

MANUAL DE ACREDITACIÓN DE PRESTADORES INSTITUCIONALES

ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN ABIERTA

Diciembre de 2007

DOCUMENTO PRELIMINAR

**Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente
Subsecretaría de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud**

INDICE

I.	Introducción.....	3
II.	Marco regulatorio	4
	a) <i>Marco legal</i>	4
	b) <i>Reglamento de acreditación</i>	7
III.	Requisitos para la acreditación.....	9
IV.	El proceso de acreditación.....	11
V.	Consideraciones generales sobre estándares, características y elementos medibles	13
	a) <i>Composición de los estándares e interpretación de resultados</i>	14
VI.	Estándares, verificadores y elementos medibles del sistema de acreditación	20
	1. ESTÁNDAR: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)	21
	2. ESTÁNDAR GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)	31
	3. ESTÁNDAR GESTIÓN CLINICA (GC)	34
	4. ESTÁNDAR ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)	42
	5. ESTÁNDAR COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)	49
	6. ESTÁNDAR REGISTROS (REG)	60
	7. ESTÁNDAR SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)	67
	8. ESTÁNDAR SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)	73
	9. ESTÁNDAR SERVICIOS DE APOYO (AP)	81
	Componente APL-1 Laboratorio clínico	82
	Componente APF-1 Farmacia	89
	Componente APE-1 Esterilización.....	97
	Componente APT-1 Transporte.....	99
	Componente APD-1 Diálisis	102
	Componente APR-1 Radioterapia	105
	Componente APA-1 Anatomía patológica	110
	Componente APQ-1 Quimioterapia	114
	Componente API-1 Imagenología.....	118
	Componente APK-1 Rehabilitación	123
	Componente APTr-1 Medicina Transfusional	125
	Componente APDs-1 Atención de Donantes	128

I. Introducción

En el marco de la Reforma de Salud, la ley de Autoridad Sanitaria N° 19.937¹ estableció que los prestadores institucionales de salud, para ser acreditados, deben cumplir estándares mínimos que garanticen la seguridad de las prestaciones que otorgan, siendo responsabilidad del Ministerio de Salud la elaboración de dichos estándares y sus criterios de verificación.

Este mandato lleva asociada, por tanto, la creación de un sistema de acreditación, que es el que permite la evaluación periódica del cumplimiento de los estándares mínimos de calidad definidos en el reglamento respectivo, por parte de los prestadores institucionales autorizados.

El presente manual de acreditación de prestadores institucionales de salud tiene como objetivo estandarizar la observación y medición de requisitos que se realiza durante el proceso de acreditación en terreno, disminuyendo así la variabilidad en la aplicación de los instrumentos, y otorgando objetividad y credibilidad al proceso. Asimismo, pretende orientar y proporcionar elementos prácticos a los prestadores institucionales para la preparación de la acreditación.

Por último, este manual constituye una guía acerca de las acciones que deben ser desarrolladas por los prestadores para preparar la acreditación, incluyendo la conformación y funcionamiento de equipos de trabajo orientados a esta tarea y la recopilación de la documentación requerida en el proceso.

¹ Publicada en el Diario Oficial el 24 de febrero del 2004

II. Marco regulatorio

Se presenta a continuación el marco normativo que regula la acreditación de prestadores institucionales. En anexo se incluye la versión completa del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, Decreto N° 15 de 2007, publicado en el Diario Oficial del 3 de julio de 2007.

a) **Marco legal**

1. La Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria, publicada en el Diario Oficial del 24 de Febrero de 2004, al modificar el Artículo 4° del Decreto ley N° 2.763, de 1979, estableció, en su nuevo numeral 12², la función y potestad del Ministerio de Salud de *“establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar”*, esto es, para los establecimientos de salud debidamente autorizados por los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud respectivos. Dicha legislación se encuentra actualmente refundida y sistematizada con los principales cuerpos legales emanados del Proceso de Reforma a la Salud en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial del 24 de abril de 2006.

2. La antedicha disposición legal define expresamente lo que debe entenderse por *“acreditación”*, señalando que *“se entenderá por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos señalados en el numeral anterior, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones”*. Esta norma hace referencia al numeral 11 del actual Artículo 4° del D.F.L. N° 1, de 2005, del MINSAL, el cual señala que el Ministerio de Salud deberá *“establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios”*, describiendo algunas de las características y contenidos de tales estándares mínimos, a saber:
 - que *“se fijarán de acuerdo al tipo de prestador institucional y a los niveles de complejidad de las prestaciones”*,
 - *“serán iguales para el sector público y el privado”*,
 - que se fijarán estándares *“respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones”*,

² Actual Artículo 4, N° 12, del D.F.L. N° 1, de 2005, MINSAL.

- así como que los estándares *“deberán ser establecidos usando criterios validados, públicamente conocidos y con consulta a los organismos técnicos competentes.”*
3. Asimismo, el N° 12 del Artículo 4° del actual DF L N° 1, ya citado, en su inciso segundo, encomienda a *“un reglamento del Ministerio de Salud”* la regulación de detalle del sistema de acreditación, fijándole algunos criterios básicos, tales como, que dicho reglamento deberá establecer *“la entidad o entidades acreditadoras, públicas o privadas”* encargadas de efectuar dichos procesos de evaluación, *“su forma de selección”* y *“los requisitos que deberán cumplir”* para ser autorizadas para ejercer tales funciones evaluadoras, así como también dicho reglamento deberá señalar *“las atribuciones del organismo acreditador en relación con los resultados de la evaluación; la periodicidad de la acreditación; las características del registro público de prestadores acreditados, nacional y regional, que deberá mantener la Superintendencia de Salud; los aranceles que deberán pagar los prestadores por las acreditaciones, y las demás materias necesarias para desarrollar el proceso.”*
 4. El antedicho marco legal del sistema de acreditación debe ser complementado por lo previsto en el Artículo 121³ del D.F.L. 1/2005 del MINSAL, antes referido, el cual establece las funciones y atribuciones de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud en materia de autorización de las personas jurídicas que acrediten a los prestadores de salud, de designación aleatoria de la entidad que desarrollará el proceso de acreditación, de fiscalización de las entidades acreditadoras respecto del cumplimiento de las normas que regulan los procesos de acreditación, así como de fiscalización de los prestadores institucionales acreditados respecto de la mantención del cumplimiento de los estándares por los que han sido acreditados. Por último dicha disposición establece la mantención por parte de la Superintendencia de Salud de un registro nacional y regional actualizado de los prestadores institucionales acreditados y de las entidades acreditadoras.
 5. De acuerdo a la ley, sólo pueden someterse a la acreditación aquellos establecimientos que se encuentran debidamente autorizados para funcionar por la autoridad sanitaria competente, esto es, -y a partir de la entrada en vigencia de la Ley N° 19.937- el Secretario Regional Ministerial de Salud, quien es considerado, en relación a esas materias, el continuador

³ Números 2° al 5° de dicho Artículo.-

legal de los Directores de los Servicios de Salud (quienes hasta antes de la Reforma poseían dicha atribución)⁴.

6. El proceso de acreditación es una opción voluntaria para el prestador. Sin embargo, debe tenerse presente que la Ley N° 19.966, que regula el Régimen General de Garantías, al establecer la Garantía Explícita de Calidad dispuso que ella consiste en el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por parte de un prestador acreditado⁵, en la forma y condiciones que señale el Decreto Supremo que establece y regula las Garantías Explícitas. Y el Artículo 24, inciso final, dispone que *“para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar acreditados en la Superintendencia de Salud.”* De modo que, a partir de la entrada en vigencia⁶ de la Garantía Explícita de Calidad del Régimen AUGE, sólo los prestadores institucionales que se encuentren acreditados podrán otorgar las prestaciones que contempla dicho régimen. Además, la aplicación del sistema de acreditación a los prestadores institucionales constituye un requisito exigido por la ley para que un establecimiento de salud dependiente de un Servicio de Salud adquiera la condición de Establecimiento de Autogestión en Red.⁷

⁴ Con fecha 8 de febrero de 2006 fueron publicados en el Diario Oficial los Decretos Supremos N° 152 y 141, ambos del MINSAL, mediante los cuales se introdujeron modificaciones, respectivamente, a los reglamentos sobre Hospitales y Clínicas (D.S. 161/82, MINSAL) y sobre Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía Menor (D.S. 283/97, MINSAL). A su vez, ambos decretos establecieron que los establecimientos públicos correspondientes a dichas categorías y que se encontraran “actualmente en funcionamiento” no requerirán de nueva autorización sanitaria “sin perjuicio de lo cual para los efectos de someterse al procedimiento de acreditación deberán demostrar previamente ante la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente” el cumplimiento de los requisitos de autorización sanitaria establecidos en tales reglamentos modificados.

⁵ Artículo 4°, letra b), Ley N° 19.966.-

⁶ De conformidad con el N° 2 del Artículo Tercero Transitorio de la Ley 19.966, la Garantía Explícita de Calidad “será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud”.

⁷ Artículo 37, letra b), D.F.L. N° 1/2005, MINSAL.

b) Reglamento de acreditación

1. Con fecha 3 de julio de 2007 fue publicado en el Diario Oficial el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, donde se desarrolla y completa el marco legal antes referido (Decreto Supremo N° 15, de 2007, del MINSAL).
2. El Reglamento se divide en siete Títulos:
 - a. Título I, contiene algunas definiciones operacionales básicas;
 - b. Título II, se refiere a los Estándares de Calidad,
 - c. Título III presenta la regulación de los requisitos y estructura de las Entidades Acreditadoras;
 - d. Título IV regula la tramitación y fija requisitos del proceso de acreditación,
 - e. Título V regula los aranceles que deben ser pagados a las Entidades Acreditadoras por los procesos de acreditación que ejecuten;
 - f. Título VI establece la fiscalización del cumplimiento de toda la normativa de acreditación,
 - g. Título VII está referido a la regulación de los registros públicos de entidades acreditadoras y de prestadores institucionales acreditados.⁸
3. Los principales desarrollos normativos de este reglamento se refieren a los siguientes aspectos:
 - a. Se explicita que los Estándares de Calidad serán establecidos mediante Decreto Supremo del Ministerio de Salud.
 - b. Distingue dos clases de estándares de calidad: “*estándares generales*” y “*estándares específicos*”. La validez y vigencia de la acreditación de estándares específicos depende de la existencia o subsistencia de la acreditación por el respectivo estándar general.
 - c. Se establece la posibilidad de que el prestador obtenga la calidad de acreditado con observaciones cuando los resultados del proceso de acreditación han sobrepasado el umbral que determina la no acreditación, pero no alcanzan para ser acreditado. La calidad de acreditado con observaciones se mantendrá mientras el prestador ejecuta un plan de corrección que debe materializarse en un plazo máximo de seis meses.

⁸ Ver en Anexo texto íntegro de este Reglamento.

d. La vigencia de la acreditación se fija en 3 años la que, si se hubiere solicitado la reacreditación oportunamente, se mantendrá vigente hasta por un plazo máximo de 5 años.⁹

e. Respecto de las Entidades Acreditadoras, el reglamento fija los requisitos para la obtención de su autorización para funcionar. En lo esencial, dichas normas exigen que la entidad que aspire a ser autorizada como acreditadora debe justificar ante la Superintendencia de Salud que posee las competencias técnicas imprescindibles para desarrollar adecuadamente la actividad acreditadora. Dicha autorización posee una vigencia de 5 años, es revocable y no se renueva automáticamente, debiendo, en el ínterin, informar a la Superintendencia sobre todo cambio relevante que sufra respecto de lo que fueron sus condiciones originales de autorización.

f. En su Título IV, el reglamento regula la solicitud de acreditación, la selección aleatoria de la entidad que la ejecutará y el proceso de acreditación en sí mismo.

g. Fija el monto de los aranceles que corresponda pagar a las entidades acreditadoras.

h. Establece que, en caso de no existir una entidad acreditadora autorizada para evaluar el estándar de que trate la solicitud, la acreditación deberá ser realizada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud correspondiente al territorio en que se emplaza el prestador.¹⁰

i. Establece que la función de la entidad acreditadora será la de contrastar las condiciones factuales del prestador con los estándares de calidad aplicables, a fin de determinar si los cumple o no.

j. En el Título VI se regula la fiscalización de las normas de este reglamento, la que será llevada a cabo tanto por la Superintendencia de Salud como por el Instituto de Salud Pública, según el tipo de prestador de que se trate.

k. Por último, el Título VII regula las características generales de los registros públicos, tanto de carácter nacional como regional, que la Superintendencia deberá mantener, tanto de las Entidades Acreditadoras como de los Prestadores Institucionales Acreditados.

⁹ Art. 7°.

¹⁰ Art. 21

III. Requisitos para la acreditación

El proceso de acreditación es administrado por la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud y se inicia con la solicitud que presenta un prestador institucional de salud. En ella el prestador informa sobre sus características institucionales, objetivo sanitario y nivel de complejidad de las prestaciones que realiza; asimismo establece el tipo de estándares de acreditación por los que desea ser evaluado, información necesaria para la selección de la entidad acreditadora y para fijar el monto que deberá pagar a la entidad acreditadora que le será asignada.

La solicitud del prestador es evaluada, verificándose que cumpla con los requisitos para postular a la acreditación. Estos requisitos son: encontrarse con su autorización sanitaria vigente y haber realizado, durante el año previo a la solicitud, un proceso de auto evaluación de la calidad en la institución.

Verificado que el prestador institucional cumple los requisitos para postular, se procede a la designación de la entidad acreditadora que realizará la acreditación. Este proceso de selección es aleatorio, teniendo todas las entidades acreditadoras, vigentes y elegibles en la Intendencia de Prestadores, la misma probabilidad de ser seleccionadas en el sorteo.

Al momento de inicio del proceso de acreditación el prestador solicitante paga a la entidad acreditadora seleccionada el 50% del arancel que se le calcule de acuerdo a la estructura de costo arancelario establecido en el reglamento, quedando el 50% restante para materializarse al término del proceso completo.

Son elegibles para el proceso de acreditación los prestadores institucionales que han cumplido los siguientes requisitos:

1. Han solicitado formalmente, a la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, ser sujetos del proceso de acreditación.

En la solicitud consta la clasificación del tipo de establecimiento (atención abierta o atención cerrada) y la complejidad de sus prestaciones para efectos de acreditación (alta, mediana o baja complejidad según los criterios establecidos en el reglamento). Según sea el caso, esta solicitud debe contener los problemas de salud GES que atenderá y los estándares específicos por los que solicita ser acreditado.

2. Tienen autorización sanitaria vigente, es decir han sido autorizados por la autoridad sanitaria respectiva con su rol asistencial y todas sus dependencias actuales.

La revisión del cumplimiento de este requisito considera la identificación del director técnico actual de la institución, la resolución de autorización sanitaria inicial de instalación y funcionamiento del establecimiento, y las resoluciones complementarias que dan cuenta de modificaciones a la autorización original, sea por ampliación del establecimiento o de prestaciones, cambio de director técnico, cierre de algún servicio o unidad, cambio de representante legal u otras.

3. Documentan que durante el año previo a la solicitud han realizado un proceso de auto evaluación de la calidad asistencial

La auto evaluación se define como un *“proceso periódico y documentado de evaluación de las actividades de mejoría continua de la calidad que realiza la misma entidad que pretende acreditarse en lo relacionado con la seguridad de las prestaciones que otorga, que involucra la globalidad de los procesos de relevancia clínica de la institución entre otros procesos críticos, aquellos por los que postula a ser acreditado”*. [11]. La auto evaluación puede ser realizada a través de entidades evaluadoras externas o localmente por profesionales de la misma organización.

