			

API 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Imagenología	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

API 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Servicio de Imagenología

Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Servicio de Imagenología	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Servicio de Imagenología	
Describir constatación	
Mes /Año	
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	
% Cumplimiento	
Observaciones:	

CARACTERÍSTICA API 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Imagenología	1° EM:	2° EM:	3° EM:
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:	

CARACTERÍSTICA API 1.3 / HALLAZGOS

API 1.3 – Primer elemento medible: Se describe en documentos elaborados por el Servicio de Imagenología.

Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
El documento describe los siguientes elementos: (Si/No)			
1. Los requisitos que deben cumplir las solicitudes de exámenes		2. Las indicaciones que deben entregarse a los pacientes antes y después de los procedimientos imagenológicos según corresponda	
Breve descripción del contenido del documento:			
Se constata el documento en los siguientes puntos de verificación:			
Servicio de Imagenología (1 y 2)	Consultas Adulto (1)	URG (1)	
Observaciones:			

API 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Servicio de Imagenología			
Nombre del indicador			
Fórmula matemática			
Umbral de cumplimiento:		Periodicidad de la evaluación:	
Consultas Adulto			
Nombre del indicador			
Fórmula matemática			
Umbral de cumplimiento:		Periodicidad de la evaluación:	
URG			
Nombre del indicador			
Fórmula matemática			
Umbral de cumplimiento:		Periodicidad de la evaluación:	

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

Servicio de Imagenología			
Nombre documento			
Responsable medición			
Fuente primaria			
Fuente secundaria			
Periodo evaluado			
Metodología de medición			
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Servicio de Imagenología			
Mes /Año			
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas			
% Cumplimiento			
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Servicio de Imagenología			
Describir constatación			

Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						
Consultas Adulto						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) Consultas Adulto						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Consultas Adulto						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						
URG						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en URG						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para URG						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA API 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Imagenología	Consultas Adulto	URG
Primer elemento medible			
Segundo elemento medible			
Tercer elemento medible			
Umbral de la característica: >66%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:

SERVICIOS DE APOYO – KINESIOTERAPIA (APK)

CARACTERÍSTICA APK 1.1 /HALLAZGOS

APK 1.1 – Primer elemento medible: Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia			
Prestador al que compra:			N° Registro Acreditación:
N° Autorización Sanitaria:	Fecha Autorización Sanitaria:	SEREMI:	
Copia fiel del documento original (Si/No):		Fecha copia notarial:	

CARACTERÍSTICA APK 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA APK 1.2 / HALLAZGOS

APK 1.2 – Primer elemento medible: Se describe en un documento elaborado por la Unidad de Kinesioterapia.

Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Describe (Si/No)	1. Los requisitos de preparación del paciente previo a la ejecución de procedimientos de KNTR		
Breve descripción del contenido del documento:			
Se constata el documento en los siguientes puntos de verificación:			
Unidad de Kinesioterapia	Sala IRA	Sala ERA	
Observaciones:			

APK 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Sala IRA	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:
Sala ERA	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

APK 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Sala IRA						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Sala IRA						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas /						
N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Sala IRA						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas /						
N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						
Sala ERA						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Sala ERA						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas /						
N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Sala ERA						
Describir constatación						
Mes /Año						
N° Pautas cumplidas /						
N° Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA APK 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Kinesioterapia	Sala IRA	Sala ERA
Primer elemento medible			
Segundo elemento medible			
Tercer elemento medible			

Umbral de la característica: $\geq 75\%$	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:
--	----------------	----------------------	---------

CARACTERÍSTICA APK 1.3 / HALLAZGOS

APK 1.3 – Primer elemento medible: Se describe en un documento.

Unidad de Kinesioterapia			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Describe (Si/No)	1. Contraindicaciones para ejecución de procedimientos específicos	2. Prevención de eventos adversos relacionados con la rehabilitación kinésica	
Breve descripción del contenido del documento:			

APK 1.3 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Kinesioterapia	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

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

Unidad de Kinesioterapia					
Nombre documento					
Responsable medición					
Fuente primaria					
Fuente secundaria					
Periodo evaluado					
Metodología de medición					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Unidad de Kinesioterapia					
Mes /Año					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas					
% Cumplimiento					
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Kinesioterapia					
Describir constatación					
Mes /Año					
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas					
% Cumplimiento					
Observaciones:					

CARACTERÍSTICA APK 1.3 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Servicio de Kinesioterapia	1° EM:	2° EM:	3° EM:
Umbral de la característica: $\geq 66\%$	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:	

SERVICIOS DE APOYO – MEDICINA TRANSFUSIONAL (APT_r)

CARACTERÍSTICA APT_r 1.1 / HALLAZGOS

APT_r 1.1 – Primer elemento medible: Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.

Dirección o Gerencia			
Prestador al que compra:			N° Registro Acreditación:
N° Autorización Sanitaria:	Fecha Autorización Sanitaria:	SEREMI:	
Copia fiel del documento original (Si/No):		Fecha copia notarial:	

CARACTERÍSTICA APT_r 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

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

CARACTERÍSTICA APT_r 1.2 / HALLAZGOS

APT_r 1.2 – Primer elemento medible: Se describen en documentos elaborados por la Unidad los siguientes procedimientos relacionados con el proceso de transfusión.

