

**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN**

 **ESTÁNDAR GENERAL**

 **DE ACREDITACIÓN DE**

 **SERVICIOS DE ESTERILIZACIÓN**

**(Formato aprobado por circular ip/N° 9, de fecha 03-09-2010)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **nOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO** | **rut** | **firma** |

dd - mm - año

**FORMATO PARA LA CONFECCIÓN DEL INFORME DE AUTOEVALUACIÓN para SERVICIOS DE ESTERILIZACIÓN**

**Aplicable al “Estándar General de Acreditación para Servicios de Esterilización”**

1. **Individualización y Caracterización General del Prestador Institucional**

**A-. Antecedentes del Prestador**

|  |
| --- |
| Nombre del Establecimiento: |
| RUT : |
| Dirección: |
| Comuna: Ciudad: |
| Región: |

**B-. AUTORIZACIÓN SANITARIA**

Registre los antecedentes solicitados en la siguiente tabla respecto a las resoluciones de autorización sanitaria de las instalaciones y/o equipos con que cuenta la institución, en caso de no contar con alguna de las individualizadas a continuación, informar No aplica (N/A), agregue aquellas instalaciones con las que cuente y no se encuentran en el listado.

**B.1. *INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N° resolución | Tipo de Prestador | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación |
|   |  | Otros (especifique) |   |   |   |
|   |  |  |   |   |   |
|   |  |  |   |   |   |

**B.2. *DIRECTOR TÉCNICO***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta |
|  |  |  |  |

***B.3. DEPENDENCIAS Y EQUIPAMIENTO***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Dependencia o equipamiento* | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Dirección o ubicación\* | Autoridad que la dicta | N/A |
| Esterilizador por Calor Seco |  |  |  |  |  |   |
| Esterilizador por Calor Húmedo |  |  |  |  |  |   |
| Esterilizados por Óxido de Etileno |  |  |  |  |  |   |
| Esterilizador por Plasma de Peróxido de Hidrógeno |  |  |  |  |  |  |
| Desinfección de Alto Nivel |  |  |  |  |  |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

**B.4. *OTRAS INSTALACIONES (ESPECIFIQUE)***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Unidades Autorizadas | N° resolución | Fecha | Autoridad que la dicta | Dirección o ubicación\* |
| Instalación y funcionamiento |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* Registre la dirección o ubicación que señale la Autorización Sanitaria vigente, en caso de no contar con dicha información en documento, consigne S/I (sin información)

**B.5. *señale soLicitudes DE MODIFICACIÓN de autorización sanitaria pendientes POR RESOLVER***

 ***(Incluya todas las solicitudes ingresadas a la SEREMI correspondiente y que se encuentran en trámite)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Modificación solicitada | Fecha solicitud | Autoridad Sanitaria |
|  |  |  |
|  |  |  |

**C-. Procesos Clínicos asociados a la seguridad del paciente**

Describa los seis (6) procesos de mayor relevancia clínica que se realizan en su institución, y si correspondiera, las medidas de mejora continua que ha implementado en ellos, desde la perspectiva de la seguridad de la atención:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N° | Proceso de relevancia clínica | Medida de mejora continua |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |

1. **Proceso de Autoevaluación**

**2.1 Cronología de eventos en los que se enmarcó LA PREPARACION DE LA INSTITUCION PARA EL proceso de autoevaluación**

2.1.1 Fecha de inicio de preparación de la institución

dd/mm/aaaa

para la solicitud de la acreditación:

dd/mm/aaaa

2.1.2 Fecha de inicio del último proceso de autoevaluación:

2.1.3 Fecha de término del último proceso de autoevaluación:

dd/mm/aaaa

dd/mm/aaaa

2.1.4 Fecha de confección del informe de la última

Autoevaluación

mm/ aaaa

2.1.5 Período de preparación estimado para solicitar la

Acreditación.