El prestador institucional que desee optar a ser acreditado debe documentar que este proceso se llevó a cabo en un plazo no superior a un año antes de la solicitud de Acreditación.

El instrumento utilizado para realizar la auto evaluación debe contener como mínimo la evaluación de los mismos estándares que considera el presente documento. Los resultados de la auto evaluación deben estar consignados en un documento oficial de la institución que registre los estándares evaluados, las fechas entre las cuales se efectuó tal evaluación y sus responsables.

Para efectos de esta evaluación el prestador puede haber aplicado cualquiera de los programas de evaluación de la calidad asistencial actualmente usados en Chile, como el establecido en este manual, el Programa de Evaluación de Calidad de la Atención Primaria de Salud (PECAPS), así como los establecidos por la Asociación Chilena de Seguridad o la Joint - Comission.

¹¹ Art 2, inciso 2, de las Norma y Disposiciones Generales; Reglamento del Sistema de Acreditación de Prestadores Insitucionales, Publicado en el Diario Oficial 3 de julio del 2007.

IV. El proceso de acreditación

Una vez definida la entidad acreditadora que se hará cargo de la evaluación, ésta deberá fijar la fecha de inicio de la evaluación, siendo recomendable que consensúe con el prestador institucional un plan de trabajo y un cronograma de ejecución del proceso de acreditación, que permita completarlo dentro del plazo reglamentario máximo de 30 días hábiles. Con el fin que el prestador se prepare para el proceso de acreditación, es recomendable que la entidad acreditadora informe al prestador interesado los detalles del trabajo que realizará en terreno. Se espera que el prestador disponga oportunamente de los documentos que le serán solicitados y coordine con sus profesionales las visitas a terreno del equipo acreditador.

Como se observa en este manual, en algunos casos la verificación de elementos medibles se puede realizar en diferentes servicios o unidades de la institución en proceso de acreditación y es el equipo evaluador el que debe tomar las decisiones relativas al lugar más indicado para realizar la verificación. En esta decisión influyen a los menos dos variables: la complejidad de los servicios que ofrece el prestador y el volumen de prestaciones realizadas.

En la acreditación de los prestadores de atención abierta, es necesario evaluar los servicios con mayor riesgo de eventos adversos -pabellones quirúrgicos en el caso de alta complejidad o salas de procedimientos en el caso de baja complejidad- sin dejar de lado las prestaciones de menor complejidad pero que se producen en volúmenes importantes.

Una vez en terreno los profesionales de la entidad acreditadora deberán revisar documentos, visitar las diferentes dependencias, analizar datos de los sistemas de información disponibles, entrevistar a personas –funcionarios, usuarios, alumnos- y realizar otras actividades de verificación según lo indicado en este manual.

Es necesario señalar que el proceso de acreditación puede ser fiscalizado, en cualquier etapa o momento, por la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, o por el Instituto de Salud Pública, según la naturaleza del prestador. Estos últimos también podrán fiscalizar el proceso una vez terminado y recabar las opiniones, percepciones, y sugerencias de parte del prestador recién sometido al proceso de acreditación.

Como se señala en el reglamento, las designaciones aleatorias de entidades acreditadoras se realizará los primeros y terceros lunes de cada mes. El reglamento fija una serie de plazos a las diferentes etapas del proceso de acreditación, los que se presentan sintéticamente en la tabla siguiente. Es necesario señalar que estas etapas pueden superponerse, por ello es que los plazos señalados en la tabla son aproximados.

Inicio	Plazo aproximado	Término
Solicitud de acreditación	Máximo un mes	Designación aleatoria de la entidad acreditadora
Designación aleatoria de la entidad acreditadora	5 días	Entidad acreditadora acepta o rechaza su designación
Entidad acreditadora acepta su designación	15 días	Prestador a acreditar paga a la entidad acreditadora 50% del arancel fijado. Entidad acreditadora informa fecha de inicio del proceso
Entidad acreditadora informa fecha de inicio del proceso	Máximo 90 días	Inicio del proceso de acreditación
Inicio del proceso de acreditación	30 días (prorrogables por igual período)	Término del proceso de acreditación
Término del proceso de acreditación	5 días	Informe de acreditación Pago del 50% del arancel por parte del prestador sometido a acreditación
Si el prestador es acreditado con observaciones	10 días	Prestador acreditado con observaciones presenta plan de mejora a la entidad acreditadora
Prestador acreditado con observaciones presenta plan de mejora a la entidad acreditadora	5 días	Entidad acreditadora acepta o rechaza el plan de mejora e informa a la Intendencia de Prestadores

V. Consideraciones generales sobre estándares, características y elementos medibles

La acreditación es un proceso de evaluación periódico destinado a medir el grado de cumplimiento de las prácticas relacionadas con calidad de la atención en una institución determinada, comparándolas con un modelo aceptado convencionalmente como apropiado (estándar).

Los estándares de acreditación expresan la situación esperable en cuanto a prácticas de calidad de la institución de acuerdo al nivel de desarrollo del país y a lo determinado como “*apropiado*” por la autoridad correspondiente para otorgar prestaciones de salud seguras a los pacientes.

Los estándares se han definido de acuerdo a la información científica disponible, las normas vigentes y el consenso de especialistas,¹² y se orientan preferentemente a establecer los niveles mínimos de seguridad de la atención que se brinda a los pacientes. No constituyen un análisis detallado de todos los procesos ni atenciones realizadas al interior de la institución.

Los estándares abordan aspectos de estructura, procesos y resultados. El proceso de acreditación privilegia la evaluación de procesos y resultados por sobre los de estructura. Los estándares a ser evaluados en el proceso de acreditación son los siguientes:

1. Respeto a la dignidad del trato al paciente
2. Gestión de la calidad
3. Gestión clínica, o gestión de procesos, según sea el caso
4. Acceso, oportunidad y continuidad de la atención
5. Competencias del recurso humano
6. Registros
7. Seguridad del equipamiento
8. Seguridad de las instalaciones
9. Servicios de apoyo

¹² Los que según el tipo de prestador pueden ser: Anatomía Patológica, Diálisis, Esterilización, Farmacia, Imagenología, Laboratorio, Quimioterapia, Radioterapia, Transporte de Pacientes, Unidad de Atención de Donantes, Unidad de Medicina Transfusional, etc.

a) Composición de los estándares e interpretación de resultados

El proceso de acreditación requiere llegar a un nivel de análisis que permita verificar que las condiciones que hacen que se considere cumplido o incumplido un estándar lleguen a un nivel lo más desagregado u operativo posible.

Cabe destacar que los estándares se formulan como grandes declaraciones políticas con las que nadie podría estar en desacuerdo, de modo que cualquier gestor de salud a quien se le formulara la pregunta implícita en el estándar respondería afirmativamente. Distinto es medir el cumplimiento del estándar verificando que algunos elementos trazadores están vigentes en la institución.

1. El **estándar** se expresa como el “deber ser” de la institución prestadora respecto de la materia a que éste se refiere. A modo de ejemplo el Estándar 1: Respeto a la dignidad del trato al paciente se expresa como: *“la institución provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga”*. Puede apreciarse que esta formulación contiene un nivel de agregación de múltiples factores que hace difícil su cuantificación para fines de evaluación; por ello en un primer paso los estándares se desagregan en componentes.
2. Los **componentes** constituyen el primer nivel de desagregación del estándar y proveen una orientación más fina de los elementos de evaluación que interesan para verificar el cumplimiento del estándar. Los componentes se definen como grupos identificables de actividades que contribuyen en forma esencial a cumplir con la intención del estándar. Siguiendo con el ejemplo del Estándar 1: Respeto a la dignidad del paciente, los componentes son 5:
 - *El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno*
 - *Los pacientes son informados sobre las características de los procedimientos a los que serán sometidos, incluyendo sus potenciales efectos adversos, y se les solicita su consentimiento informado para someterse a ellos previo a su ejecución.*
 - *Respecto de los pacientes que participan en investigaciones en seres humanos desarrolladas en la institución, se aplican procedimientos para resguardar su derecho al consentimiento, la seguridad y la confidencialidad.*
 - *El prestador institucional cautela que las actividades docentes que se realizan en ella no afecten la seguridad ni las condiciones de trato a los pacientes.*
 - *El prestador institucional somete formalmente a evaluación ética las situaciones o eventos de esa índole que afectan la atención de los pacientes.*

Puede apreciarse que van surgiendo elementos de análisis que no eran explícitos en la formulación del estándar. Así, ahora queda más claro que se busca que los

pacientes siempre reciban un trato digno, que se les solicite su consentimiento informado, que se cumplan ciertos requisitos de trato a los pacientes cuando el prestador realiza docencia o investigación y que el prestador considere las cuestiones relativas a ética.

3. Un tercer paso de división es la definición de **características**. Mediante ellas se desagrega el componente en espacios menores de análisis, especificándose aún más lo que se busca evaluar. Siguiendo con el ejemplo, el componente “*El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno*” se descompone en las siguientes características¹³:
 - *Existe un documento de derechos explícitos (carta de derechos de los pacientes).*
 - *Existen políticas relativas a las condiciones de trato digno a los pacientes.*
 - *El prestador utiliza un sistema de gestión de reclamos.*
 - *Se aplica un programa de mejoría continua del trato al paciente*
4. Para comprobar que efectivamente la característica está presente en la institución el sistema define **verificadores**, y cada uno de ellos cuenta con **elementos medibles**. Verificador puede ser un instrumento de difusión, un plan, un programa, un sistema, un registro, un convenio, un documento u otro. Lo común de los verificadores es que son constatables y pueden ser observados por el evaluador en la visita.

Por su parte los elementos medibles son los requisitos que debe tener el verificador para ser considerado cumplido. En el ejemplo, el verificador de la característica “*Existe un documento de derechos explícitos*” es una carta de derechos de los pacientes donde debe establecerse como mínimo “*no discriminación, respeto a la privacidad y pudor de los pacientes, respeto a la confidencialidad, acompañamiento de los pacientes por parte de sus familiares e información oportuna y suficiente para los pacientes o responsables*”, todo lo cual constituye el primer elemento medible. Un segundo elemento medible es que este instrumento sea “*fácilmente accesible, legible y comprensible*”.

Los elementos medibles han sido agrupados en seis categorías o niveles de verificación. Cuando los seis niveles se cumplen significa que el prestador es capaz de demostrar que mantiene un sistema de evaluación periódica de sus acciones y que realiza acciones concretas de mejoría cuando los resultados de dicha evaluación son poco satisfactorios. En su forma más simple la exigencia se limita a que el prestador cumpla el nivel 1 o 2, documentando que existe un procedimiento establecido respecto a cierta materia y que existe al menos un responsable designado.

¹³ Para efectos de comprensión, el enunciado de las características se ha sintetizado en esta parte del documento

Los 6 niveles de verificación o cumplimiento son los siguientes:

VERIFICADOR XXX

Elementos medibles
1. Existe un documento escrito sobre ... (tema materia de la característica) y se han asignado funciones a responsables de su aplicación.
2. Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación del ... (tema materia de la característica), los indicadores a utilizar y las metas de cumplimiento.
3. Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.
4. Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación del ... (tema materia de la característica) y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.
5. Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones del seguimiento y evaluación del ... (tema materia de la característica)
6. Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)

La determinación del nivel de cumplimiento, se basa en la demostración de estos elementos durante el proceso de acreditación en terreno, o por medio de documentos válidos que hagan evidente que los aspectos que se evalúan se han producido o están presentes. No son aceptables como evidencia las descripciones verbales, declaraciones de cumplimiento u otros fundamentos no comprobables.

A continuación se describen los requerimientos que deben tener los elementos medibles para ser considerados cumplidos, en sus diferentes niveles.

1). Definición explícita del proceso institucional

Su cumplimiento implica que el prestador institucional dispone de documentación oficial, que establece, según sea el caso:

- Planes, programas u otros documentos que traducen una cierta política institucional.
- Recomendaciones de buenas prácticas o directrices respecto al tema (protocolos, guías clínicas, normas, reglamentos internos).
- Descripción de los procesos o procedimientos a seguir (manuales de procedimientos).
- El vínculo formal de la institución con entidades externas (convenios).

- En cualquiera de los documentos señalados anteriormente debe constar la asignación de responsabilidades en la materia objeto de evaluación.

Puede requerirse además el cumplimiento de algunos atributos específicos, por ejemplo, que el documento posea algunos contenidos o características mínimas. En tal caso, el evaluador debe verificar que todos los atributos mencionados se cumplan.

Adicionalmente, en algunos casos deberá evaluarse si los documentos en cuestión se encuentran fácilmente accesibles para los usuarios a los que están destinados (cuando su presencia física en el lugar puede ser importante para la seguridad de los pacientes), o si son conocidos por éstos.

2). Definición de programa de mejoría de calidad del proceso institucional

Su cumplimiento implica que el prestador institucional ha definido los responsables de la evaluación de calidad del proceso, los criterios o indicadores a utilizar y las metas de cumplimiento.

La evaluación de calidad puede efectuarse mediante indicadores de datos agregados, tanto de estructuras (por ejemplo, proporción del personal con capacitación actualizada), procesos (por ejemplo, proporción de cumplimiento de la norma), o resultados (por ejemplo, tasa de infecciones), o mediante otras formas de evaluación, como auditorías de eventos centinelas, o encuestas. El programa de evaluación debe especificar los métodos de muestreo, fuentes de datos, definiciones operacionales, periodicidad de las evaluaciones, y cómo se analizarán los datos. Las metas de cumplimiento o umbrales pueden ser cuantitativas (por ejemplo, un porcentaje mínimo de adherencia a la norma) o cualitativas (por ejemplo, una tendencia). La responsabilidad de evaluar el proceso está claramente definida y puede recaer sobre un funcionario involucrado directamente en el proceso -por ejemplo, en el jefe de la unidad donde se realiza- o en uno ajeno a él, por ejemplo, en una unidad de auditoría, una subdirección médica, o en alguien que cumple funciones de supervisión.

3). Evaluación de calidad del proceso institucional

Se verifica por la existencia de documentación escrita en la que consta que el establecimiento ha realizado una evaluación sistemática del proceso y que se arribó a conclusiones respecto a sus resultados. La evaluación puede haber dado lugar a un informe de formato tradicional, pero pueden considerarse aceptables otras modalidades de reporte menos estructurados, soluciones informáticas, u otras.

Las conclusiones deben especificar si los resultados observados ameritan la adopción de medidas de mejora.

4). Verificación de la evaluación de calidad en fuentes primarias y secundarias

Es importante que el evaluador pueda comprobar que los datos utilizados en la evaluación a la que alude el punto 3) son fidedignos y reflejan la condición del establecimiento durante el período evaluado. Para ello se recomienda revisar una muestra representativa de los registros originales utilizados en el período (por ejemplo, fichas clínicas, protocolos de procedimientos o cirugías, registros de actividades clínicas y no clínicas, registros computacionales), y/o en fuentes secundarias (informes parciales, pautas de supervisión, registros compilados, etc.), y comparar dichas observaciones con lo reportado en los informes de evaluación. En caso de detectarse errores o inconsistencias de importancia, no atribuibles al azar, el elemento debe considerarse no cumplido.