Unidad de Medicina Transfusional			
Nombre del documento:			
Fecha elab:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:

Elaborado por:				Aprobado por:			
El (los) documento (s) describe (n) los siguientes procedimientos y responsables: (Si/No)							
1. Determinación de grupos A, B, 0 y Rh - D y detección de anticuerpos irregulares (todos aquellos con significación clínica)				2. Eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión			
3. Condiciones de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos			4. Gestión del stock		5. Estudios de compatibilidad donante / paciente		6. Control A, B, 0 y Rh -D pre-transfusional
7. Administración de transfusiones		8. Vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos			9. Se han definido los responsables de su aplicación		
Breve descripción del contenido del documento:							

APTr 1.2 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Medicina Transfusional	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

APTr 1.2 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Medicina Transfusional	
Nombre documento	
Responsable medición	
Fuente primaria	
Fuente secundaria	
Periodo evaluado	
Metodología de medición	
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Unidad de Medicina Transfusional	
Mes /Año	
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas	
% Cumplimiento	
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Medicina Transfusional	
Describir constatación	
Mes /Año	
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas	
% Cumplimiento	
Observaciones:	

APTr 1.2 – Cuarto elemento medible: Se constata la existencia y vigencia de los siguientes registros.

Unidad de Medicina Transfusional	
Se constatan los siguientes registros y su vigencia: (Si/No)	
1. Calificación inmunohematológica	Vigente
2. Temperatura de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos	Vigente
3. Eliminación de componentes sanguíneos	Vigente
4. Estudios de compatibilidad	Vigente
5. Unidades de componentes sanguíneos transfundidos	Vigente
Observaciones:	

CARACTERÍSTICA APTr 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Unidad de Medicina Transfusional	1º EM:	2º EM:	3º EM:	4º EM:
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:		Cumple:	

CARACTERÍSTICA APTr 1.3 / HALLAZGOS

APTr 1.3 – Primer elemento medible: Existe un sistema de registro establecido de los componentes sanguíneos que permita su trazabilidad o seguimiento inequívoco desde el donante que lo origina hasta el receptor del componente específico.

Unidad de Medicina Transfusional	
Descripción del sistema de registro:	

APTr 1.3– Segundo elemento medible: Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Unidad de Medicina Transfusional	
Documento que designa nombramiento:	
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:
Elaborado por:	Aprobado por:
Nombre del responsable:	Profesión:
Cargo:	
Observaciones:	

APTr 1.3– Tercer elemento medible: Se constata trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Unidad de Medicina Transfusional		
Metodología de constatación:		
Nº	Registro revisado	Cumple trazabilidad
1		
2		
3		
4		
Observaciones:		

CARACTERÍSTICA APTr 1.3/ CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Unidad de Medicina Transfusional	1° EM:	2° EM:	3° EM:
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:	

SERVICIOS DE APOYO – ATENCIÓN DE DONANTES (APDs)

CARACTERÍSTICA APDs 1.1 / HALLAZGOS

APDs 1.1 – Primer elemento medible: Se describen en documentos elaborados por la Unidad los procedimientos de donación de sangre que abordan los siguientes aspectos.

Unidad de Atención de Donantes			
Nombre del documento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	Nº páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
El (los)documento (s) describe (n) los procedimientos de donación y contemplan al menos: (Si/No)			
1. Identificación y codificación del donante		2. Selección del donante	
3. Obtención de consentimiento informado		4. Extracción de sangre	5. Transporte de bolsas de sangre
6. Manejo de eventos adversos asociado a la donación		7. Se han definido los responsables de su aplicación	
Breve descripción del contenido del documento:			

APDs 1.1 – Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

Unidad de Atención de Donantes	
Nombre del indicador	
Fórmula matemática	
Umbral de cumplimiento:	Periodicidad de la evaluación:

APDs 1.1 – Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

Unidad de Atención de Donantes						
Nombre documento						
Responsable medición						
Fuente primaria						
Fuente secundaria						
Periodo evaluado						
Metodología de medición						
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en Unidad de Atención de Donantes						
Mes /Año						
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas						
% Cumplimiento						
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para Unidad de Atención de Donantes						
Describir constatación						
Mes /Año						
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas						
% Cumplimiento						
Observaciones:						

CARACTERÍSTICA APDs 1.1 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-N/A)	Unidad de Atención de Donantes	1° EM:	2° EM:	3° EM:
Umbral de la característica: ≥ 66%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:	Cumple:	

CARACTERÍSTICA APDs 1.2 / HALLAZGOS

APDs 1.2– Primer elemento medible: Existe un sistema de registro establecido de los componentes sanguíneos que permita su trazabilidad o seguimiento inequívoco desde el donante que lo origina hasta el receptor del componente específico.