**2.2 Describa brevemente el plan de trabajo ejecutado por la institución para LA PREPARACION**

**Del proceso de autoevaluación**

|  |
| --- |
| **Breve reseña de la incorporación de la gestión de calidad en la institución (inicios, participación y compromiso del equipo directivo y personal de la institución)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Descripción del plan de trabajo para la preparación del proceso de autoevaluación** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## PROCESO DE autoevaluación RESPECTO DEL “ESTÁNDAR General de Acreditación DE SERVICIOS DE ESTERILIZACIÓN

## ÁMBITO: GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

***El prestador institucional cuenta con política y programa orientados a garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a los pacientes***.

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de este componente | Metodología de autoevaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| CAL 1  |  |  |  |

Respecto de la ***característica que es obligatoriadescriba*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| CAL 1.1 |  |

**ÁMBITO: GESTIÓN DE PROCESOS (GP)**

***El prestador institucional provee condiciones para la entrega de acciones de salud seguras.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de esta caracteristica | Metodología de autoevaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| GP 1  |  |  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| GP 1.1 |  |
| GP 1.2 |  |
| GP 1.3 |  |
| GP 1.4 |  |

## ÁMBITO: COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

***La atención de salud de los pacientes es realizada por personal que cumple con el perfil requerido, en términos de habilitación y competencias.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de esta característica | Metodología de autoevaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| RH 1.1 |  |  |  |
| RH 2.1 |  |  |  |
| RH 3.1 |  |  |  |
| RH 4.1 |  |  |  |
| RH 4.2 |  |  |  |

Señale las ***características que no aplican en este ámbito***, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |

## ÁMBITO: REGISTROS (REG)

***El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y administrativos de los pacientes.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de este componente | Metodología de autoevaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| REG 1.1  |  |  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| REG 1.1 |  |

## ÁMBITO: SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

***El equipamiento clínico cumple con las condiciones necesarias de seguridad para su funcionamiento y es operado de manera adecuada.***

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Componentes | Describa los resultados o situación observada en su evaluación respecto de cada característica | Metodología de evaluación utilizada | Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación |
| EQ 1.1 |  |  |  |
| EQ 2.1 |  |  |  |

Respecto de las ***características que le son obligatorias describa*** como se evidencia su cumplimiento para este ámbito.

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Descripción de las condiciones de cumplimiento** |
| EQ 2.1 |  |

1. **IDentificación de los profesionales de la instituciÓn que dirigen y participan en la preparaciÓn para el proceso de ACREDITACIÓN**

**A-.Nombre a los directivos que acompañaron la preparación de la institución para la acreditación, y a los profesionales y personal que participaron activamente en este proceso**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** | **Nombres** | **RUT** | **Profesión** | **Cargo o Función** | **Servicio o Unidad** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **si es pertinente Identifique la(s) entidades asesoras y/o profesionales externos que acompaÑaron a la institucion en los Últimos doce meses para la preparaciÓn deL PROCESO DE ACREDITACIÓN Y AUTOEVALUACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** | **Nombres** | **RUT** | **Profesión** | **Entidad Asesora** | **Período de asesoría** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **INDICADORES UTILIZADOS**

**SERVICIOS DE ESTERILIZACIÓN**

Informe los indicadores que su institución monitorea para las características que se señalan a continuación, que deben ser pertinentes para lo solicitado en la característica.

En caso de monitorear más de 1 indicador por característica, insertar dichos indicadores.

|  |  |
| --- | --- |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GP 1.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GP 1.2** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **REG 1.1** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |

1. **EVENTOS ADVERSOS**

**Mencione los eventos adversos que su institución tiene en su sistema de vigilancia activa para cada uno de los servicios o unidades que le aplican:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Unidad o Servicio** | **Eventos Adversos que se vigilan** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**8. CARTERA DE SERVICIOS**

**Mencione o anexe cartera de servicios de su Institución (productos o servicios del establecimiento de acuerdo al modelo de producción adoptado y definido)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**9. ORGANIGRAMA**

**Anexar organigrama del Establecimiento.**

**10. PLANOS O CROQUIS DEL ESTABLECIMIENTO**

**Anexar planos esquemáticos o croquis de la Institución, considerando las actuales instalaciones.**