En Anexo 2 se entregan algunas orientaciones para el muestreo de este tipo de datos.

5). Retroalimentación de los resultados de la evaluación de calidad

Es sabido que la sola retroalimentación produce efectos positivos sobre quienes reciben información respecto a su desempeño. Por lo tanto, en muchos casos es importante verificar que los resultados y conclusiones de las evaluaciones de calidad hayan sido informados a quienes son responsables de ejecutar los procesos evaluados.

La retroalimentación puede darse en forma pasiva (por ejemplo, mediante la publicación de los resultados de la evaluación en un panel), o activa, en sesiones participativas.

6). Intervenciones de mejora de calidad

El ciclo de la calidad supone que el prestador ejecuta intervenciones de mejora de calidad cuando se detecta que los resultados de una evaluación indican que las prácticas en ese ámbito no han sido satisfactorias, ya sea porque hay elementos estructurales que corregir, procesos que enmendar, o hay desenlaces que se encuentran bajo un umbral aceptable por causas modificables.

La naturaleza de las intervenciones correctivas es muy variable y se deben analizar caso a caso. Es importante sin embargo que el evaluador verifique que ellas son consistentes con las conclusiones a las que llegó el prestador al momento de evaluar sus prácticas, y que efectivamente fueron ejecutadas localmente.

VI. Estándares, verificadores y elementos medibles del sistema de acreditación

1. ESTÁNDAR RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)
2. ESTÁNDAR GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)
3. ESTÁNDAR GESTIÓN CLINICA (GC)
4. ESTÁNDAR ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)
5. ESTÁNDAR COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)
6. ESTÁNDAR REGISTROS (REG)
7. ESTÁNDAR SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)
8. ESTÁNDAR SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)
9. ESTÁNDAR SERVICIOS DE APOYO (AP)

1. ESTANDAR: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

La institución provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga.

Lugares de verificación

- Dirección y/o gerencia del prestador.
- Sectores de acceso y espera de público: seleccionar una muestra representativa del quehacer institucional. Si son más de tres, evaluar los tres con mayor flujo de pacientes.
- Sector de consultas y boxes de atención: seleccionar una muestra representativa del quehacer institucional. Si son más de tres, evaluar los tres con mayor flujo de pacientes.
- Pabellón de cirugía mayor ambulatoria, según corresponda.
- Salas de procedimiento, según corresponda.
- Servicios de urgencia.
- Sectores de atención odontológica.
- Servicios de apoyo con atención directa de pacientes, según corresponda:
 - Farmacia
 - Transporte
 - Diálisis
 - Radioterapia
 - Quimioterapia
 - Imagenología
 - Unidades de Medicina Transfusional
 - Unidades de Atención de Donantes
 - Kinesioterapia y rehabilitación

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Información general
- Carta de derechos de los pacientes.
- Carta de aprobación de las investigaciones en curso por un comité de ética.
- Convenios docente asistenciales.
- Informes de evaluación:
 - Sistema de gestión de reclamos.
 - Programa de mejoría continua del trato al paciente y usuario.
 - Medición de la percepción de los usuarios.
 - Cumplimiento de la normativa de consentimiento informado.
 - Evaluación de actividades docente asistenciales.

Componente DP-1 La institución cautela que el paciente reciba un trato digno.

Característica

DP 1.1 Existe una definición de derechos explícitos, que se incorporan a las obligaciones jurídicas que la institución adquiere para con cada uno de sus pacientes, y que es informada por medios constatables a los pacientes que ingresan al establecimiento. Dicha Carta de Derechos consagra y regula adecuadamente el respeto de, a lo menos, los siguientes derechos:

- No discriminación por razones de sexo, orientación sexual, etnia, raza, religión, condición física o mental, nivel socioeconómico, ideología, afiliación política o sindical, cultura, nacionalidad, edad, información genética u otras.
- Respeto a la privacidad y el pudor
- Respeto a la confidencialidad de la ficha clínica y demás datos personales sensibles
- Acompañamiento de familiares o cercanos durante el proceso de atención
- Información sobre la condición de salud al paciente o responsables

Verificador: Carta de derechos de los pacientes

Elementos medibles DP 1.1	Sector de acceso y espera de público 1	Sector de acceso y espera de público 2	Sector de acceso y espera de público 3	Servicio de Urgencia
Existe instrumento de difusión que incluye los derechos mínimos relativos a: - No discriminación - Respeto a la privacidad y pudor - Respeto a la confidencialidad - Acompañamiento a los pacientes - Información al paciente o responsables	✓	✓	✓	✓
El instrumento es fácilmente accesible, legible y comprensible	✓	✓	✓	✓

Característica

DP- 1.2 Existe un sistema de gestión de reclamos.

Verificador: Sistema de Gestión de Reclamos

Elementos medibles DP 1.2	Dirección o gerencia del prestador	Sector de consultas y boxes de atención	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Toma de muestras	Dental	Servicios de apoyo	Servicio de urgencia
Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación del proceso que siguen los reclamos, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento	✓							
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación del proceso que siguen los reclamos, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existe un informe que da cuenta del seguimiento y la evaluación, que incluye un análisis de los resultados y las decisiones adoptadas al respecto. Se considera al menos: evaluación por áreas, análisis de causas principales y oportunidad de respuesta.	✓							
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones del seguimiento y evaluación de los reclamos.		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Característica

DP 1.3 Se aplica un programa de mejoría continua del trato al paciente y usuarios que abarca al menos la evaluación del efectivo respeto y cumplimiento de los derechos mínimos antes señalados y cuya evaluación incluye mediciones de la percepción de los pacientes y demás usuarios respecto a ellas.

Verificador: Programa de mejoría continua del trato al paciente y usuario

Elementos medibles DP 1.3	Dirección o gerencia del prestador	Sector de consultas y boxes de atención	Pabellones de CMA	Salas de procedimientos	Toma de muestras	Dental	Servicios de apoyo	Servicio de urgencia
Se han definido los responsables de la evaluación del proceso, los indicadores a utilizar y las metas de cumplimiento. La evaluación incluye al menos el respeto y cumplimiento de los derechos mínimos relacionados con: no discriminación, privacidad y pudor, confidencialidad, acompañamiento e información.	✓							
Existe constancia de que se ha ejecutado el proceso de evaluación, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados de percepción de los usuarios y las decisiones adoptadas al respecto	✓							
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se ha ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias).		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Componente DP-2 Los pacientes son informados sobre las características de los procedimientos a los que serán sometidos, incluyendo sus potenciales efectos adversos, y se les solicita su consentimiento para someterse a ellos previo a su ejecución

Característica

DP-2.1 Se utilizan documentos estándar para el otorgamiento del consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo, se evalúa periódicamente el cumplimiento de la normativa al respecto y se realizan intervenciones en caso que el cumplimiento no sea el esperado.

Verificador: Consentimiento informado

Elementos medibles DP-2.1	Dirección o gerencia del prestador	Pabellones de CMA	Salas de procedimientos
Existe un procedimiento explícito para la obtención del consentimiento informado que especifica: Casos en que debe requerirse (intervenciones de mayor riesgo) Procedimiento en los casos de los menores de edad, y de las personas con dificultades de entendimiento o con alteración de conciencia.	✓		
Los documentos de consentimiento informado especifican los objetivos del procedimiento, sus características, sus potenciales efectos adversos, los resguardos que debe adoptar el paciente para minimizar dichos riesgos e identifican al responsable del procedimiento.	✓		
Se han definido los responsables de la evaluación del proceso, los indicadores a utilizar y las metas de cumplimiento.	✓		
Existe constancia de que se ha ejecutado el proceso de evaluación, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias. Se verifica la presencia de consentimiento informado en las fichas clínicas de los pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos y terapéuticos seleccionados e intervenciones quirúrgicas mayores.	✓	✓	✓
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓		
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.		✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias).		✓	✓

Componente

DP-3 Respetto de los pacientes que participan en investigaciones en seres humanos desarrolladas en la institución, se aplican procedimientos para resguardar su derecho al consentimiento, la seguridad y la confidencialidad.

Característica

DP-3.1 Las investigaciones en seres humanos realizadas en la institución han sido previamente evaluadas y aprobada su ejecución por un comité de ética.

Verificador: Aprobación ética de investigaciones en seres humanos

Elementos medibles DP 3.1	Dirección o gerencia del prestador
Norma local que obliga a someter a aprobación todas las investigaciones que se realicen dentro de la institución.	✓
Registro de investigaciones en curso al interior de la institución, aprobadas por un comité de ética y autorizadas por el prestador.	✓

Tipo de característica: No observable

Característica

DP-3.2 Los estudios de intervención (ensayos clínicos) se realizan con los debidos resguardos para la detección y tratamiento oportuno de los eventos adversos asociados a las intervenciones investigadas.

Verificador: Sistema de monitoreo de los eventos adversos de las investigaciones

Elementos medibles DP 3.2	Dirección o gerencia del prestador
Se ha definido los responsables del monitoreo, umbrales y criterios de interrupción de los ensayos que se realicen en la institución.	✓
Existe constancia de que se ha ejecutado el monitoreo, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓

Componente

DP-4 La institución cautela que las actividades docentes que se realizan en ella no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los pacientes.

Característica

DP-4.1 Las actividades docentes se regulan mediante convenios docente asistenciales y un marco reglamentario suficiente que contempla al menos:

- Protección de la seguridad de los pacientes
- Respeto a los derechos y demás condiciones de trato digno al usuario definidas por la institución
- Respeto a la confidencialidad de los datos de los pacientes
- Consentimiento de los pacientes para los procedimientos de mayor riesgo
- Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente.

Verificador: Regulación de actividades docentes

Elementos medibles DP 4.1	Dirección o gerencia del prestador	Sector de consultas y boxes de atención	Pabellones de CMA	Sector de procedimientos	Dental	Servicios de apoyo	Servicio de urgencia
Existe un convenio docente asistencial que cumple requisitos mínimos.	✓						
Se han establecido normas sobre los procedimientos que pueden ejecutar los alumnos según carrera y nivel de formación, y el nivel de supervisión requerido en cada caso.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación del convenio y las normas, los indicadores a utilizar y las metas de cumplimiento	✓						

Elementos medibles DP 4.1	Dirección o gerencia del prestador	Sector de consultas y boxes de atención	Pabellones de CMA	Sector de procedimientos	Dental	Servicios de apoyo	Servicio de urgencia
<p>Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación del convenio y las normas, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias:</p> <p>Existe registro de participación de alumnos en: ficha clínica, protocolos operatorios y de procedimientos y son concordantes con las normas establecidas.</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<p>Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.</p>	✓						

Componente

DP-5 El prestador institucional somete formalmente a evaluación ética las situaciones o eventos de esa índole que afectan la atención de los pacientes.

Característica

DP- 5.1 El prestador institucional dispone de, o tiene acceso a, un comité de ética donde se resuelven las materias de orden ético que se suscitan como consecuencia de la labor asistencial.

Verificador: Identificación de comité de ética y evaluaciones realizadas.

Elementos medibles DP 5.1	Dirección o gerencia del prestador
Existe norma local que define los casos que deben someterse a evaluación ética.	✓
Identificación formal del comité de ética de que dispone o al que puede acceder el prestador.	✓
Registro de casos sometidos al comité de ética y su resultado.	✓

2. ESTÁNDAR GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

El prestador institucional cuenta con políticas y programas orientados a garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a los pacientes.

Lugares de verificación

- Dirección y/o gerencia del prestador.
- Sector de consultas y boxes de atención: seleccionar una muestra representativa del quehacer institucional. Si son más de tres, evaluar los tres con mayor flujo de pacientes.
- Pabellón de cirugía mayor ambulatoria, según corresponda.
- Salas de procedimiento, según corresponda.
- Servicios de urgencia.
- Sectores de atención odontológica.
- Servicios de apoyo.

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Política y programa de calidad
- Programa de difusión de objetivos, metas y evaluaciones de la política de calidad

Componente

CAL-1 El prestador institucional cuenta con políticas de calidad de nivel estratégico y ejecuta un programa de mejoría continua de la calidad.

Característica

CAL-1.1 Existe una política explícita de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye objetivos y metas anuales, las que son conocidas por el personal.

Verificador: Programa de mejoría continua de la calidad

Elementos medibles CAL-1.1	Dirección o gerencia del prestador	Sector de consultas y boxes de atención	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Toma de muestras	Dental	Servicios de apoyo	Servicio de urgencia
Existe un documento que describe la política de calidad institucional y un responsable de su aplicación, con formación o experiencia demostrable en calidad.	✓							
Los términos de referencia del responsable especifican: a) Responsabilidades b) Funciones c) Horas asignadas d) Requisitos de capacitación y/o experiencia e) Quién reemplaza la función en ausencia del titular	✓							
Cuenta con un programa de calidad que establece al menos: - Áreas prioritarias - Indicadores y metas de cumplimiento	✓							

Elementos medibles CAL-1.1	Dirección o gerencia del prestador	Sector de consultas y boxes de atención	Pabellones de CMA	Salas de procedimientos	Toma de muestras	Dental	Servicios de apoyo	Servicio de urgencia
Se ha realizado difusión de la política y programa de calidad y sus responsables son conocidos en las unidades del establecimiento.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existen responsables de dirigir y evaluar las actividades de mejoría continua de la calidad en cada uno de los servicios clínicos y de apoyo, y están definidas sus funciones específicas al respecto.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y la evaluación del programa, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existe un informe que da cuenta de la evaluación anual, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓							
Se ha retroalimentado a los involucrados con los resultados y conclusiones del seguimiento y evaluación de la política y programa de calidad.		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

3. ESTÁNDAR GESTIÓN CLINICA (GC)

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

Lugares de verificación

- Dirección y/o gerencia del prestador.
- Sectores de acceso y espera de público: seleccionar una muestra representativa del quehacer institucional. Si son más de tres, evaluar los tres con mayor flujo de pacientes.
- Sector de consultas y boxes de atención: seleccionar una muestra representativa del quehacer institucional. Si son más de tres, evaluar los tres con mayor flujo de pacientes.
- Pabellón de cirugía mayor ambulatoria, según corresponda.
- Salas de procedimiento, según corresponda.
- Servicios de urgencia.
- Sectores de atención odontológica.

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Programas de calidad en gestión clínica
- Informes de evaluación

Componente GCL -1

GCL-1 El prestador institucional cuenta con un sistema de evaluación de las prácticas clínicas.

Característica

GCL-1.1 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Proceso anestésico.

Verificador: programa de mejoría de proceso anestésico

Elementos medibles GCL-1.1	Dirección o gerencia del prestador	Pabellones de CMA	Salas de procedimientos
Existen protocolos explícitos respecto al proceso anestésico, que incluyen al menos: - Tipos de anestesia - Indicación - Procedimiento de evaluación pre y post-anestésica	✓		
Se han definido los responsables de la evaluación del proceso, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento.	✓		
Existe constancia de que se ha ejecutado el proceso de evaluación, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓	✓	✓
Se verifica la presencia de evaluación anestésica en las fichas clínicas de los pacientes.			
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓		
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.		✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias).		✓	✓

Característica

GCL-1.2 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Proceso quirúrgico.