Unidad de Atención de Donantes

Describir sistema de registro:

APDs 1.2 – Segundo elemento medible: Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Unidad de Atención de Donantes			
Documento que designa nombramiento:			
Fecha elaboración:	Fecha vigencia:	Versión:	N° páginas:
Elaborado por:		Aprobado por:	
Nombre del responsable	Profesión:	Cargo:	
Observaciones:			

APDs 1.2 – Tercer elemento medible: Se constata trazabilidad de los componentes sanguíneos.

Unidad de Atención de Donantes		
Metodología de constatación:		
N°	Registro revisado	Cumple trazabilidad
1		
2		
3		
4		
Observaciones:		

CARACTERÍSTICA APDs 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (1-0-NA)	Unidad de Atención de Donantes	1° EM:	2° EM:	3° EM:
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total:	Porcentaje obtenido:		Cumple:

CONCLUSIONES

El Prestador Institucional **XXXXXXXX XXXXXXXXX**, de acuerdo a su tipo y nivel de complejidad, fue evaluado con el “Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta”. De las **90** características contenidas en el estándar correspondiente, al Prestador le aplicaron **xx** características, **xx** obligatorias y **xx** no obligatorias.

CARACTERÍSTICAS OBLIGATORIAS			
Código	% umbral exigido	% cumplimiento	Estado
DP 1.1	SI		
DP 4.1	100%		
CAL 1.1	100%		
GCL 1.2	100%		
GCL 1.4	≥ 66%		
GCL 1.8	≥ 75%		
AOC 1.1	≥ 75%		
AOC 2.1	100%		
RH 1.1	≥ 75%		
RH 1.2	100%		
REG 1.1	100%		
EQ 2.1	100%		

CARACTERÍSTICAS NO OBLIGATORIAS			
Código	% umbral exigido	% cumplimiento	Estado
DP 1.2	100%		
DP 1.3	≥ 66%		
DP 2.1	≥ 80%		
DP 3.1	≥ 66%		
DP 4.2	≥ 75%		
DP 5.1	≥ 75%		
GCL 1.1	≥ 75%		
GCL 1.3	≥ 75%		
GCL 1.5	≥ 75%		
GCL 1.6	100%		
GCL 1.7	100%		

CARACTERÍSTICAS NO OBLIGATORIAS			
Código	% umbral exigido	% cumplimiento	Estado
GCL 1.9	≥ 75%		
GCL 2.1	100%		
GCL 2.2	≥ 75%		
GCL 3.1	100%		
GCL 3.2	≥ 75%		
AOC 1.2	≥ 75%		
RH 1.3	≥ 50%		
RH 2.1	100%		
RH 2.2	≥ 75%		
RH 3.1	≥ 50%		
RH 4.1	≥ 75%		
RH 4.2	≥ 75%		
REG 1.2	≥ 75%		
REG 1.3	≥ 50%		
REG 1.4	≥ 66%		
EQ 1.1	100%		
EQ 1.2	≥ 50%		
EQ 2.2	100%		
EQ 3.1	100%		
INS 1.1	≥ 80%		
INS 2.1	≥ 75%		
INS 2.2	≥ 75%		
INS 3.1	100%		
INS 3.2	≥ 75%		
APL 1.1	100%		
APL 1.2	≥ 75%		
APL 1.3	≥ 75%		
APL 1.4	100%		
APL 1.5	100%		
APF 1.1	100%		
APF 1.2	≥ 60%		
APF 1.3	≥ 66%		
APF 1.4	≥ 50%		
APF 1.5	100%		
APE 1.1	100%		
APE 1.2	100%		
APE 1.3	≥ 66%		
APE 1.4	≥ 66%		
APE 1.5	≥ 66%		
APT 1.1	100%		
APT 1.2	100%		
APD 1.1	100%		
APD 1.2	≥ 66%		
APD 1.3	≥ 66%		
APD 1.4	≥ 66%		
APR 1.1	100%		
APR 1.2	100%		
APR 1.3	≥ 66%		
APR 1.4	≥ 75%		
APA 1.1	100%		
APA 1.2	≥ 66%		
APA 1.3	100%		
APA 1.4	100%		
APQ 1.1	100%		
APQ 1.2	100%		
APQ 1.3	100%		
API 1.1	100%		
API 1.2	≥ 66%		
API 1.3	≥ 66%		

CARACTERÍSTICAS NO OBLIGATORIAS			
Código	% umbral exigido	% cumplimiento	Estado
APK 1.1	100%		
APK 1.2	≥ 75%		
APK 1.3	≥ 66%		
APTr 1.1	100%		
APTr 1.2	100%		
APTr 1.3	100%		
APDs 1.1	≥ 66%		
APDs 1.2	100%		

Resumen de cumplimiento de las características

Nº total de características obligatorias del estándar	12
Nº de características obligatorias aplicables al prestador	
Nº de características obligatorias cumplidas	
% de cumplimiento de características obligatorias	

Nº total de características del estándar	90
Nº total de características aplicables al prestador	
Nº total de características cumplidas	
% de cumplimiento de las características totales	

Presentados los antecedentes de la evaluación del Prestador **XXXXXXXX XXXXXXXX**, de acuerdo a los hallazgos, consideraciones y fundamentos expuestos y los resultados obtenidos, detallados en el presente informe, en concordancia con las reglas de decisión que se encuentran en las normas reglamentarias vigentes, dicho Prestador cumple con el **100%** de las características obligatorias que le aplican y con el **XX%** de la características globales que le aplican.