Verificador: programa de mejoría de proceso quirúrgico

Elementos medibles GCL-1.2	Dirección o gerencia del prestador	Pabellones de CMA	Dental	Salas de procedimientos
Existen protocolos explícitos respecto al proceso quirúrgico, que incluyen al menos: - Requisitos según tipo de cirugía - Criterios para optar a cirugía mayor ambulatoria	✓			
Se han definido los responsables de la evaluación del proceso, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento.	✓			
Existe constancia de que se ha ejecutado el proceso de evaluación, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓	✓	✓	✓
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓			
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.		✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias).		✓	✓	✓

Característica

GCL-1.3 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Atención de enfermería.

Verificador: programa de mejoría de la atención de enfermería

Elementos medibles GCL-1.3	Dirección o gerencia del prestador	Pabellones de CMA	Salas de procedimientos	Servicio de urgencia
Existen protocolos explícitos respecto a la atención de enfermería, que incluyen al menos: <ul style="list-style-type: none"> - Curaciones - Instalación CUP - Instalación de vía venosa - Inmunizaciones - Nebulizaciones 	✓			
Se han definido los responsables de la evaluación del proceso, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento.	✓			
Existe constancia de que se ha ejecutado el proceso de evaluación, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓		✓	✓
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓			
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.			✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias).			✓	✓

Característica

GCL-1.4 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación y control del dolor.

Verificador: programa de mejoría de la evaluación y control del dolor

Elementos medibles GCL-1.4	Dirección o gerencia del prestador	Pabellones de CMA	Salas de procedimientos	Dental	Servicio de urgencias
Existen protocolos explícitos respecto al manejo del dolor.	✓				
Se han definido los responsables de la evaluación del proceso, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento.	✓				
Existe constancia de que se ha ejecutado el proceso de evaluación, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓	✓	✓	✓	✓
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓				
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.		✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias).		✓	✓	✓	✓

Característica

GCL-1.5 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Uso medicamentos de alto riesgo.

Verificador: programa de mejoría del uso de medicamentos de alto riesgo

Elementos medibles GCL-1.5	Dirección o gerencia del prestador	Sector de consultas y boxes de atención
Existen protocolos explícitos respecto al uso de medicamentos de alto riesgo, que incluyen al menos: <ul style="list-style-type: none"> - anticoagulantes - hipoglicemiantes - anticonvulsivantes - psicotrópicos - corticoides 	✓	
Se han definido los responsables de la evaluación del proceso, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento.	✓	
Existe constancia de que se ha ejecutado el proceso de evaluación, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓	✓
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.		✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias).		✓

Componente GCL -2

GCL -2 El prestador institucional cuenta con programas para prevenir la ocurrencia de eventos adversos (EA)¹⁴ asociados a la atención de los pacientes

Característica

GCL-2.1 Se aplica un programa de vigilancia y prevención de los eventos adversos (EA) asociados a la atención

Verificador: Programa de vigilancia y prevención de los eventos adversos

Elementos medibles GCL 2.1	Dirección o gerencia del prestador	Sector de consultas y boxes de atención	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Toma de muestras	Dental	Servicio de urgencia
Existen protocolos explícitos respecto a la vigilancia y prevención de los EA asociados a la atención que contemplan al menos: - muertes inesperadas - reclamos por EA - errores quirúrgicos - EA mayores asociados a la cirugía - EA mayores asociados a procedimientos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existen registros implementados y en uso de eventos centinela.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existe una auditoría de cada EA centinela que contempla al menos un análisis formal del EA, calificación de prevenible o no y una reunión de difusión con los involucrados en los casos prevenibles	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Se han realizado intervenciones de mejoría para prevenir EA en base a los resultados de la auditoría, en los EA auditados considerados prevenibles	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Tipo de característica: No observable

-
- ¹⁴ Evento adverso (EA): incidente no intencional que pudo disminuir o disminuyó el margen de seguridad para el paciente
 - EA prevenible: aquel en el cual su ocurrencia fue motivada por la omisión de parte o la totalidad de las medidas diseñadas y conocidas previamente para evitar que éste sucediera.
 - EA mayor: aquel que causó la muerte de paciente o puso en grave riesgo la vida de éste o ameritó terapia específica en UCP.

Componente GCL-3

GCL-3 El prestador institucional ejecuta un Programa de Prevención y Control de Infecciones de acuerdo a orientaciones técnicas vigentes del MINSAL.

Característica

GCL-3.1 Se aplica un Programa de Prevención y Control de Infecciones de acuerdo a orientaciones técnicas vigentes del MINSAL.

Verificador: Programas de prevención y control de infecciones

Elementos medibles GCL 3.1	Dirección o gerencia del prestador	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Toma de muestras	Dental	Servicio de urgencia
Normativa de prevención de infecciones al menos infecciones de herida operatoria, esterilización desinfección, infecciones respiratorias pediátricas y técnica aséptica	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sistema de vigilancia de infecciones de herida operatoria que especifique procedimientos y criterios de notificación.	✓					
Programa de supervisión aplicado el último año de la normativa de infecciones.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Programa de Intervención de acuerdo a análisis de resultados.	✓	✓	✓	✓	✓	✓

4. ESTÁNDAR ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)

El prestador institucional posee una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus pacientes, en forma oportuna, expedita y coordinada, tomando en consideración prioridades dadas por la gravedad de los cuadros clínicos y la presencia de factores de riesgo¹⁵.

Lugares de verificación

- Dirección y/o gerencia del prestador.
- Sectores de acceso y espera de público
- Sector de consultas y boxes de atención
- Pabellón de cirugía mayor ambulatoria, según corresponda.
- Salas de procedimiento, según corresponda.
- Servicios de urgencia.
- Sectores de atención odontológica.
- Servicios de apoyo: imagenología, laboratorio, anatomía patológica, unidades de sangre.

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Protocolos de atención de situaciones de urgencia en sectores de atención de público
- Protocolo de triage e informes de evaluación del sistema de triage
- Protocolo de priorización e informes de evaluación del sistema de priorización de listas de espera
- Protocolo de notificación de exámenes alterados e informes de evaluación del proceso de notificación
- Protocolo de derivación de pacientes con complicaciones e informes de evaluación del proceso de derivación
- Protocolo de entrega de turnos e informes de evaluación del proceso de entrega

¹⁵ Para estos efectos, se consideran como factores de riesgo los que se asocian a aumento de la morbilidad o mortalidad.

Componentes:

AOC-1 La atención se realiza según criterios de acceso y oportunidad relacionados con la gravedad y el nivel de riesgo de los pacientes.

Característica

AOC-1.1 Se utilizan procedimientos explícitos para proveer atención inmediata a los pacientes en situaciones de urgencia con riesgo vital dentro de la institución.

VERIFICADOR: Protocolo de atención o algoritmo de decisión de atención.

Elementos medibles AOC-1.1	Sectores de acceso y espera de público	Sector de consultas y boxes de atención	Sectores de Procedimientos
El procedimiento establecido incluye a lo menos: - Crisis convulsivas - Reacciones alérgicas - Paro cardiorrespiratorio Se encuentra disponible en las áreas de atención y es conocido por el personal.	✓	✓	✓

Característica**AOC-1.2** El prestador utiliza un sistema de priorización de la atención de urgencia.Verificador: Sistema de priorización de la atención de urgencia (*triage*)

Elementos medibles AOC 1.2	Dirección o gerencia del prestador	Servicio de urgencia
Protocolo que establece sistema de categorización de pacientes en la unidad de urgencia indicando: personal responsable, criterios, tiempos de respuesta, y registro.		✓
Se ha definido los responsables de la evaluación del sistema de priorización, los indicadores a utilizar y las metas de cumplimiento.	✓	
Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación del sistema de priorización, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias: - Registro de categorizaciones realizadas.		✓
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación del sistema de priorización		✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)		✓

Característica

AOC-1.3 El prestador institucional utiliza procedimientos de priorización del acceso de los pacientes electivos a las prestaciones relevantes para su seguridad, según criterios relacionados con su nivel de riesgo.

Verificador: Sistema de priorización de listas de espera

Elementos medibles AOC 1.3	Dirección o gerencia del prestador	Sector de consultas y boxes de atención	Sectores de Procedimientos	Imagenología
Existen procedimientos y criterios explícitos para la priorización de entrega de horas de consulta, procedimientos, exámenes diagnósticos y cirugías, de acuerdo a la gravedad del paciente, y define al personal responsable.	✓	✓	✓	✓
Se ha definido los responsables de la evaluación del sistema de priorización, los criterios de evaluación y las metas de cumplimiento.	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación del sistema de priorización, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias: - Registro de priorización de listas de espera.	✓	✓	✓	✓
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓			
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.		✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)	✓	✓	✓	✓

Característica

AOC-1.4 Se aplican procedimientos explícitos para asegurar la notificación oportuna de situaciones de riesgo, detectadas a través de exámenes diagnósticos en las áreas de Anatomía Patológica, Banco de Sangre, Laboratorio e Imagenología.

Verificador: Sistema de notificación

Elementos medibles AOC-2.1	Dirección o gerencia del prestador	Laboratorio	Anatomía Patológica	Imagenología	Banco de sangre
Existen protocolos donde se identifican las situaciones o diagnósticos de riesgo que requieren notificación, los antecedentes mínimos de contacto del paciente y médico que deben requerirse, el procedimiento a seguir con asignación de responsables.	✓	✓	✓	✓	✓
Se ha definido los responsables del sistema de notificación, los criterios de evaluación y las metas de cumplimiento.	✓				
Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación del sistema de notificación, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias: - Registro de resultados exámenes - Registro de notificaciones	✓	✓	✓	✓	✓
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓				
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.		✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)	✓	✓	✓	✓	✓

Componente**AOC-2 El prestador institucional vela por la continuidad de la atención en aspectos relevantes para la seguridad de los pacientes.****Característica****AOC-2.1** El prestador institucional dispone de un sistema de derivación de los pacientes que presentan complicaciones o urgencias que exceden la capacidad de resolución del prestador.

Verificador: Sistema de derivación

Elementos medibles AOC-2.1	Dirección o gerencia del prestador	Pabellones de CMA	Sectores de Procedimientos	Servicio de urgencia	Diálisis	Imagenología
Documentos que establecen en forma explícita: <ul style="list-style-type: none">- Criterios de derivación de pacientes que presentan complicaciones de riesgo vital o de secuelas graves asociadas a los procedimientos realizados en el establecimiento.- Responsables- Red de derivación- Criterios para el transporte- Procedimientos para el traspaso de la información entre el personal y hacia los pacientes o familiares	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Convenios vigentes con instituciones acreditadas, concordantes con lo establecido en sistema de derivación.	✓					

Característica

AOC-2.2 Existen sistemas de entrega de turnos en las unidades de urgencia y unidades de observación y recuperación de pacientes, que enfatizan los aspectos relacionados con la prevención de complicaciones y eventos adversos.

Verificadores: Normativa institucional sobre entrega de turnos en unidades de urgencia, observación y recuperación de pacientes.

Elementos medibles AOC-2.2	Dirección o gerencia del prestador	Pabellones de CMA	Diálisis	Servicio de urgencia
Existen procedimientos explícitos sobre la entrega de turnos que contemplan al menos: - Responsables en cada estamento - Datos mínimos a registrar o informar	✓	✓	✓	✓
Se han definido los responsables de evaluar los sistemas de entrega de turnos en cada área.	✓			
Se ha evaluado el cumplimiento de los registros mínimos definidos en los sistemas de entrega de turno.	✓			
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.		✓	✓	✓

5. ESTÁNDAR 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, competencias y salud.

Lugares de verificación

- Dirección o gerencia del prestador.
- Servicios o unidades clínicas seleccionadas:
 - Sector de consultas y boxes de atención.
 - Pabellón de cirugía mayor ambulatoria, según corresponda.
 - Salas de procedimiento, según corresponda.
 - Servicio de urgencia.
 - Sectores de atención odontológica.
- Servicios de apoyo según corresponda:
 - Laboratorio clínico
 - Farmacia
 - Alimentación
 - Esterilización
 - Transporte
 - Diálisis
 - Radioterapia
 - Anatomía Patológica
 - Quimioterapia
 - Imagenología
 - Centros de Sangre
 - Unidades de Medicina Transfusional
 - Unidades de Atención de Donantes
 - Kinesioterapia y rehabilitación

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Nóminas de profesionales y técnicos, según profesión y especialidad, que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución.
- Certificados de título (y de especialidad si corresponde) de profesionales y técnicos de desempeño permanente.
- Certificados de título (y de especialidad si corresponde) de profesionales y técnicos de desempeño transitorio (reemplazos y suplencias).
- Programa institucional de capacitación.
- Registros de procesos de inducción y orientación del personal nuevo.
- Normas institucionales y registro de exámenes de salud del personal nuevo.
- Registros de programas de salud del personal y accidentes laborales.

Componente RH-1 Los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional están habilitados.

Característica

RH-1.1 Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.

Verificador: Certificados de título de técnicos y profesionales del personal permanente y transitorio del prestador

Elementos medibles RH 1.1	Dirección o gerencia del prestador
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de los médicos permanentes del prestador	✓
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de los médicos que cumplen funciones transitorias (durante último año)	✓
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de los cirujanos dentistas permanentes del prestador	✓
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de los cirujanos dentistas que cumplen funciones transitorias (durante último año)	✓
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de las enfermeras permanentes del prestador	✓
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de los enfermeras que cumplen funciones transitorias (durante último año)	✓
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de los matronas permanentes del prestador	✓
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de los matronas que cumplen funciones transitorias (durante último año)	✓
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de los tecnólogos médicos permanentes del prestador	✓
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de los tecnólogos médicos que cumplen funciones transitorias (durante último año)	✓
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de los kinesiólogos permanentes del prestador	✓
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de los kinesiólogos que cumplen funciones transitorias (durante último año)	✓

Elementos medibles RH 1.1	Dirección o gerencia del prestador
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de los sicólogos permanentes del prestador	✓
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de los sicólogos que cumplen funciones transitorias (durante último año)	✓
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de los terapeutas ocupacionales permanentes del prestador	✓
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de los terapeutas ocupacionales que cumplen funciones transitorias (durante último año)	✓
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de los fonoaudiólogos permanentes del prestador	✓
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de los fonoaudiólogos que cumplen funciones transitorias (durante último año)	✓
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de los químico farmacéuticos permanentes del prestador	✓
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de los químico farmacéuticos que cumplen funciones transitorias (durante último año)	✓
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de los bioquímicos permanentes del prestador	✓
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de los bioquímicos que cumplen funciones transitorias (durante último año)	✓
Certificados de título otorgados por un organismo competente que acredite curso de 1.600 horas o título de técnico de nivel superior o certificado de habilitación emitido por la autoridad sanitaria, de los técnicos paramédicos permanentes del prestador ¹⁶	✓
Certificados de título otorgados por un organismo competente que acredite curso de 1.600 horas o título de técnico de nivel superior o certificado de habilitación emitido por la autoridad sanitaria, de los técnicos paramédicos que cumplen funciones transitorias (durante último año)	✓

¹⁶ Considerar normativa de acuerdo a fecha de obtención de certificado de técnico paramédico.

Característica

RH-1.2 Los médicos y odontólogos que se desempeñan en las distintas especialidades tienen las competencias requeridas evaluadas a través de la normativa vigente.

Verificador: Certificados de especialidad de médicos y cirujanos dentistas que desempeñan alguna especialidad

Elementos medibles RH 1.2	Dirección o gerencia del prestador
Certificados de especialidad médica otorgados por universidad, CONACEM o Director del Servicio de Salud respectivo de los médicos especialistas que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución ¹⁷ .	✓
Certificados de especialidad odontológica otorgado por universidad, CONACEO o Director del Servicio de Salud respectivo, de los odontólogos especialistas que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución.	✓

¹⁷ Se refiere al certificado emitido por el Director del Servicio de Salud del área jurisdiccional del prestador.

Componente RH-2 El prestador institucional aplica programas de inducción¹⁸ y orientación¹⁹ al personal nuevo.

Característica

RH-2.1 El prestador cuenta con programas de orientación e inducción, que enfatizan la seguridad de los pacientes, y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la institución.

Verificador: Programas de inducción y orientación para el personal nuevo.

Elementos medibles RH 2.1	Pabellones de CMA	Sector de procedimientos	Servicio de urgencia	Servicios de apoyo
Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de inducción que enfatiza la seguridad de los pacientes, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno (entrevistas a personal nuevo).	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de orientación que enfatiza la seguridad de los pacientes, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno (entrevistas a personal nuevo).	✓	✓	✓	✓

¹⁸ Orientación sobre el funcionamiento y normas generales del prestador institucional

¹⁹ Orientación sobre el funcionamiento y normas específicas del servicio o unidad en la que se desempeñará la persona

Componente RH-3 El prestador asegura la capacitación actualizada del personal que participa en atención directa de pacientes, en materias relevantes para su seguridad.

Característica

RH-3.1 El prestador institucional incluye en su programa la capacitación en precauciones universales y medidas estándar, prevención y control de infecciones, reanimación cardiopulmonar, operación del equipamiento de reanimación y calidad. Todos ellos destinados al personal que participa en atención directa de pacientes.

Verificador: Programa de capacitación

Elementos medibles RH 3.1	Dirección o gerencia del prestador	Servicio de urgencia	Pabellones de CMA	Salas de procedimientos	Quimioterapia	Diálisis
<p>Existe un programa de capacitación en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - precauciones universales y medidas estándar, - prevención y control de infecciones, - reanimación cardiopulmonar y operación del equipamiento de reanimación, - calidad. <p>y un responsable de su aplicación.</p> <p>La cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas asegura que el personal reciba una actualización al menos cada 3 años.</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<p>Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación del programa, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<p>Se ha retroalimentado a los interesados (encargados de cada área) con los resultados y conclusiones del seguimiento y evaluación del programa.</p>		✓	✓	✓	✓	✓

Componente RH-4 El prestador institucional desarrolla acciones programadas de salud en su personal orientadas a resguardar la seguridad de los pacientes.

Característica

RH- 4.1 El prestador realiza examen de salud a los trabajadores al momento de incorporarse a la institución

Verificador: Examen de salud de ingreso al personal recién ingresado

Elementos medibles RH 4.1	Dirección o gerencia del prestador
Registro donde conste que el examen de salud incluyó como mínimo: examen físico y exámenes de agudeza visual y auditiva, a los trabajadores incorporados durante el último año.	✓

Característica

RH- 4.2 El prestador ejecuta un programa de salud ocupacional.

Verificador: Programa de salud ocupacional

Elementos medibles RH 4.2a	Dirección o gerencia del prestador	Imagenología	Radioterapia	Quimioterapia	Esterilización
El programa contempla al menos: - Controles de dosimetría en imagenología y radioterapia - Preparación o manipulación de drogas antineoplásicas - t° ambiental en esterilización	✓				
Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación del programa, los indicadores a utilizar y las metas de cumplimiento	✓				
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación del programa, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓	✓	✓	✓	✓
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓				
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones del seguimiento y evaluación del programa.		✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)		✓	✓	✓	✓

Verificador: Procedimientos en casos de accidentes del personal con material contaminado, sustancias peligrosas y reactivos de alto riesgo.

Elementos medibles RH 4.2b	Dirección o gerencia del prestador	Laboratorio y toma de muestras	Quimioterapia	Radioterapia	Esterilización	Servicio de urgencia	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento
Existe un procedimiento establecido para el manejo de este tipo de accidentes.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existen registros implementados y en uso de los accidentes ocurridos.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existe una auditoría de cada accidente que contempla al menos un análisis formal del evento, calificación de prevenible o no prevenible y una reunión de difusión con los involucrados en los casos prevenibles	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Característica

RH-4.3 Se aplica la normativa vigente respecto a la vacunación del personal

Verificador: Programa de vacunación del personal

Elementos medibles RH 4.3	Dirección y/o gerencia del prestador	Diálisis	Laboratorio y toma de muestras	Esterilización	Servicio de urgencias	Dental	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento
Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación del programa, los indicadores a utilizar y las metas de cumplimiento.	✓							
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación del programa, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto, que considera al menos vacuna BCG y hepatitis B.	✓							
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones del seguimiento y evaluación del programa.		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

6. ESTÁNDAR REGISTROS (REG)

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

Lugares de verificación

- Dirección o gerencia del prestador.
- Sector de consultas y boxes de atención.
- Pabellón de cirugía mayor ambulatoria, según corresponda.
- Salas de procedimiento, según corresponda.
- Servicios de urgencia.
- Servicios de apoyo según corresponda

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Normativa interna sobre registros clínicos
- Informes de evaluación de los sistemas de registro

Componente REG-1 El prestador institucional utiliza un sistema formal de registros clínicos.

Característica

REG-1.1 El prestador institucional cuenta con ficha clínica única individual o un sistema centralizado de información clínica

Verificador: Sistema de ficha clínica

Elementos medibles REG 1.1	Dirección o gerencia del prestador
Existe una norma interna sobre la ficha clínica o sistema centralizado de información clínica que contempla al menos: <ul style="list-style-type: none"> - Formato - Contenidos mínimos: <ul style="list-style-type: none"> - Registro de consultas profesionales - Registro de procedimientos diagnósticos y terapias - Indicaciones - Legibilidad - Responsables del llenado 	✓
Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación de la aplicación de la norma, los indicadores a utilizar y las metas de cumplimiento.	✓
Existe un informe que da cuenta de la evaluación del uso de ficha clínica, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación de la norma de uso de ficha clínica, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones del seguimiento y evaluación del uso de las fichas.	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias).	✓

Característica

REG-1.2: El prestador institucional cuenta con un sistema de registro estandarizado de actividades quirúrgicas, procedimientos, biopsias y anestesia

Verificador: Protocolos operatorios y de anestesia, registro de procedimientos y biopsias

Elementos medibles REG 1.2	Dirección o gerencia del prestador	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Anatomía patológica
<p>Existe una norma interna sobre protocolo operatorio, biopsias y registro de proceso anestésico que contempla al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cirugía mayor - Endoscopías - Procedimientos que requieren sedación - Procedimientos que involucran biopsias <p>Formato</p> <p>Contenidos mínimos, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descripción de la intervención o procedimiento y sus hallazgos - Personal involucrado en la prestación - Proceso anestésico (en toda anestesia general, espinal o sedación profunda): fármacos y técnicas utilizadas, monitoreo del paciente - Biopsias realizadas y descripción de las muestras - Responsables del llenado 	✓	✓	✓	✓
Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación de la aplicación de la norma, los indicadores a utilizar y las metas de cumplimiento.	✓	✓	✓	✓
Existe un informe que da cuenta de la evaluación del uso de los registros que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓			
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación de la norma, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓	✓	✓	✓
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones del seguimiento y evaluación del uso del sistema de registro.	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias).	✓	✓	✓	✓

Característica**REG-1.3:** El prestador institucional cuenta con un sistema de formulario estandarizado (interconsulta) para la derivación y contra derivación de pacientes

Verificador: Interconsultas

Elementos medibles REG 1.3	Dirección o gerencia del prestador	Sector de consultas y boxes de atención	Servicio de urgencias
Existe una norma interna sobre las interconsultas que contempla al menos: - Formato - Contenidos mínimos - Responsables del llenado	✓	✓	✓
Se ha definido los responsables de evaluar la aplicación del formulario de interconsulta, y las metas de cumplimiento.	✓		
Existe un informe que da cuenta de la evaluación la aplicación del formulario de interconsulta, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓		
Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación de la norma de uso de formularios de interconsulta, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓	✓	✓
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.	✓	✓	✓

Característica

REG-1.4: El prestador entrega al paciente por escrito información relevante sobre las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento.

Verificador: Informes de prestaciones

Elementos medibles REG 1.4	Dirección o gerencia del prestador	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Servicio de urgencias	Dental	Radioterapia	Quimioterapia
<p>Existe una norma interna sobre los informes que deben ser entregados al paciente respecto a las prestaciones realizadas, que contempla al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención de urgencia - Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios - Cirugías - Contenidos mínimos: <ul style="list-style-type: none"> o Diagnóstico o Procedimiento realizado o Resultados (según corresponda) o Indicaciones - Responsables del llenado - Registro de la entrega de documentos 	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Se ha definido los responsables de evaluar la aplicación y entrega de los informes de prestaciones, y las metas de cumplimiento.	✓						
Existe un informe que da cuenta de la evaluación la aplicación de la norma, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓						
Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación de la norma, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Elementos medibles REG 1.4	Dirección o gerencia del prestador	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Servicio de urgencias	Dental	Radioterapia	Quimioterapia
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Característica

REG-1.5 Se aplican procedimientos establecidos para evitar pérdidas, mantener la integridad de los registros y su confidencialidad, por el tiempo establecido en la regulación vigente.

Verificador: Se aplica normativa y sistema de registro de entrega y recepción de fichas

Elementos medibles REG 1.5	Dirección o gerencia del prestador	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Sector de consultas y boxes de atención	Servicio de urgencias	Dental	Servicios de apoyo
Existen procedimientos establecidos para evitar pérdidas, mantener la confidencialidad e integridad así como la vigencia de los datos, y se ha designado a los responsables de su aplicación.	✓						
Se ha definido los responsables de evaluar la aplicación de los procedimientos, y las metas de cumplimiento.	✓						
Existe un informe que da cuenta de la evaluación de los procedimientos y de las pérdidas producidas, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓						
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias).	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

7. ESTÁNDAR SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

El equipamiento para atención directa de los pacientes cumple con las condiciones necesarias de seguridad para su funcionamiento y es operado de manera adecuada.

Lugares de verificación

- Dirección o gerencia del prestador.
- Pabellón de CMA ambulatoria, según corresponda
- Salas de procedimiento según corresponda
- Servicio de urgencia
- Servicios de apoyo

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Norma o procedimiento institucional para la adquisición de equipamiento.
- Registros de procesos de compra realizados durante el último período.
- Inventario de equipamiento relevante.
- Registros programa de reposición de equipamiento.
- Registros programa de mantenimiento preventivo.
- Registros de autorización de operación de equipos y capacitaciones realizadas.

Componente

EQ-1 Se aplica un procedimiento establecido para la adquisición y reposición del equipamiento en la institución, que vela por la calidad y seguridad de los mismos.

Característica

EQ-1.1 El procedimiento establecido para la adquisición del equipamiento incluye la definición de sus responsables y considera la participación de los profesionales usuarios.

Verificador: Procedimiento de adquisición de equipamiento e instrumental.

Elementos medibles EQ-1.1	Dirección o gerencia del prestador	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Servicio de urgencia	Servicios de apoyo*
Existe un procedimiento para la adquisición de equipamiento que considera al menos: - Responsable de la adquisición - Participación de personal técnico y usuario - Evaluación de la calidad técnica del equipamiento a ser adquirido	✓				
Existe constancia de la participación del personal técnico y usuarios en la compra del equipamiento.	✓	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de la conformidad institucional respecto a la calidad técnica y seguridad del equipamiento adquirido (cumplimiento de especificaciones)	✓	✓	✓	✓	✓

* Seleccionar aleatoriamente al menos 3, y todos si son menos de 3

Característica

EQ-1.2 El prestador conoce la vida útil de su equipamiento y existe un programa de reposición que garantiza la seguridad de su operación.

Verificador: Programa de reposición de equipamiento

Elementos medibles EQ-1.2	Dirección o gerencia del prestador	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Servicio de urgencia	Servicios de apoyo*
Existen criterios definidos para la actualización y reposición del equipamiento.	✓				
Existe un sistema de seguimiento de vida útil del equipamiento relevante para la seguridad de los usuarios y un responsable del tema, que incluye al menos: - Equipamiento de anestesia - Equipos de soporte vital y reanimación	✓	✓	✓	✓	✓
Existe un informe anual de las necesidades de reposición de equipamiento crítico para la seguridad de los usuarios, cuyos resultados han sido retroalimentados a los interesados.	✓	✓	✓	✓	✓

* Seleccionar según sea pertinente a lo definido en el verificador

Componente

EQ-2 Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidos a un programa de mantenimiento preventivo.

Característica

EQ-2.1 Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes.

Verificador: Programa de mantenimiento preventivo propio, o contrato con empresa externa.

Elementos medibles EQ-2.1	Dirección o gerencia del prestador	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Servicio de urgencia	Servicios de apoyo*
El programa de mantenimiento preventivo incorpora al menos: <ul style="list-style-type: none"> - Electrobisturíes - Equipos de monitorización hemodinámica y de parámetros vitales - Monitores desfibriladores - Máquinas de anestesia - Ambulancias de urgencia - Autoclaves - Equipos de laboratorio (equipos críticos): <ul style="list-style-type: none"> - Contadores hematológicos - Equipos para determinación de electrolitos y gases - Analizadores automatizados de Química Clínica - Equipos automatizados para Microbiología, Hormonas e Inmunología - Densitómetro - Lectores de ELISA - Refrigeradores y congeladores - Incubadoras - Microscopios - Gabinetes de Bioseguridad - Refrigeradores y congeladores para sangre y hemoderivados - Equipos de diálisis y tratamiento de agua - Equipos de imagenología (todos) - Equipos de radioterapia (todos) 	✓				

Elementos medibles EQ-2.1	Dirección o gerencia del prestador	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Servicio de urgencia	Servicios de apoyo*
El programa de mantenimiento preventivo es realizado por personal con competencias demostrables.	✓				
Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación del programa de mantenimiento preventivo, los indicadores a utilizar y las metas de cumplimiento.	✓				
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación del programa, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias. Hojas de vida de equipos. Cumplimiento de cronogramas de mantenimiento.	✓	✓	✓	✓	✓
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓				
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones del seguimiento y evaluación del programa.	✓	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)	✓	✓	✓	✓	✓

* Seleccionar según sea pertinente a lo definido en el verificador

Componente

EQ-3 Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes se utilizan bajo condiciones que ofrecen seguridad y continuidad en su operación.

Característica

EQ-3.1 Los equipos e instrumental relevante para la seguridad de los pacientes son utilizados por personas autorizadas y debidamente capacitadas en su operación.

Verificador: Definiciones locales de operación de equipamiento

Elementos medibles EQ-3.1	Dirección o gerencia del prestador	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Servicio de urgencia	Servicios de apoyo*
Existe una norma que define los equipos relevantes para la seguridad de los usuarios, cuya operación debe ser realizada sólo por personas capacitadas. La norma considera al menos: <ul style="list-style-type: none">- Electrobisturías- Equipos de monitorización hemodinámica y de parámetros vitales- Monitores desfibriladores- Máquinas de anestesia- Equipamiento de ambulancias de urgencia- Autoclaves- Equipos de laboratorio (equipos críticos)- Equipos de diálisis- Equipos de radioterapia- Equipos de imagenología	✓				
Existe un registro del personal autorizado para operar equipos relevantes para la seguridad de los pacientes, y constancia de su capacitación al respecto.	✓	✓	✓	✓	✓

* Seleccionar según sea pertinente a lo definido en el verificador

8. ESTÁNDAR SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

La infraestructura e instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para la seguridad de los usuarios.