Por lo anterior, y considerando que para acreditar, la exigencia mínima del "Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada" (Aprobado mediante Decreto Exento N°18 del Ministerio de Salud), determinada para el primer proceso de acreditación es el cumplimiento del **100%** de las características obligatorias aplicables y el cumplimiento del **50%** de las características totales que le fueron aplicables al Prestador, la Entidad Acreditadora **XXXXX XXXXX**, en virtud de las facultades que la ley le otorga, determina que el Prestador Institucional **XXXXXXXX XXXXX**, se da por **ACREDITADO** por un plazo de 3 años, a contar de la fecha de emisión de la Resolución Exenta de la Intendencia de Prestadores.

COMENTARIOS:

OBSERVACIONES:

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL ENTIDAD ACREDITADORA:



Instructivo

**Formato de Informe de Acreditación
Atención Abierta**



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



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

INTRODUCCIÓN

En este documento se describirá los objetivos e información clara y concisa de cómo utilizar el nuevo Formato de Informe de Acreditación dirigido a las Entidades Acreditadoras. El instructivo contiene las cosas más relevantes para su confección, sin perjuicio de que el formato en sí, es auto explicativo, por lo que no requiere mayor análisis.

El Informe de la Entidad Acreditadora, además de cumplir todos los requisitos señalados en el Reglamento DS N° 15 del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, según el caso, detallará y fundamentará la forma en que se han dado por cumplidas cada una de las características y la forma en que se ha dado cumplimiento a las reglas de decisión precedentes.

De acuerdo a la Circular IP N° 21 del 3 de septiembre 2012, que imparte instrucciones a las entidades Acreditadoras sobre el Formato del informe de Acreditación;

“2.3. En la completación de los rubros titulados de las maneras en que a continuación se señalan, deberán ser llenados por parte de la Entidad Acreditadora de conformidad a las siguientes reglas:

2.3.4. En el rubro titulado “**Hallazgos**” deben describirse pormenorizadamente todos los hechos constatados por la Entidad, respecto de cada uno de los “Elementos Medibles” y en cada uno de los “Puntos de Verificación”, que al efecto se señalen en la respectiva Pauta de Cotejo del Manual correspondiente.

2.3.5. En el rubro titulado “**Consideraciones y Fundamentos**” deben señalarse los criterios objetivos y científicamente aceptados en virtud de los cuales la Entidad ha decidido determinar el cumplimiento o incumplimiento de cada una de las características evaluadas en el respectivo procedimiento de acreditación.

2.3.6. En el rubro “**Conclusiones**” la Entidad Acreditadora señalará cada una de las características del estándar que ha decidido dar por cumplidas, por no cumplidas y aquellas que son inaplicables al prestador evaluado, distinguiendo las que son de obligatorio cumplimiento, todo ello conforme lo dispongan las reglas de decisión establecidas en el Manual del respectivo Estándar. A continuación, describirá pormenorizadamente la forma en que ha aplicado tales Reglas de Decisión en el respectivo procedimiento de acreditación. Por último, formulará la declaración respecto de si el Prestador evaluado ha quedado o no acreditado respecto del Estándar aplicado y señalará el plazo de vigencia de dicha acreditación, conforme a las normas reglamentarias vigentes.

Es de mucha importancia consultar este instructivo antes y/o durante la visualización del formato word, ya que lo guiará en el ingreso de la información en él.

OBJETIVO DEL INSTRUCTIVO

El objetivo primordial de éste Instructivo es ayudar y guiar a las Entidades Acreditadoras, a utilizar el Formato de Informe de Acreditación, obteniendo la información necesaria para poder despejar dudas existentes respecto a la aplicabilidad de los diferentes Estándares de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud.

DIRIGIDO A

Este manual está orientado a Directores Técnicos y Evaluadores pertenecientes a las Entidades Acreditadoras autorizadas por la Intendencia de Prestadores.

DESARROLLO

El informe deberá ser entregado en letra verdana N° 8, y la información debe ser ingresada según corresponda a la característica evaluada. Si es necesario modificar o eliminar filas porque no aplican al Prestador evaluado, se podrá hacer sin que ello modifique el formato presentado.