Lugares de verificación

- Dirección o gerencia del prestador
- Accesos y pasillos
- Sector de consultas y boxes de atención
- Pabellones de CMA
- Salas de procedimientos
- Salas de atención odontológica
- Servicio de urgencia
- Servicios de apoyo

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Planes de emergencia
- Programas preventivos
- Informes de evaluación

Componente INS-1

El prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de su infraestructura física e instalaciones.

Característica

INS-1.1 El prestador institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y colapso de elementos no estructurales y realiza acciones para mitigar el riesgo en caso necesario

Verificador: Plan de prevención de incendios
 Plan de prevención de colapso de elementos no estructurales
 Informes de evaluación de riesgos

Elementos medibles INS- 1.1	Dirección o gerencia del prestador	Sector de consultas y boxes de atención	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Dental	Servicios de apoyo	Servicio de urgencia
Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación del plan de prevención de riesgo de incendio y colapso de elementos no estructurales, los criterios a utilizar y las metas de cumplimiento.	✓						
Existen informes que dan cuenta del seguimiento y la evaluación de a lo menos: - Análisis de riesgos de incendio elaborado por bomberos (trianual) - Riesgo de colapso de elementos no estructurales con periodicidad mínima de 5 años. - Respuesta a alarma de incendio o colapso (plan de prueba) - Recarga actualizada de extintores - Cumplimiento de plan de mantenimiento preventivo de red seca y húmeda. Existe un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓						

Elementos medibles INS- 1.1	Dirección o gerencia del prestador	Sector de consultas y boxes de atención	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Dental	Servicios de apoyo	Servicio de urgencia
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación del plan de prevención de riesgo, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de las evaluaciones.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Componente INS-2

El prestador institucional cuenta con planes de emergencia frente a accidentes o siniestros

Característica

INS-2.1 Existen planes de emergencia actualizados, difundidos y sometidos a pruebas periódicas frente a los principales accidentes o siniestros.

Verificador: Planes de emergencia

Elementos medibles INS- 2.1	Dirección o gerencia del prestador.	Sector de consultas y boxes de atención	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Dental	Servicios de apoyo	Servicio de urgencia
Existen documentos con los planes de emergencia, que contemplan al menos: - Las funciones y responsables de la aplicación del plan en caso de un evento - Incendios, sismos, e inundaciones - Sistemas de comunicación alternativos Los planes han sido difundidos y se encuentran accesibles en todos los sectores potencialmente afectados.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Se ha definido los responsables del seguimiento, evaluación, actualización periódica y difusión de los planes de emergencia frente a los principales accidentes o siniestros, los criterios a utilizar y las metas de cumplimiento.	✓						
Existe un informe que da cuenta de la evaluación de la aplicación de las pruebas del plan de emergencia (simulacros), la disponibilidad y operación de los sistemas de comunicación alternativos, y las decisiones adoptadas al respecto.	✓						

Elementos medibles INS- 2.1	Dirección o gerencia del prestador.	Sector de consultas y boxes de atención	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Dental	Servicios de apoyo	Servicio de urgencia
Existe constancia de que se han ejecutado las pruebas del plan de emergencia, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones del seguimiento y evaluación periódica de los planes de emergencia.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Característica

INS-2.2 El prestador institucional evalúa periódicamente la funcionalidad de la señalética de circulación externa y accesos.

Verificador: Señalética de circulación externa y accesos

Elementos medibles INS- 2.2	Dirección o gerencia del prestador	Sectores de acceso y espera de público	Pasillos de circulación
Se ha definido los responsables de la evaluación y actualización periódica de la señalética del establecimiento.	✓		
Existe una evaluación anual de la funcionalidad de la señalética, que da cuenta del análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓		
Existe constancia en terreno de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias): - Señalética de accesos para pacientes como escaleras, pasillos, rampas - Señalética de vías de escape - Considerar iluminación, posición, tamaño, claridad de lectura o interpretación	✓	✓	✓

Componente INS-3

INS-3 Las instalaciones relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidas a un programa de mantenimiento preventivo y de supervisión de sus condiciones de operación.

Característica

INS-3.1 El prestador ejecuta un programa de mantenimiento preventivo de las instalaciones relevantes para la seguridad de pacientes y público.

Verificador: Plan de contingencias y prevención de interrupción del suministro eléctrico y de agua potable

Elementos medibles INS- 3.1a	Dirección o gerencia del prestador.	Grupo electrógeno	Estanques de agua	Pabellones de CMA	Servicio de urgencia
Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación de los planes de prevención y contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico y de agua potable, los criterios a utilizar y las metas de cumplimiento.	✓				
Existen registros que dan cuenta de la evaluación de a lo menos: - Mantenciones preventivas del sistema eléctrico - Mantención preventiva y pruebas de los sistemas de iluminación de emergencia - Mantenciones preventivas del sistema de provisión de agua de emergencia - Revisión periódica de calidad del agua de estanques de reserva. Existe un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓				
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación del plan de prevención, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓	✓	✓	✓	✓
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones del seguimiento y evaluación de los planes de prevención y contingencia.	✓	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)	✓	✓	✓	✓	✓

Verificador: Programa de mantenimiento preventivo de instalaciones

Elementos medibles INS- 3.1b	Dirección o gerencia del prestador	Sector de acceso y espera de público	Calderas	Central de gases	Unidades de climatización	Otros sectores según corresponda
Existe un programa de mantenimiento preventivo que incluye al menos: <ul style="list-style-type: none"> - Ascensores - Calderas - Sistema de aspiración y gases clínicos - Techumbre - Sistemas de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes Se ha definido los responsables de la ejecución del programa.	✓					
Se ha definido los responsables de la evaluación del programa, y las metas de cumplimiento.	✓					
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación del programa de mantenimiento preventivo, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias, tales como: <ul style="list-style-type: none"> - Hoja de vida de los equipos e instalaciones - Operadores de equipos, usuarios 	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existe una evaluación anual de la frecuencia de fallas y períodos no operativos de cada grupo de instalaciones, que da cuenta del análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓	✓	✓	✓	✓	✓

9. ESTÁNDAR SERVICIOS DE APOYO (AP)

La institución provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.

Lugares de verificación

- Dirección o gerencia del prestador.
- Servicios de apoyo
 - a) Laboratorio clínico
 - b) Farmacia
 - c) Esterilización
 - d) Transporte
 - e) Diálisis
 - f) Radioterapia
 - g) Anatomía Patológica
 - h) Quimioterapia
 - i) Imagenología
 - j) Kinesioterapia y rehabilitación
 - k) Unidades de Medicina Transfusional
 - l) Unidades de Atención de Donantes

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Información general
- Informes de evaluación

Componente APL-1 Laboratorio clínico

Los exámenes de laboratorio clínico se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes

Lugares de verificación

- Dirección o gerencia del prestador
- Laboratorio clínico
- Unidades de toma de muestras
- Unidades clínicas y de apoyo a las que presta servicios el laboratorio, considerando al menos:
 - Sector de consultas
 - Servicio de urgencia
 - Diálisis

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Convenios de compra de prestaciones, en caso que aplique
- Procedimientos (normativa interna)
- Informes de evaluación y auditorías

Característica

APL-1.1: Los exámenes de laboratorio contratados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad

Verificador: Convenio de compra de prestaciones a terceros

Elementos medibles APL-1.1	Dirección o gerencia del prestador
Convenios u otros documentos oficiales que permitan comprobar la relación con servicio acreditado	✓

Característica

APL-1.2 El laboratorio aplica procedimientos explícitos y evalúa sistemáticamente los procesos de la etapa pre-analítica

Verificador: Procedimientos escritos y evaluaciones del proceso pre analítico

Elementos medibles APL-1.2	Dirección o gerencia del prestador	Laboratorio clínico	Unidades de Toma de Muestras	Unidades clínicas y de apoyo
<p>Existen procedimientos explícitos sobre:</p> <p>a. Proceso de Toma de muestras, incluyendo al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrucciones de preparación del paciente - Procedimiento de Toma de muestras - Ingreso e identificación de las muestras - Criterios de aceptación, rechazo y solicitudes de nuevas muestras - Responsables de su aplicación <p>b. Traslado de muestras y responsables de su aplicación</p> <p>c. Almacenamiento de muestras y responsables de su aplicación</p> <p>d. Entrega de información a los pacientes según corresponda, en relación a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toma y traslado de muestras - Plazos de entrega de los exámenes. <p>e. Condiciones de bioseguridad en todas las fases que corresponda de la etapa pre analítica, de acuerdo a la regulación nacional Dec. 433-Art. 26/1993. Reglamento Laboratorios Clínicos.</p>	✓	✓	✓	✓
<p>Se ha seleccionado las prácticas relevantes a auditar, se han definido los responsables de su evaluación, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento</p>	✓	✓		

Elementos medibles APL-1.2	Dirección o gerencia del prestador	Laboratorio clínico	Unidades de Toma de Muestras	Unidades clínicas y de apoyo
Existe un informe que da cuenta de la evaluación con análisis de resultados y decisiones adoptadas al respecto	✓	✓		
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.	✓	✓	✓	✓

Característica

APL-1.3 El laboratorio aplica procedimientos explícitos y evalúa sistemáticamente los procesos de las etapas analítica y post analítica

Verificador: Procedimientos escritos y evaluaciones del procesos analítico y post analítico

Elementos medibles APL-1.3	Dirección o gerencia del prestador	Laboratorio clínico	Unidades clínicas y de apoyo
<p>Existen procedimientos explícitos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Verificación de concordancia de las muestras con las respectivas órdenes de atención.b. Técnicas de ejecución de los exámenes de las distintas áreas del laboratorio.c. Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda. Registro de temperaturas en equipos que lo ameritan.d. Asignación de responsabilidad respecto a la realización de los exámenes, la validación de resultados y la entrega de informes.e. Manejo de pre-informes y resultados urgentes.f. Entrega de informes a pacientes, servicios y/o instituciones, incluyendo tiempos de respuesta en exámenes críticos para la seguridad de los pacientes.g. Protección y respaldo de la información generada manualmente, en analizadores automáticos y computadores, según disposiciones reglamentarias vigentes.h. Condiciones de bioseguridad en todas las fases que corresponda de las etapas analítica y post analítica, de acuerdo a la regulación nacional Dec. 433-Art. 26/1993. Reglamento de Laboratorios Clínicos.i. Formulario único de informe de resultados con la información requerida de acuerdo al Reglamento de Laboratorios Clínicos.	✓	✓	

Elementos medibles APL-1.3	Dirección o gerencia del prestador	Laboratorio clínico	Unidades clínicas y de apoyo
Se ha seleccionado las prácticas relevantes a auditar, se han definido los responsables de su evaluación, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento. Se ha evaluado al menos: <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de protocolos de Control de Calidad Internos - Tiempos de respuesta de exámenes críticos 	✓	✓	
Existe un informe que da cuenta de la evaluación con análisis de resultados y decisiones adoptadas al respecto	✓	✓	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.	✓	✓	✓

Característica

APL-1.4 El laboratorio participa en un Programa de Control de Calidad Externo acorde a la normativa vigente.

Verificador: Actividades locales respecto al programa de control de calidad externo

Elementos medibles APL-1.4	Dirección o gerencia del prestador	Laboratorio clínico
Existen registros de participación en Programas de Evaluación Externa de la Calidad sobre las prestaciones que realiza.	✓	✓
Se ha realizado análisis de los resultados del Control de Calidad Externo.	✓	✓
Se han aplicado intervenciones de mejoría en caso de incumplimiento de requisitos establecidos.	✓	✓

Característica

APL-1.5 Se aplican procedimientos para que el suministro y utilización de los insumos y reactivos de laboratorio cumpla las condiciones necesarias para la seguridad de los pacientes

Verificador: Programa de control de calidad de insumos y reactivos

Elementos medibles APL-1.5	Dirección o gerencia del prestador	Laboratorio clínico
Existen procedimientos explícitos para el manejo y almacenamiento adecuado de insumos y reactivos. Los procedimientos consideran al menos: <ul style="list-style-type: none">- Vigencia de los reactivos- Rotulación- Reactivos peligrosos (manejo y disposición según normativas vigentes)- Monitoreo de la calidad del agua destilada- Stock de insumos y reactivos para asegurar la continuidad de exámenes críticos para la seguridad de los pacientes	✓	✓
Se han definido los responsables de la evaluación de estos procedimientos, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento	✓	✓
Existe un informe que da cuenta de la evaluación con análisis de resultados y decisiones adoptadas al respecto	✓	✓
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.	✓	✓

Componente APF-1 Farmacia

El prestador institucional asegura que los servicios y los productos entregados por farmacia sean de la calidad requerida para la seguridad de los pacientes.

Lugares de verificación

- Dirección o gerencia del prestador
- Unidad de farmacia
- Pabellones de CMA
- Salas de procedimiento
- Servicio de urgencia

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Procedimientos (normativa interna)
- Informes de evaluación
- Informes de auditoría

Característica

APF-1.1 Se aplica un procedimiento establecido para la adquisición de medicamentos e insumos.

Verificador: Procedimiento para la adquisición de medicamentos e insumos

Elementos medibles APF-1.1	Dirección o gerencia del prestador	Unidad de farmacia	Sector de consultas y boxes de atención	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Servicio de urgencia
Existe descripción explícita de los procedimientos y sus responsables respecto a: - Adquisición de medicamentos e insumos - Funcionamiento del Comité de Farmacia - Incorporación de nuevos fármacos y/o insumos, que considera la evaluación técnica y seguridad de los mismos	✓					
Se han definido los responsables de la evaluación, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento	✓					
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno a través de la revisión de fuentes primarias y secundarias.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Característica

APF-1.2 Se mantiene un stock mínimo de medicamentos e insumos predefinido en las unidades de pacientes de mayor riesgo.

Verificador: Stock mínimo

Elementos medibles APF-1.2	Dirección o gerencia del prestador	Unidad de farmacia	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Servicio de urgencia
Existe normativa que define stock mínimo que considera a lo menos: - Servicios y/o unidades: o Urgencia o Pabellón o Salas de procedimientos - Responsable de la mantención - Tiempo y sistema establecido de reposición del stock	✓	✓			
Se han definido los responsables de la evaluación, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento	✓	✓			
Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno a través de la revisión de fuentes primarias y secundarias.	✓	✓	✓	✓	✓
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓	✓	✓	✓	✓
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación	✓	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad	✓	✓	✓	✓	✓

Característica

APF- 1.3 El prestador institucional utiliza procedimientos actualizados de las prácticas relevantes para el desempeño de la unidad de farmacia.

Verificador: Procedimientos de farmacia

Elementos medibles APF-1.3	Dirección o gerencia del prestador	Unidad de farmacia	Sector de consultas y boxes de atención	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Servicio de urgencia
Existe descripción explícita de a lo menos los siguientes procedimientos : <ul style="list-style-type: none"> - Prescripción de medicamentos. - Almacenamiento y conservación de medicamentos e insumos. - Solicitud de medicamentos e insumos desde unidades clínicas. - Criterios de rotulación de medicamentos. - Envasado de medicamentos e insumos. - Despacho de medicamentos e insumos. - Devolución de fármacos e insumos. - Criterios de eliminación de medicamentos expirados, en mal estado o sin rotulación adecuada. - Notificación de reacciones adversas a medicamentos a la autoridad pertinente. - Notificación de incidentes adversos. - Sistema de reposición de stock mínimo de la unidad de farmacia - Mantención actualizada de Manual de especificaciones técnicas de medicamentos relevantes, que considera a lo menos: dosificación, vías de administración, dilución, vida media, efectos adversos, contraindicaciones, interacciones farmacológicas, modo de conservación. 	✓	✓				
Se han definido los responsables de la evaluación de los procedimientos de farmacia, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento	✓	✓				

Elementos medibles APF-1.3	Dirección o gerencia del prestador	Unidad de farmacia	Sector de consultas y boxes de atención	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Servicio de urgencia
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓	✓				
Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno a través de la revisión de fuentes primarias y secundarias.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Característica

APF- 1.4 Se aplica un programa de vigilancia de incidentes adversos asociados a medicamentos.

Verificador: Vigilancia de Incidentes adversos por medicamentos

Elementos medibles APF-1.4	Dirección o gerencia del prestador	Unidad de farmacia	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Servicio de urgencia
Existe sistema de vigilancia y prevención de eventos adversos asociados al uso de medicamentos, que considera descripción explícita de los eventos prioritarios a vigilar, la forma activa o pasiva de la vigilancia, periodicidad y responsable en procedimientos. El programa considera a lo menos los siguientes eventos adversos: - Errores en la dispensación de fármacos e insumos - Errores en la preparación	✓	✓			
Auditoría de eventos adversos detectados	✓	✓			
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓	✓			
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación	✓	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad	✓	✓	✓	✓	✓

Característica

APF-1.5 El manejo de medicamentos sujetos a control legal se realiza de conformidad con la normativa vigente.

Verificador: Procedimientos en medicamentos sujetos a control legal

Elementos medibles APF-1.5	Dirección o gerencia del prestador	Unidad de farmacia	Sector de consultas y boxes de atención	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Servicio de urgencia
Existe descripción explícita de procedimiento de manejo de los medicamentos sujetos a control legal, de acuerdo a la normativa vigente.	✓	✓				
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓	✓				
Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno a través de la revisión de fuentes primarias y secundarias.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Característica

APF-1.6 Almacenamiento, preparación, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos se realiza bajo las condiciones de seguridad previstas en la normativa vigente.

Elementos medibles APF-1.6	Dirección o gerencia del prestador	Unidad de farmacia	Sector de consultas y boxes de atención
Existe descripción explícita de los procedimientos de preparación, almacenamiento y distribución de drogas antineoplásicas de acuerdo a la normativa vigente.	✓	✓	
Se han definido los responsables de la evaluación de de los procedimientos de preparación, almacenamiento y distribución de drogas antineoplásicas, los criterios o indicadores a utilizar y las metas de cumplimiento	✓	✓	
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓	✓	
Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno a través de la revisión de fuentes primarias y secundarias.	✓	✓	✓
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación	✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad	✓	✓	✓

Componente APE-1 Esterilización

Los procesos de esterilización y desinfección de materiales y elementos clínicos se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes

Lugares de verificación

- Dirección o gerencia del prestador
- Servicio de esterilización
- Pabellones de CMA
- Salas de procedimiento
- Servicio de urgencia

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Convenio de compra de prestaciones, en caso que aplique
- Procedimientos (normativa interna)
- Registros de esterilización y DAN
- Informes de evaluación

Característica

APE-1.1: Las prestaciones de esterilización contratadas a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad

Elementos medibles APE-1.1	Dirección o gerencia del prestador	Servicio de Esterilización
Convenio(s) u otro documento oficial que permita comprobar la relación con servicio acreditado (si no tiene servicio propio)	✓	

Característica

APE- 2.1 El material es procesado de acuerdo a métodos de esterilización y desinfección basadas en las normas técnicas vigentes en la materia y se evalúa su cumplimiento

Verificador: Normativa respecto a métodos de esterilización y desinfección

Elementos medibles APE-1.2	Servicio de Esterilización	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Servicio de urgencia	Dental
Existe normativa interna que establece los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico, y norma de recepción de material esterilizado fuera de la institución. La norma establece además los requisitos de registro de cada proceso, y los responsables de su aplicación.	✓	✓	✓	✓	✓
Existen procedimientos explícitos sobre: criterios de recepción de materiales a ser esterilizados, lavado y secado, inspección y preparación, operación de equipos de esterilización, almacenamiento y distribución, transporte de material contaminado, protocolo para el proceso de DAN, y requisitos de registro de cada proceso.	✓	✓	✓	✓	✓
Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación de los procedimientos de esterilización, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento	✓				
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓	✓	✓	✓	✓
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones del seguimiento y evaluación del programa.	✓	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)	✓	✓	✓	✓	✓

Componente APT-1 Transporte

El transporte de pacientes se efectúa en condiciones que garantizan su seguridad

Lugares de verificación

- Dirección o gerencia del prestador
- Servicio de traslado de pacientes

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Convenio de compra de prestaciones, en caso que aplique
- Procedimientos (normativa interna)
- Informes de evaluación y auditorías

Característica

APT-1.1: El proceso de transporte de pacientes cumple condiciones mínimas de seguridad

Elementos medibles APT 1.1	Dirección o gerencia del prestador	Servicio de traslado de pacientes	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Servicio de urgencia
Convenio(s) u otro documento oficial que permita comprobar la relación con servicio acreditado (si no tiene servicio propio)	✓				
Existen protocolos de traslado según complejidad de paciente que incluyen al menos: <ul style="list-style-type: none"> - Tipos de móvil, su equipamiento y personal - Procedimientos relacionados con la fijación y disposición del paciente y acompañantes en el móvil - Reanimación - Procedimiento ante fallecimiento - Procedimientos de supervisión de condiciones operativas - Criterios de entrega de pacientes al centro receptor y límites de responsabilidad establecidos - Información clínica que debe acompañar al paciente según complejidad - Registro a completar del proceso de traslado y entrega 	✓	✓			
Se han definido los responsables de la evaluación de la aplicación de los protocolos, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento.	✓	✓			
Existe un informe que da cuenta de la evaluación del al menos los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos de supervisión de condiciones operativas - Cumplimiento de registros - Auditoría de EA mayores detectados El informe incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓	✓			

Elementos medibles APT 1.1	Dirección o gerencia del prestador	Servicio de traslado de pacientes	Pabellones de CMA	Salas de procedimiento	Servicio de urgencia
Existe constancia de que se ejecuta regularmente la evaluación de los protocolos, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓	✓	✓	✓	✓
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación del protocolo.	✓	✓	✓	✓	✓

Componente APD-1 Diálisis

Los procedimientos de diálisis se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes

Lugares de verificación

- Dirección o gerencia del prestador
- Unidad de diálisis

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Convenio de compra de prestaciones, en caso que aplique
- Procedimientos (normativa interna)
- Informes de evaluación

Característica

APD-1.1: Los procedimientos de diálisis contratados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad

Elementos medibles APD-1.1	Dirección o gerencia del prestador	Unidad de diálisis
Convenio(s) u otro documento oficial que permita comprobar la relación con servicio acreditado (si no tiene servicio propio)	✓	

Característica

APD-1.2 El prestador aplica protocolos y normas actualizadas de las prácticas clínicas relevantes para la seguridad de los pacientes que reciben tratamiento de peritoneodiálisis y/o hemodiálisis y evalúa su cumplimiento.

Verificador: Programa de mejoría continua de procedimientos de hemodiálisis y peritoneodiálisis

Elementos medibles APD-1.2	Dirección o gerencia del prestador	Unidad de diálisis
<p>Existen protocolos actualizados de peritoneodiálisis y/o hemodiálisis y se ha definido los responsables de su aplicación. Contenidos mínimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos de hemodiálisis - Procedimientos de peritoneodiálisis - Control y manejo de la anemia en pacientes con IRCT - Indicación, registro y control de condiciones para trasplante renal - Manejo de pacientes con infecciones virales - Control químico y bacteriológico del agua - Reutilización de filtros y líneas - Desinfección de monitores - Precauciones estándar - Prevención y manejo de eventos adversos de la hemodiálisis: hipotensión, calambres, vómitos, hipertensión arterial - Prevención y manejo de eventos adversos de la peritoneodiálisis: peritonitis 	✓	✓
<p>Se han definido los responsables del seguimiento y evaluación de los procedimientos de diálisis, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento.</p>	✓	
<p>Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto. Se ha realizado auditoría de los EA mayores.</p>	✓	
<p>Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación del uso de los protocolos, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.</p>	✓	✓
<p>Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)</p>	✓	✓

Característica

APD-1.3 Se ejecuta un programa de control de calidad de los insumos utilizados en diálisis.

Verificador: Programa de control de calidad de insumos de diálisis

Elementos medibles APD 1.3	Dirección o gerencia del prestador	Unidad de diálisis
Existen procedimientos explícitos para el control de calidad de los insumos de diálisis que incluye al menos: <ul style="list-style-type: none"> - Medición de la calidad del agua - Controles microbiológicos del agua tratada en llave de alimentación y líquido de diálisis después del dializador - Reutilización de dializadores Se ha definido los responsables de su aplicación.	✓	✓
Se han definido los responsables del seguimiento y evaluación de los controles de calidad, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento.	✓	
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓	
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación del uso de los protocolos, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)	✓	✓

Componente APR-1 Radioterapia

Los procedimientos de radioterapia se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes

Lugares de verificación

- Dirección o gerencia del prestador
- Servicio de radioterapia

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Convenios de compra de prestaciones, en caso que aplique
- Procedimientos (normativa interna)
- Informes de evaluación y auditorías

Característica

APR-1.1: Los procedimientos de radioterapia contratados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad

Elementos medibles APR-1.1	Dirección o gerencia del prestador
Convenios u otros documentos oficiales que permitan comprobar la relación con servicio acreditado (si no tiene servicio propio)	✓

Característica

APR-1.2 El prestador aplica protocolos actualizados respecto a los procedimientos de radioterapia.

Verificador: Protocolos de radioterapia.

Elementos medibles APR-1.2	Dirección o gerencia del prestador	Servicio de radioterapia
<p>Existe una descripción explícita de los procedimientos de radioterapia y de los responsables de su aplicación, que considera al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teleterapia - Braquiterapia - Simulación - Planificación - Prevención y manejo de eventos adversos: <ul style="list-style-type: none"> - Accidentes radioactivos - Efectos agudos de la radioterapia - Efectos tardíos de la radioterapia - Prevención de sobre irradiación de pacientes vulnerables 	✓	✓
<p>Se han definido los responsables de la evaluación del uso de los procedimientos, los indicadores o criterios de evaluación y metas de cumplimiento</p>	✓	
<p>Existe un informe que da cuenta de la evaluación del uso de protocolos que incluye análisis de resultados obtenidos y decisiones adoptadas al respecto. Se ha realizado auditoría de los EA mayores.</p>	✓	
<p>Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación del uso de protocolos y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias y secundarias.</p>	✓	✓
<p>Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones del seguimiento y evaluación de los protocolos.</p>	✓	✓
<p>Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)</p>	✓	✓

Característica**APR-1.3** El prestador desarrolla un programa de calidad de las condiciones físicas de los procedimientos de radioterapia.

Verificadores: Programa de calidad de los procedimientos de radioterapia.

Elementos medibles API-1.3	Dirección o gerencia del prestador	Servicio de radioterapia
Existe un programa de calidad en radioterapia con los siguientes contenidos mínimos: <ul style="list-style-type: none">- Aseguramiento de dosis- Aseguramiento de otras condiciones físicas relevantes de los tratamientos- Posicionamiento de pacientes- Sistemas de seguridad de recintos: alarmas, control de accesos- Manejo, almacenamiento y eliminación de desechos radioactivos- Periodicidad de los controles y profesionales responsables	✓	✓
Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación del programa de calidad, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento	✓	
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones del seguimiento y evaluación del programa de capacitación.	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)	✓	✓

Característica

APR-1.4 El prestador desarrolla programas de capacitación destinados al personal que participa en los procedimientos de radioterapia.

Verificadores: Programa de capacitación del personal que participa en los procedimientos de radioterapia.

Elementos medibles API-1.4	Dirección o gerencia del prestador	Servicio de radioterapia
Existe un programa de capacitación en radioterapia con los siguientes contenidos mínimos: <ul style="list-style-type: none">- Protección radiológica- Dosimetría y control de calidad- Manejo de eventos adversos y accidentes radioactivos- Manejo, almacenamiento y eliminación de desechos radioactivos- Personal a capacitar- Periodicidad de las capacitaciones	✓	
Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación del programa de capacitación, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento	✓	
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones del seguimiento y evaluación del programa de capacitación.	✓	✓

* Cuando no se encuentran integradas a un servicio de imagenología centralizado

Característica**APR-1.5** El prestador posee un sistema de calidad de las indicaciones y registro de los procedimientos de radioterapia.

Verificador: sistema de registro de radioterapia

Elementos medibles APR-1.5	Dirección o gerencia del prestador	Servicio de radioterapia
Existe una descripción explícita de: <ul style="list-style-type: none">- Los requisitos que deben cumplir las solicitudes de tratamiento- Las indicaciones que deben entregarse a los pacientes antes y después de los procedimientos- El sistema estandarizado de registro de los procedimientos de radioterapia	✓	✓
Se han definido los responsables de la evaluación del proceso de registro, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento	✓	
Existe un informe que da cuenta de la evaluación con análisis de resultados y decisiones adoptadas al respecto	✓	
Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación del proceso y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓	✓
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.	✓	✓

Componente APA-1 Anatomía patológica

Los servicios de anatomía patológica aportan resultados confiables y oportunos.