Página 1

- **PRESTADOR EVALUADO:** Se refiere a los antecedentes generales del Prestador a quien se le va a aplicar el estándar. Incluye: Nombre, Rut, Nombre Representante Legal y Nombre del Director Técnico.
- **ENTIDAD ACREDITADORA:** Se refiere a los antecedentes generales de la Entidad Acreditadora que va a realizar la evaluación. Incluye: Nombre, Rut Entidad y Nombre Representante Legal:
- **DATOS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN:** Se refiere a los antecedentes generales del Proceso de acreditación: Número de solicitud; Fecha de inicio de la evaluación; Fecha de término de la evaluación; Fecha de emisión del informe; Fecha de emisión de informe corregido y Estándar Evaluado.
- **PERSONAL DE LA ENTIDAD ACREDITADORA QUE PARTICIPÓ EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN:** Nómina de los profesionales que participaron en la evaluación en terreno. Incluye: nombre completo, Rut, profesión y cargo en la entidad.
- **PERSONAL DEL PRESTADOR QUE PARTICIPÓ EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN:** Nómina de los funcionarios que participaron en la evaluación en terreno. Incluye: nombre completo, Rut, profesión y/o función y cargo en el prestador.

Página 2

- **PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA EVALUACIÓN:**
De acuerdo a la Circular IP N° 21 del 3 de septiembre 2012, numeral 2.3.2. "En el rubro titulado "Procedimientos" deben describirse las medidas adoptadas por la entidad para la realización del respectivo procedimiento de acreditación, señalando los objetivos de las mismas y los aspectos esenciales tratados en las reuniones que se hubieren efectuado con los evaluadores y con el prestador evaluado.

- **UNIDADES Y SERVICIOS CLÍNICOS DEL PRESTADOR:**

Nómina de la estructura del establecimiento evaluado que incluye la totalidad de las unidades o servicios presentes en él; ubicación-dirección; Diferencias pesquisadas en relación a la Autorización Sanitaria si existieran.

Ejemplo:

UNIDAD O SERVICIO	UBICACIÓN - DIRECCIÓN	Diferencia con Autorización Sanitaria
Anatomía Patológica	3° piso edificio A	Si, AS N° 1517 (1° piso edificio C)
Atención de Donantes	1° piso edificio A	No
Banco de Sangre	1° piso edificio A	No
Cardiovascular Pediatría	5° piso edificio C	No

Página 3

- **CARACTERÍSTICAS QUE NO LE APLICAN AL PRESTADOR:**

Debe consignar el Código de la Característica referida indicando breve fundamento de la no aplicabilidad.

Ejemplo:

Característica	FUNDAMENTO DE LA NO APLICABILIDAD
GCL 1.6	El Prestador no realiza cesáreas, no está dentro de las prestaciones otorgadas. Se constata con la revisión de AS, Ficha técnica, Autoevaluación y visita en terreno.

- **HALLAZGOS:**

Debe completar la información requerida en cada una de las celdas, según lo constatado en terreno, de acuerdo al estándar aplicado al Prestador.

Respecto de la **CARACTERÍSTICA DP 1.1**, Verifica existencia de carta de derechos y deberes de los pacientes, se evalúa según lo instruido por la Resolución Exenta N° 605 de septiembre de 2012, del MINSAL.

Documentos: La descripción del documento revisado, debe ser consistente con lo evaluado en terreno, debe dar cuenta de los criterios evaluados y el cumplimiento o incumplimiento de éstos. Si el Prestador presenta otras características particulares en su gestión documental, deben quedar consignadas en las celdillas. Por ejemplo el Prestador no tiene "resolución" y tiene "Código" en los documentos, en este caso deberá eliminar la palabra "resolución" y reemplazarla por "código".

Ejemplo:

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

Dirección o Gerencia		
Nombre del documento: "Procedimiento de gestión de reclamos"		
N° Resolución: 123	Versión: 2	Fecha: abril 2012
Elaborado por: Pedro Pérez J. Jefe Unidad Calidad	Aprobado por: Dra. María Araya, Directora Hospital	
Carácter institucional: SI	Fecha vigencia: 5 años	N° páginas: 1-15
Breve descripción del contenido del documento: "En el documento dice que existen dos vías de recepción de reclamos las que son a) buzón para sugerencias y reclamos y b) encuesta al egreso del paciente. Cada vez que el paciente o familiar requiere dejar un reclamo, felicitación o sugerencia debe acudir a los buzones disponibles donde encontrará formularios tipo en el cual puede registrar observaciones. Dichos formularios y buzones se encuentran en las siguientes dependencias: mesón de recepción de hall central, mesón de recepción sector UTI, hall de recepción segundo piso. Cada semana los días lunes y jueves, el coordinador de enfermería recolecta los		

formularios depositados en los buzones disponibles, dando lectura a ellos, clasificando y derivando al responsable si corresponde a dirección médica, gerencia de servicios clínicos y gerencia general. Desde cada área la respuesta generada (formal) se envía a gerencia de servicios clínicos y desde dicha gerencia se determinará la vía de respuesta, ya sea personal, por carta certificada o vía mail. Finalmente se entregará copia del documento de respuesta adjuntándolo al reclamo y se archivará. La institución ha definido un plazo máximo de respuesta de 10 días hábiles, esto de no ser suficiente con la intervención personal inmediata”.

En aquellas características que no son del ámbito de la revisión y validación de documentos, las características en sus diferentes elementos medibles, consideran una fila con un rubro de “Observaciones”, en esta al igual que lo que se espera de la fila de Breve descripción del contenido del documento, la entidad debe registrar todos aquellos antecedentes recopilados en los hallazgos y que son importantes para la determinación del cumplimiento o no cumplimiento de los elementos medibles.

- **CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS:**

Debe registrar en cada celdilla la información requerida, el punto de verificación donde se constató, el puntaje que obtiene el prestador en cada de los elementos medibles; 0 si no cumple, 1 si cumple y NA si no aplica; Debe consignar el porcentaje de cumplimiento exigido por la característica; el Puntaje total y el Porcentaje obtenido y finalmente si la característica cumple SI o NO.

Ejemplo: CARACTERÍSTICA DP 1.2 / CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

Puntaje asignado (0-1-NA)	Primer elemento medible	Segundo elemento medible	Tercer elemento medible
Dirección o Gerencia	1	1	
Sectores de Hospitalización			1
Sectores de Espera de Público			1
Urgencia			0
Umbral de la característica: 100%	Puntaje total: 4/5	Porcentaje obtenido: 80%	Cumple: NO

- **INDICADORES:**

En todas aquellas características que tienen indicador se deberá registrar: Punto de verificación; nombre del indicador, Fórmula matemática; Umbral de cumplimiento y Periodicidad de la evaluación, todos antecedentes respecto de la información proporcionada por el Prestador en terreno.

Ejemplo:

GCL 1.1 - Segundo elemento medible: Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.

PQ General	
Nombre del indicador	“Evaluación pre. Anestésica en pabellón quirúrgico”
Fórmula matemática	Número de pacientes intervenidos quirúrgicamente con evaluación pre-anestésica completa en el periodo / Número total de pacientes intervenidos quirúrgicamente en el período X 100
Umbral de cumplimiento: 90%	Periodicidad de la evaluación: Trimestral

- **Evaluación periódica de los Indicadores:**

En todas aquellas características que tienen indicador y se solicite la Evaluación periódica, se deberá registrar: Nombre del documento en que el prestador presenta dicha Evaluación ; Responsable de la Medición, Fuente Primaria; Fuente Secundaria; Periodo evaluado y Metodología de evaluación; todos antecedentes respecto de la información proporcionada por el Prestador.

Ejemplo:

GCL 1.1 - Tercer elemento medible: Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.

PQ General	
Nombre documento	"Informe Indicadores Segundo semestre 2013"
Responsable medición	Enfermera Supervisora de la Unidad de Pabellón
Fuente primaria	Pauta de Cotejo "Medición indicador Evaluación Pre anestésica"
Fuente secundaria	Hoja de Evaluación Pre anestésica en Ficha clínica
Periodo evaluado	julio 2013 - diciembre 2013
Metodología de medición	"En la sala de recuperación se revisa la ficha y que ésta venga acompañada de evaluación pre-anestésica, según calculadora de la Superintendencia de Salud, deben ser 35 mensuales. Los días martes y jueves, se revisan 5 fichas de pacientes operados entre las 12: 00 a las 14:00 horas. Los 5 ítems que deben estar correctos: Nombre y apellidos del paciente, Evaluación ASA, Plan anestésico, nombre y apellido del Médico y Firma del Médico".

- **Resultados entregados por el Prestador respecto de la Evaluación periódica de los Indicadores:** En todas aquellas características que tienen indicador y se solicite la Evaluación periódica, se deberá registrar: Punto de Verificación; Mes y año; Número de mediciones realizadas; Número de mediciones que cumplen y el Porcentaje de cumplimiento; todos antecedentes respecto de la información reportada por el Prestador.

Ejemplo:**Medición Mensual, CARACTERÍSTICA GCL 1.1**

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m) en PQ General						
Mes /Año	julio/2013	agos/2013	sept./2013	Oct./2013	Nov./2013	Dic./2013
Nº Evaluaciones pre-anestésicas cumplen/ Nº Total Evaluaciones pre-anestésicas	45	34	32	48	40	40
% Cumplimiento	100%	75%	91%	96%	100%	100%

Ejemplo:**Medición Trimestral, CARACTERÍSTICA GCL 1.1**

Mes /Año	III Trimestre/2013	IV Trimestre/2013
Nº Evaluaciones pre-anestésicas cumplen/ Nº Total Evaluaciones pre-anestésicas	110	128
% Cumplimiento	88%	98%

Ejemplo:**Medición Semestral en Re-Acreditación, CARACTERÍSTICA GCL 1.1**

Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (3a) en PQ General						
Mes /Año	I Semestre 2011	II Semestre 2011	I Semestre 2012	II Semestre 2012	I Semestre 2013	II Semestre 2013
Nº Evaluaciones pre-anestésicas cumplen/ Nº Total Evaluaciones pre-anestésicas	130	124	132	138	150	147
% Cumplimiento	100%	93%	100%	97%	100%	100%

- **Constatación del cumplimiento de la Evaluación de los Indicadores:**

En todas aquellas características que solicitan indicador y Evaluación periódica, se deberá describir la metodología utilizada por la EA, para verificar lo informado por el Prestador. Cabe señalar que la EA podrá revisar la totalidad de las fuentes de información o tomar una muestra de acuerdo a los procedimientos definidos previamente.

Ejemplo:

CARACTERÍSTICA GCL 1.1

Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ						
Describir constatación: "PQ General: Para constatar la medición del indicador, "Evaluación pre. Anestésica en pabellón quirúrgico", se revisan las pautas de cotejo utilizadas por la Enfermera de Pabellón para medir la EPA. Esta contiene los atributos definidos. Se verifica que mensualmente se aplicaron 5 pautas los días martes y jueves, en los horarios definidos. Las pautas revisadas tienen consignada fecha y hora. Se revisan las pautas aplicadas en los meses julio y octubre, esto según el procedimiento definido por la entidad, previamente."						
Mes /Año	Julio 2013	Octubre 2013				
Nº Pautas cumplidas / Nº Total Pautas	42 45	45 50				
% Cumplimiento	93%	90%				
Observaciones: El Prestador reporta un cumplimiento de 100% en el mes de julio 2013 y de 96% en el mes de octubre 2013. El Prestador no cumple con lo reportado, en los meses revisados.						

En todas aquellas características que solicitan "**se constate**", se deberá describir la metodología utilizada por la EA. Toda vez que la EA utilice una metodología distinta a la sugerida en las orientaciones de la SIS, deberá justificar y describir la metodología utilizada.

Ejemplo:

GCL 1.1 - Cuarto elemento medible: Se constata: presencia de evaluación pre anestésica en pacientes intervenidos.

PQ General		
Metodología de constatación: "Para constatar presencia de evaluación pre-anestésica en pacientes intervenidos (PQ General), se solicita al Prestador planilla Excel con las cirugías del pabellón central desde el 1º de febrero al 31 de julio año 2013, se aleatoriza las fichas utilizando las Orientaciones Técnicas contenidas en el caso Nº 1 del Oficio Circular IP Nº 2, de 2010, Se obtiene una muestra de 30 fichas que son solicitadas al prestador. Si las primeras 7 cumplen, se dan por cumplidas, utilizando los criterios de cumplimiento establecidos por el prestador".		
Atributo (s) de cumplimiento: Lo descrito en el documento institucional: Nombre y apellidos del paciente, Evaluación ASA, Plan anestésico, nombre y apellido del Médico y Firma del Anestésista.		
Nº fichas revisadas: 30	Nº fichas que cumplen: 30	% cumplimiento: 100%

En aquellos puntos de verificación donde no se lleve la medición del indicador y sea otro servicio el que realice la medición, la EA deberá registrar dicho lugar.

Ejemplo:

GCL 1.7 – Tercer elemento medible: Se constata constancia de la evaluación periódica

PQ	
Nombre documento	"Informe de Indicadores, Clínica Paris"
Responsable medición	Tecnólogo Médico de Banco de sangre

Fuente primaria	Ficha Clínica, Formulario de Indicación de Transfusión					
Fuente secundaria	Pauta de Cotejo Cumplimiento Indicación de Transfusión					
Periodo evaluado	julio a diciembre 2013					
Metodología de medición	El TM de Banco de sangre, aplica la Pauta de Cotejo al 100% de las Indicaciones de Transfusión, recibidas desde PQ. Trimestralmente envía a dicho servicio el informe con el cumplimiento del indicador.					
Resultados entregados por el Prestador para el periodo evaluado (6m / 3á) en PQ						
Trimestre /Año	III Trimestre 2013	IV Trimestre 2013				
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	71 83	54 61				
% Cumplimiento	85%	88%				
Constatación realizada por la EA, de acuerdo a los resultados entregados para PQ						
Describir constatación: En Banco de Sangre, se revisan las Pautas de cotejo utilizadas para la medición del indicador de Pabellón Quirúrgico.						
Trimestre /Año	III Trimestre 2013	IV Trimestre 2013				
N° Pautas cumplidas / N° Total Pautas	67 83	54 61				
% Cumplimiento	81%					
Observaciones:						

- En **CONCLUSIONES**, la EA deberá:
 - a) Completar los datos referentes al Prestador evaluado:

Ejemplo:

“El Prestador Institucional **Clínica Paris**, de acuerdo a su tipo y nivel de complejidad, fue evaluado con el “Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada”. De las 106 características contenidas en el estándar correspondiente, al Prestador le aplicaron **80** características, **26** obligatorias y **54** no obligatorias.

- b) Completar los datos solicitados en las 2 tablas correspondientes, incluyendo **todas** las características obligatorias y no obligatorias que aplican al Prestador evaluado:

Ejemplo:

CARACTERÍSTICAS OBLIGATORIAS			
Código	% umbral exigido	% cumplimiento	Estado
DP 2.1	≥ 80%	100	Cumple
CAL 1.1	100%	100	Cumple
CAL 1.2	≥ 80%	50	No Cumple
GCL 1.1	≥ 75%	83	Cumple

CARACTERÍSTICAS NO OBLIGATORIAS			
Código	% umbral exigido	% cumplimiento	Estado
DP 1.1	≥ 80%	100	Cumple
DP 1.2	100%	100	Cumple
DP 1.3	≥ 66%	50	No Cumple
DP 3.1	≥ 66%	75	Cumple

- c) Completar los datos solicitados en la tabla correspondiente al Resumen de cumplimiento de las características evaluadas:

Ejemplo:

Resumen de cumplimiento de las características

Nº total de características obligatorias del estándar	30
Nº de características obligatorias aplicables al prestador	26
Nº de características obligatorias cumplidas	26
% de cumplimiento de características obligatorias	100

Nº total de características del estándar	106
Nº total de características aplicables al prestador	80
Nº total de características cumplidas	70
% de cumplimiento de las características totales	87.5

- d) Completar los datos referentes al proceso de Acreditación:

Ejemplo:

“Presentados los antecedentes de la evaluación del Prestador **“Clínica Paris”**, de acuerdo a los hallazgos, consideraciones y fundamentos expuestos y los resultados obtenidos, detallados en el presente informe, en concordancia con las reglas de decisión que se encuentran en las normas reglamentarias vigentes, dicho Prestador cumple con el **100%** de las características obligatorias que le aplican y con el **87.5 %** de las características globales que le aplican.

Por lo anterior, y considerando que para acreditar, la exigencia mínima del “Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta” (Aprobado mediante Decreto Exento Nº18 del Ministerio de Salud), determinada para el primer proceso de acreditación, es el cumplimiento del 100% de las características obligatorias aplicables y el cumplimiento del 50% de las características totales que le fueron aplicables al Prestador, la Entidad Acreditadora **“Calidad”**, en virtud de las facultades que la ley le otorga, determina que el Prestador Institucional “Clínica Paris”, se da por ACREDITADO por un plazo de 3 años, a contar de la fecha de emisión de la Resolución Exenta de la Intendencia de Prestadores”.

- En **COMENTARIOS**, la EA podrá, si lo desea, escribir alguna reseña o acotación respecto del desarrollo del proceso de Acreditación y /o del prestador que ha sido evaluado.
- En **OBSERVACIONES**, la EA deberá describir de acuerdo a la Circular IP Nº 21 del 3 de septiembre 2012, numeral 2.3.7. “El rubro “Observaciones” solo será completado por la Entidad en el caso que el procedimiento de acreditación verse sobre la evaluación de un Estándar General y el resultado de la evaluación determinare que el prestador se encuentra en la situación prevista en el Artículo 28 del Reglamento del Sistema de acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, esto es, en situación de ser **acreditado con observaciones**, en virtud de la aplicación de las reglas de Decisión del manual correspondiente al estándar que haya sido aplicado en el respectivo procedimiento de acreditación. En dicho rubro la Entidad Acreditadora señalará todas las características incumplidas y solicitará al prestador que presente, en el plazo máximo de diez días hábiles, un plan de corrección de las deficiencias constatadas, acompañado de un cronograma para el cumplimiento de dicho plan, el que no podrá abarcar un lapso superior a los seis meses para tal efecto.

En estos casos, y en su informe, la Entidad Acreditadora advertirá al Prestador evaluado que ella aprobará o rechazará el plan de corrección antes referido, tomando siempre en consideración que dicho plan priorice el cumplimiento de las características incumplidas en el orden que señale la Circular de la Intendencia de Prestadores que regule dicha materia y que se encontrare vigente a la fecha del informe, normativa que la Entidad señalará explícitamente”.

- **FIRMA REPRESENTANTE LEGAL ENTIDAD ACREDITADORA**

La EA al finalizar la elaboración del Informe de Acreditación, deberá transformarlo a formato PDF, incluyendo luego la firma electrónica avanzada. La firma deberá quedar registrada al final del informe. Finalmente, cuando el informe cumpla con todos los requisitos exigidos debe ser remitido al correo electrónico de la Encargada de la Unidad de Fiscalización en Acreditación, Jeannette González Moreira, correo jgonzalez@superdesalud.gob.cl El informe no se debe enviar con copia a ningún otro correo de los funcionarios de la Intendencia de Prestadores, ni otro correo que no sea el de la Encargada de Unidad.

- **CONFIDENCIALIDAD DEL INFORME**

Para mantener y resguardar la confidencialidad de los informes de acreditación, éstos deben ser reportados, tal como se señaló en el párrafo precedente. Se recuerda que este documento tiene carácter confidencial, hasta que se cuenta con la versión final de éste, pasada la etapa de fiscalización y corrección pertinente. Luego de cumplida todas esas etapas, el informe es liberado en el Sistema de Acreditación y notificado al prestador correspondiente, junto con la Resolución Exenta IP, que señala que la entidad acreditadora correspondiente ha dado por acreditado o no acreditado al prestador, según corresponda.

INTENDENCIA DE PRESTADORES SUPERINTENDENCIA DE SALUD