Lugares de verificación

- Dirección o gerencia del prestador
- Servicio de anatomía patológica
- Pabellones de CMA
- Sectores de procedimientos que realizan toma de muestras histológicas o citológicas

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Convenios de compra de prestaciones, en caso que aplique
- Procedimientos (normativa interna)
- Informes de evaluación y auditorías

Característica

APA-1.1: Los exámenes de anatomía patológica contratados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad

Elementos medibles APA-1.1	Dirección o gerencia del prestador
Convenios u otros documentos oficiales que permitan comprobar la relación con servicio acreditado (si no tiene servicio propio)	✓

Característica

APA-1.2 El servicio de anatomía patológica aplica procedimientos explícitos y evalúa sistemáticamente sus procesos de la etapa pre-analítica

Verificador: Procedimientos escritos y evaluaciones del proceso pre analítico

Elementos medibles APA-1.2	Dirección o gerencia del prestador	Servicio de anatomía patológica	Pabellones de CMA	Salas de procedimientos
<p>Existen procedimientos explícitos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento de obtención y conservación de muestras: <ul style="list-style-type: none"> o Criterios generales o Criterios para sitios anatómicos y condiciones clínicas específicas o Rotulación o Registro de solicitud de estudio anatomopatológico - Procedimientos para asegurar la trazabilidad de las muestras en todas las etapas del proceso (desde fase pre-analítica a la post-analítica y viceversa) - Procedimiento de envío de muestras - Criterios de aceptación, rechazo y solicitud de nuevas muestras - Entrega de información a los pacientes: Plazos de entrega de resultados - los exámenes. <p>Se ha definido a los responsables de su aplicación</p>	✓	✓	✓	✓
<p>Se ha seleccionado las prácticas relevantes a auditar, se han definido los responsables de la evaluación, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento. La evaluación considera al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calidad técnica de la muestra - Conservación y transporte - Errores de rotulación 	✓	✓		

Elementos medibles APA-1.2	Dirección o gerencia del prestador	Servicio de anatomía patológica	Pabellones de CMA	Salas de procedimientos
Existe un informe que da cuenta de la evaluación con análisis de resultados y decisiones adoptadas al respecto	✓	✓		
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.	✓	✓	✓	✓

Característica

APA-1.3 El servicio de anatomía patológica aplica procedimientos explícitos y evalúa sistemáticamente sus procesos de las etapas analítica y post analítica

Verificador: Procedimientos escritos y evaluaciones del proceso analítico y post analítico

Elementos medibles APA-1.3	Dirección o gerencia del prestador	Servicio de anatomía patológica	Consultas y boxes de atención.
Existen procedimientos explícitos sobre: <ul style="list-style-type: none">- Aplicación de normas de bioseguridad- Técnicas de ejecución de los exámenes- Manejo de desechos- Asignación de responsabilidad respecto a la realización de los exámenes, la validación de resultados y la entrega de informes.- Manejo de pre-informes y resultados urgentes.- Entrega de informes a pacientes, servicios y/o instituciones, incluyendo tiempos de respuesta.- Protección y respaldo de los informes. Se ha definido a los responsables de su aplicación	✓	✓	
Se ha seleccionado las prácticas relevantes a auditar, se han definido los responsables de la evaluación, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento. La evaluación considera al menos: <ul style="list-style-type: none">- Extravío de muestras o informes- Errores en el proceso de conservación o transporte- Errores de rotulación	✓	✓	
Existe un informe que da cuenta de la evaluación con análisis de resultados y decisiones adoptadas al respecto	✓	✓	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.	✓	✓	✓

Componente APQ-1 Quimioterapia

El prestador provee condiciones que garantizan la seguridad de los procedimientos de quimioterapia

Lugares de verificación

- Dirección o gerencia del prestador
- Unidad de quimioterapia

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Procedimientos (normativa interna)
- Informes de evaluación
- Informes de auditoría
- Programa de capacitación anual

Característica

APQ-1.1 El prestador posee y aplica protocolos actualizados y ejecuta un programa de supervisión sistemática de las prácticas relacionadas con quimioterapia

Verificador: Evaluación de protocolos de atención en quimioterapia

Elementos medibles APQ-1.1	Dirección o gerencia del prestador	Unidad Quimioterapia
Existen protocolos de tratamiento oncológico y se ha designado a los responsables de su aplicación. Los protocolos incluyen al menos las siguientes prácticas : <ul style="list-style-type: none">• Indicación de tratamiento oncológico.• Manejo medicamentos antineoplásicos (procedimiento de administración, vías de administración, disposición y eliminación de desechos, medicamentos antineoplásicos y residuos contaminados).• Procedimientos invasivos relacionados con quimioterapia.• Sistema de registro para las atenciones de quimioterapia	✓	✓
Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación de la aplicación de los protocolos, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento	✓	
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓	
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación de la aplicación de los protocolos y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓	✓
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones del seguimiento y evaluación del programa.	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)	✓	✓

Característica**APQ-1.2** Se aplica un programa de vigilancia y prevención de los eventos adversos asociados a la quimioterapia.

Verificador: Programa de vigilancia y prevención de EA

Elementos medibles APQ-1.2	Dirección o gerencia del prestador	Unidad Quimioterapia
Existen procedimientos explícitos sobre el programa de vigilancia y un responsable de su aplicación. El programa incluye al menos: <ul style="list-style-type: none">• Infecciones asociadas a manejo de catéteres para quimioterapia• Eventos adversos relacionados con el proceso de administración de fármacos antineoplásicos: extravasación	✓	✓
Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación del programa, los indicadores a utilizar y las metas de cumplimiento	✓	
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto. Se ha realizado auditoría de los EA mayores.	✓	
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación del programa, y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias	✓	✓
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones del seguimiento y evaluación del programa.	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)	✓	✓

Característica

APQ-1.3 El prestador desarrolla programas de capacitación destinados al personal que participa en atención directa de pacientes en tratamiento con quimioterapia.

Verificadores: Programa de capacitación del personal de unidad de quimioterapia

Elementos medibles APQ-1.3	Dirección o gerencia del prestador	Unidad Quimioterapia
Existe un programa de capacitación de quimioterapia con los siguientes contenidos mínimos: <ul style="list-style-type: none">- Manipulación de medicamentos antineoplásicos (Norma General Técnica, Resolución 562/98)- Manejo de pacientes oncológicos de acuerdo a guías clínicas emanadas del MINSAL- Disposición y tratamiento de desechos, fármacos antineoplásicos y residuos contaminados.- Personal a capacitar- Periodicidad de las capacitaciones	✓	✓
Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación del programa de capacitación, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento	✓	✓
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓	✓
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones del seguimiento y evaluación del programa de capacitación.	✓	✓

Componente API-1 Imagenología

Los procedimientos de imagenología se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes

Lugares de verificación

- Dirección o gerencia del prestador
- Servicio de imagenología y unidades afines:
 - Radiología convencional
 - Radiología intervencional
 - Ecotomografía
 - Mamografía
 - Tomografía axial computarizada (TAC)
 - Resonancia nuclear magnética (RNM)

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Convenios de compra de prestaciones, en caso que aplique
- Procedimientos (normativa interna)
- Informes de evaluación y auditorías

Característica

API-1.1: Los procedimientos de imagenología contratados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad

Elementos medibles API-1.1	Dirección o gerencia del prestador
Convenios u otros documentos oficiales que permitan comprobar la relación con servicio acreditado (si no tiene servicio propio)	✓

Característica

API-1.2 El prestador aplica protocolos actualizados respecto a los procedimientos imagenológicos relevantes para la seguridad de los pacientes.

Verificador: Protocolos de los procedimientos imagenológicos relevantes.

Elementos medibles API-1.2	Dirección o gerencia del prestador	Servicio de imagenología	Unidades de imagenología adicionales*	Pabellones de CMA	Servicio de urgencia
Existe una descripción explícita de los procedimientos imagenológicos y de los responsables de su aplicación que considera al menos: <ul style="list-style-type: none"> - Estudios que involucran uso de medios de contraste - Estudios que involucran procedimientos invasivos - Estudios que involucran uso de sedación y/o anestesia - Mamografía - Prevención y manejo de eventos adversos - Prevención de sobre irradiación de pacientes vulnerables 	✓	✓	✓	✓	✓
Se han definido los responsables de la evaluación del uso de los procedimientos, los indicadores o criterios de evaluación y metas de cumplimiento	✓				
Existe un informe que da cuenta de la evaluación del uso de protocolos que incluye análisis de resultados obtenidos y decisiones adoptadas al respecto. Se ha realizado auditoría de los EA mayores.	✓				
Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación del uso de protocolos y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias y secundarias.	✓	✓	✓	✓	✓

* Cuando no se encuentran integradas a un servicio de imagenología centralizado

Elementos medibles API-1.2	Dirección o gerencia del prestador	Servicio de imagenología	Unidades de imagenología adicionales*	Pabellones de CMA	Servicio de urgencia
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones del seguimiento y evaluación de los protocolos.	✓	✓	✓	✓	✓
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)	✓	✓	✓	✓	✓

Característica

API-1.3 El prestador desarrolla programas de capacitación destinados al personal que participa en los procedimientos de imagenología.

Verificadores: Programa de capacitación del personal que participa en los procedimientos de imagenología.

Elementos medibles API-1.3	Dirección o gerencia del prestador	Servicio de imagenología	Unidades de imagenología adicionales*	Pabellones de CMA	Servicio de urgencia
Existe un programa de capacitación de imagenología con los siguientes contenidos mínimos: - Protección radiológica - Manejo de eventos adversos - Personal a capacitar - Periodicidad de las capacitaciones	✓				
Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación del programa de capacitación, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento	✓				
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓				
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones del seguimiento y evaluación del programa de capacitación.	✓	✓	✓	✓	✓

* Cuando no se encuentran integradas a un servicio de imagenología centralizado

Característica

API-1.4 El prestador posee un sistema de calidad de las indicaciones, registro y notificación de resultados de los procedimientos de imagenología.

Verificador: sistema de calidad de las indicaciones, registro y notificación de resultados

Elementos medibles API-1.4	Dirección o gerencia del prestador	Servicio de imagenología	Unidades de imagenología adicionales*	Servicio de urgencia	Sector de consultas y boxes de atención
Existe una descripción explícita de: <ul style="list-style-type: none"> - Las indicaciones apropiadas para los principales procedimientos imagenológicos - Los requisitos que deben cumplir las solicitudes de exámenes - Las indicaciones que deben entregarse a los pacientes antes y después de los procedimientos imagenológicos según corresponda - El sistema estandarizado de registro y entrega de resultados de los procedimientos imagenológicos 	✓	✓	✓	✓	✓
Se han definido los responsables de la evaluación del proceso de indicación, y de registro y entrega de resultados, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento	✓				
Existe un informe que da cuenta de la evaluación con análisis de resultados y decisiones adoptadas al respecto	✓				
Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación del proceso y sus resultados son consistentes con lo observado en terreno, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias.	✓	✓	✓	✓	✓
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.	✓	✓	✓	✓	✓

Componente APK-1 Rehabilitación

El prestador provee condiciones que garantizan la seguridad de los procedimientos de kinesioterapia y rehabilitación

Lugares de verificación

- Dirección o gerencia del prestador
- Servicio de rehabilitación

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Procedimientos (normativa interna)
- Informes de evaluación
- Informes de auditoría

Característica

APK-1.1 El prestador posee y aplica protocolos actualizados y ejecuta un programa de supervisión sistemática de las prácticas relacionadas con kinesioterapia y rehabilitación

Verificador: Evaluación de protocolos de atención en rehabilitación

Elementos medibles APK-1.1	Dirección o gerencia del prestador	Servicio de rehabilitación
Existen protocolos de rehabilitación y se ha designado a los responsables de su aplicación. Los protocolos abordan al menos los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de eventos adversos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Condiciones mínimas para la aplicación de procedimientos que conllevan riesgos ○ Contraindicaciones para ejecución de procedimientos específicos • Requisitos mínimos que deben cumplir las solicitudes de tratamiento 	✓	✓
Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación de la aplicación de los protocolos, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento	✓	
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.	✓	✓

Componente APT-1 Medicina Transfusional

El prestador provee condiciones que garantizan la calidad de la sangre, hemocomponentes y derivados.

Lugares de verificación

- Dirección o gerencia del prestador
- Unidad de Medicina Transfusional (UMT)

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Procedimientos (normativa interna)
- Informes de evaluación
- Informes de auditoría

Característica

APT-1.1: Los servicios de transfusión contratados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad

Elementos medibles APT-1.1	Dirección o gerencia del prestador
Convenios u otros documentos oficiales que permitan comprobar la relación con servicio acreditado (si no tiene servicio propio)	✓

Característica

APT-1.2 Se aplican procedimientos para que las transfusiones cumplan las condiciones necesarias para la seguridad de los pacientes

Verificador: Programa de control de calidad de transfusiones.

Elementos medibles APK-1.1	Dirección o gerencia del prestador	Unidad de Medicina Transfusional
Existen procedimientos explícitos del proceso de transfusión y se ha designado a los responsables de su aplicación. Los protocolos abordan al menos los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> - Determinación de grupos A, B 0 y Rh y detección de anticuerpos irregulares (todos aquellos con significación clínica) - Traslado de hemocomponentes - Eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión - Condiciones de almacenamiento y manejo de stock - Estudios de compatibilidad donante / paciente - Administración de transfusiones - Aféresis terapéuticas - Reporte de eventos adversos 	✓	✓
Se han definido los responsables de evaluar la aplicación de los protocolos, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento. Se ha auditado los EA mayores.	✓	
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.	✓	✓

Característica

APT-1.3 El prestador institucional utiliza un sistema de registro que asegura la trazabilidad de la sangre y hemocomponentes.

Verificador: Sistema de registro

Elementos medibles	Dirección o gerencia del prestador	Unidad de Medicina Transfusional
Existe un sistema de registro establecido de los productos sanguíneos utilizados por la UMT que es compatible con el utilizado por el banco de sangre proveedor, y de éste con las Unidades de Atención de Donantes, permitiendo la trazabilidad de cada transfusión.	✓	✓
Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de las transfusiones, los criterios a utilizar y las metas de cumplimiento.	✓	
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.	✓	✓

Componente APDs-1 Atención de Donantes

El prestador provee condiciones de seguridad en el proceso de donación de sangre.

Lugares de verificación

- Dirección o gerencia del prestador
- Unidad de Atención de Donantes (UAD)

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Procedimientos (normativa interna)
- Informes de evaluación
- Informes de auditoría

Característica

APD-1.1 Se aplican procedimientos para que la donación de sangre se realice bajo condiciones de calidad y seguridad

Verificador: Programa de control de calidad del proceso de donación.

Elementos medibles APK-1.1	Dirección o gerencia del prestador	Unidad de Atención de Donantes
Existen procedimientos explícitos del proceso de donación de sangre y se ha designado a los responsables de su aplicación. Los protocolos abordan al menos los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento informado - Entrevista por personal calificado - Criterios de exclusión y readmisión de donantes conforme a normas nacionales - Procedimiento de identificación y codificación del donante - Procedimiento de extracción de sangre. - Procedimiento de traslado de bolsas de sangre. - Manejo de eventos adversos durante la donación 	✓	✓
Se han definido los responsables de evaluar la aplicación de los protocolos, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento. Se ha auditado los EA mayores.	✓	
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.	✓	✓

Característica

APD-1.2 El prestador institucional utiliza un sistema de registro que asegura la trazabilidad de la sangre y hemocomponentes.

Verificador: Sistema de registro

Elementos medibles	Dirección o gerencia del prestador	Unidad de Atención de Donantes
Existe un sistema de registro establecido de los productos sanguíneos extraídos por la UAD que es compatible con el utilizado por el banco de sangre proveedor y de las Unidades de medicina transfusional, permitiendo la trazabilidad de cada transfusión.	✓	✓
Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de la sangre, los criterios a utilizar y las metas de cumplimiento.	✓	
Existe un informe que da cuenta de la evaluación, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.	✓	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y conclusiones de la evaluación.	✓	✓

GRUPO DE TRABAJO

1. Soledad Prat – Instituto de Salud Pública
2. Cecilia Carmona – Instituto de Salud Pública
3. Fernando Leyton – Instituto de Salud Pública
4. Rodrigo Contreras – Intendencia de Prestadores
5. Angélica Quintana – Intendencia de Prestadores
6. Scarlet Morales – Intendencia de Prestadores
7. Carmen Monsalve – Intendencia de Prestadores
8. Jaime López – Intendencia de Prestadores
9. Hugo Ocampo – Intendencia de Prestadores
10. Paulo Cortes – Intendencia de Prestadores
11. Ana María Cambon – División de Gestión de Redes Asistenciales
12. Patricia Fuentes – División de Gestión de Redes Asistenciales
13. Miguel Araujo – Secretaría GES
14. Dolores Toha – Secretaria GES
15. Pola Brenner – Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente
16. Mónica Pohlenz – Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente
17. Ricardo Bustamante - Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente
18. Sandra Hernández - Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente
19. Sonia Amaya – Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente
20. Patrícia Kraemer – Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente
21. Paola Pidal - Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente