

MANUAL DE ACREDITACIÓN DE PRESTADORES INSTITUCIONALES

ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN CERRADA

Marzo de 2008

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

INDICE

I.	Introducción.....	3
II.	Marco regulatorio	4
a)	Marco legal	4
b)	Reglamento de acreditación	7
III.	Requisitos para la acreditación.....	9
IV.	El proceso de acreditación	11
V.	Consideraciones generales sobre estándares, características y elementos medibles.....	13
VI.	Estándares, verificadores y elementos medibles del sistema de acreditación	20
1.	AMBITO: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP).....	
2.	AMBITO: GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL).....	
3.	AMBITO: GESTIÓN CLINICA (GC).....	
4.	AMBITO ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)	
5.	AMBITO COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)	
6.	AMBITO REGISTROS (REG).....	
7.	AMBITO SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ).....	
8.	AMBITO SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)	
9.	AMBITO SERVICIOS DE APOYO (AP).....	
Componente APL-1	Laboratorio clínico	
Componente APF-1	Farmacia	
Componente APE-1	Esterilización	
Componente APT-1	Transporte	
Componente APD-1	Diálisis	
Componente APR-1	Radioterapia	
Componente APA-1	Anatomía patológica	
Componente APQ-1	Quimioterapia	
Componente API-1	Imagenología.....	
Componente APK-1	Rehabilitación	
Componente APTr-1	Medicina Transfusional	
Componente APDs-1	Atención de Donantes.....	
Componente APCs-1	Centro de Sangre.....	

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 deL estándar mínimo señalado 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 DFL 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 Numerales 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 Hospitalaria (PECAH), 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.

Así, para la acreditación de establecimientos de atención cerrada de alta complejidad, hay verificadores que son aplicables de mejor forma a los servicios de alta complejidad, donde la probabilidad de eventos adversos es mayor, como es el caso de las unidades de pacientes críticos o servicios quirúrgicos complejos. Sin embargo en estos casos también resultará importante evaluar la gestión de los servicios ambulatorios del prestador, ya que si bien presentan una probabilidad menor de eventos adversos, se realizan en gran escala.

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 ámbitos, 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 ámbitos 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 ámbitos 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 ámbitos 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: Alimentación, 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 ámbitos**

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 **ámbito** 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 7 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 designado responsables de su aplicación.
2. Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación del ... (tema materia de la característica), los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento.
3. Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación del ... (tema materia de la característica)
4. Se documentan decisiones adoptadas, en caso de incumplimiento de metas
5. Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas... (tema materia de la característica) (en caso de ser necesario).
6 Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad.(en caso de ser necesarias)
7.En visita en terreno se verifica directamente el cumplimiento de

B) ***Interpretación de resultados***

Consideraciones generales

- La determinación del nivel de cumplimiento, se basa en la demostración del cumplimiento del tema de la característica durante la visita en terreno, esta demostración puede ser indirecta a través de revisión de documentos o con la observación directa de elementos, según este establecido en este manual. No son aceptables como evidencia las descripciones verbales, declaraciones de cumplimiento u otros fundamentos no comprobables.
- La evaluación del cumplimiento es concurrente (momento de la evaluación) y retrospectiva (requiere contar con la permanencia de un elemento concreto por un periodo de tiempo de un año, que pueda documentarse).
- Los lugares de verificación Dirección y/o gerencia del prestador considera: Dirección, subdirecciones, Gerencia, Subgerencias, representantes o comité asesores específico.

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

1). Existe un documento escrito sobre... (tema materia de la característica) y se han designado responsables de su aplicación.

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 y aprobación por autoridad correspondiente a la materia
- Los documentos presentados deben estar actualizados, para este efecto se considera un periodo de hasta 5 años.

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). Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación del ... (tema materia de la característica), los indicadores a utilizar y las metas de cumplimiento.

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 intrahospitalarias), o mediante otras formas de evaluación, como auditorías de eventos centinelas, o encuestas. Las metas de cumplimiento o umbrales pueden ser cuantitativas (por ejemplo, un porcentaje mínimo de adherencia a la norma, n° absolutos etc) Se solicitará plan de acción siempre que los resultados expresados en proporción de cumplimiento sean menor a 85%, a pesar de que la meta institucional sea menor a esta. 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). Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación del... (tema materia de la característica)

Es importante que el evaluador pueda comprobar que los datos utilizados en la evaluación a la que alude el punto 2) son fidedignos y reflejan la condición del establecimiento durante el período evaluado. Para ello se recomienda revisar una muestra 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.). En caso de inconsistencias no atribuibles al azar, el elemento debe considerarse no cumplido.

4). En caso de ser necesario: Se documentan decisiones adoptadas al respecto.

Se verifica por la existencia de documentación en la que consta que el establecimiento arribó a conclusiones respecto a sus resultados que se encuentran bajo el umbral establecido. Este plan de acción puede dar lugar a un informe de formato tradicional, pero pueden considerarse aceptables otras modalidades de reporte menos estructurados, soluciones informáticas, u otras.

5). En caso de ser necesaria: se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación

Es sabido que la sola retroalimentación produce efectos positivos sobre quienes reciben información respecto a su desempeño. Por lo tanto, en casos que exista incumplimiento de metas, 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 entrega de los resultados de la evaluación), o activa, en sesiones participativas, sin embargo, debe poder verificarse.

6). Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad

El ciclo de la calidad supone que el prestador ejecuta intervenciones de mejoría 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.

7) En visita en terreno se verifica directamente el cumplimiento de...:

La visita en terreno estará en algunas ocasiones dirigida a evaluar directamente el cumplimiento de algunos elementos específicos y consiste (dependiendo del elemento medible) en encuesta a personal, revisión de fichas clínicas, protocolos de procedimientos o cirugías, registros de actividades clínicas etc.)

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

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

1. AMBITO: 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 (AE): .
 - Servicios de Atención ambulatoria: SAA
 - Pabellones quirúrgicos (PQ).
 - Salas de procedimiento (PRO).
 - Unidades de paciente crítico (UPC), adulto, pediátricas, neonatales.
 - Sectores de hospitalización (HOSP).
 - Servicios de urgencia (URG).
- Servicios de apoyo (SAP) 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

- Documento de derechos de los pacientes.
- 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 Documento de Derechos consagra y regula adecuadamente el respeto de, a lo menos, los siguientes derechos:

- No discriminación
- 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: Instrumento de difusión 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				

Si son más de tres, evaluar los tres con mayor flujo de pacientes

Característica

DP- 1.2 La institución desarrolla actividades relacionadas con la gestión de los reclamos.

Verificador: Sistema de Gestión de Reclamos

Elementos medibles DP 1.2	Dirección o gerencia del prestador
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 relacionados con la gestión clínica,	
Existe 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 de la evaluación.*	
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejora de calidad (en caso de ser necesarias)	

* Se verifica en las 2 Unidades con mayor número de reclamos

Característica

DP 1.3 Se aplica un programa de mejoría continua del trato al paciente 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
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 cumplimiento de los derechos mínimos relacionados con: acompañamiento e información.	
Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación del proceso	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación. (en caso de ser necesario)	
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	Cirugía	Cirugía Infantil	SubEspecialidades Quirúrgicas *	GENERAL
Existe un procedimiento explícito para la obtención del consentimiento informado que especifica: - Casos en que debe requerirse, que incluye al menos Cirugías Mayores - Especifica que el consentimiento debe incluir al menos objetivos del procedimiento, sus características y potenciales efectos adversos , Nombre y firma del paciente y del responsable, intervención realizada, fecha de la obtención del consentimiento - Procedimiento en los casos de los menores de edad, y de las personas con dificultades de entendimiento o con alteración de conciencia.				
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 seguimiento y evaluación del proceso,				
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas				
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados y decisiones adoptadas. (en caso de ser necesario)				
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias).				
En visita en terreno se verifica directamente : Documentos de consentimiento informado especifican los objetivos del procedimiento, sus características y sus potenciales efectos adversos. Identifican nombre y firma del paciente, intervención realizada y nombre y firma del responsable.**				

* 2 al azar

** En las fichas clínicas de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas mayores.

Componente

DP-3 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.

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	GENERAL
Norma local que obliga a someter a aprobación ética 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.		
En visita en terreno, se verifica : Conocimiento de dicha norma en al menos el 90% de profesionales del área clínica		

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 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 velar por:

- 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
- Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente.

Verificador: Regulación de actividades docentes

Elementos medibles DP-4.1	Dirección o gerencia del prestador
Existe un convenio docente asistencial que cumple requisitos mínimos.	

Característica

DP-4.2 Las actividades docentes se organizan dentro de la Institución a través de normas o procedimientos específicos y se evalúa su cumplimiento, para asegurar la seguridad de los pacientes

Verificador: Procedimientos relacionados a Actividades docentes

Elementos medibles DP 4.2	Dirección o gerencia del prestador	PQ	Medicina	Obstetricia	URG
Se han establecido 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 de los procedimientos ejecutados por alumnos, los indicadores a utilizar y las metas de cumplimiento					
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación de los procedimientos,					
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas					
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas					

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. AMBITO 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.
 - Pabellones quirúrgicos (PQ).
 - Salas de procedimiento (PRO).
 - Unidades de paciente crítico (UPC), adulto, pediátricas, neonatales.
 - Servicios de apoyo (SAP).
 - Sectores de hospitalización (HOSP).
 - Servicios de urgencia (URG).

Documentación básica que debe disponer el prestador

- Política y programa 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 institucionales, 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	GENERAL
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: b) Funciones c) Horas asignadas d) Requisitos de capacitación y/o experiencia		
Cuenta con un programa de calidad institucional que establece al menos: - Indicadores y metas de cumplimiento que considere al menos uno relacionado a: Proceso anestésico		
Atención de enfermería		
Uso de medicamentos		
Programa de prevención de eventos adversos		
Registros Clínicos		
Existe un informe que da cuenta de la evaluación anual, que incluye un análisis de los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas al respecto.		
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)		
En visita en terreno se verifica directamente El o los responsables son conocidos en al menos el 85% del personal entrevistado		

Característica

CAL-1.2 Existe un programa de trabajo estructurado que incluye metas calidad anuales en las Unidades de la Institución.

Verificador: Programa de mejoría continua de la calidad en Unidades

Elementos medibles CAL-1.2	PQ	PRO	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Medicina	Obstetricia	API	APA	APL	APD	APQ	APR	APF	APK	APE	APD/APC/APTr	URG
Cuanta con programas de calidad por Unidad que establecen al menos: Indicadores y metas de cumplimiento																		
Existen responsables de dirigir y evaluar las actividades de mejoría continua de la calidad en cada uno de los servicios clínicos y de apoyo,.																		

3. AMBITO 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.
 - Pabellones quirúrgicos (PQ).
 - Salas de procedimiento (PRO).
 - Unidades de paciente crítico (UPC), adulto, pediátricas, neonatales.
 - Servicios de apoyo (SAP).
 - Sectores de hospitalización (HOSP).
 - Servicios de urgencia (URG).

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	PQ	Pabellón Maternidad	General
Existen protocolos explícitos respecto a anestesia general o regional 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. Que incluya al menos evaluación pre anestesia en cirugía mayor			
Existe constancia de que se ha ejecutado el proceso de seguimiento y evaluación.			
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas			
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)			
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias).			
En visita en terreno se verifica directamente el cumplimiento de : Presencia de evaluación preanestésica en al menos el 85% de los pacientes evaluados			

Característica

GCL-1.2 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-1.2	PQ	PRO	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Diálisis	Pediatría	Medicina	URG
Existen protocolos explícitos respecto a la atención de enfermería, que incluyen al menos: - Instalación CUP - Manejo de enfermería en pacientes en ventilación mecánica - Instalación de vías venosas - Administración de medicamentos EV									
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 seguimiento y evaluación,									
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas									
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)									
Existe constancia 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: Evaluación y control del dolor.

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

Elementos medibles GCL-1.3	PQ*	Obstetricia	Cirugía	Traumatología
Existen protocolos explícitos respecto a la evaluación y manejo del dolor.				
Se han definido los responsables de la evaluación del proceso, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento. Incluir al menos pacientes traumatológicos, quemados y obstétricos				
Existe constancia de que se ha ejecutado el proceso de seguimiento y evaluación.				
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas				
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)				

* Recuperación

Característica**GCL-1.4** Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Uso medicamentos

Verificador: Criterios de indicación de medicamentos

Elementos medibles GCL-1.4	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Medicina	SAA
Existen protocolos explícitos respecto criterios de indicación de medicamentos , que incluyen al menos: - Anticoagulantes - hipoglicemiantes inyectables - Antimicrobianos					
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 seguimiento y evaluación,					
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas					
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)					
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)					

Característica**GCL-1.5** Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Reanimación cardiopulmonar.

Verificador: Protocolos de reanimación cardiopulmonar

Elementos medibles GCL-1.5	PQ	PRO	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	MEDICINA	URG
Existen protocolos explícitos respecto a la Reanimación cardiopulmonar, y se ha designado a los responsables de su aplicación.							

Característica

GCL-1.6 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Criterios de ingreso y egreso a unidades de paciente crítico.

Verificador: Protocolos de criterios de ingreso y egreso a UPC

Elementos medibles GCL-1.6	PQ	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	HOSP	URG
Existen protocolos explícitos respecto a los Criterios de ingreso y egreso en unidades de paciente crítico, y se ha designado a los responsables de su aplicación.						

Característica**GCL-1.7** Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de cesárea.

Verificador: programa de mejoría de la indicación de cesárea

Elementos medibles GCL-1.7	Obstetricia
Existen protocolos explícitos respecto a la Indicación de cesárea.	
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 seguimiento y evaluación.	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)	
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)	

Característica**GCL-1.8** Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicaciones de transfusión.

Verificador: programa de mejoría de las indicaciones de transfusión

Elementos medibles GCL-1.8	Dirección o gerencia del prestador*	PQ	UPC adulto	Diálisis
Existen protocolos explícitos respecto a la Indicación médica de transfusión, que incluyen al menos: - Hemocomponentes /sangre total - N° unidades				
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 seguimiento y evaluación, que incluye al menos las Unidades de pabellón quirúrgico, UPC adulto y Diálisis				
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas				
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)				

*Comité de medicina transfusional

Característica**GCL-1.9** Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Decisiones de tratamiento oncológico.

Verificador: programa de mejoría de las decisiones de tratamiento oncológico

Elementos medibles GCL-1.9	Dirección o gerencia del prestador
Existe Comité Oncológico Médico	
Se verifica registro de pacientes sometidos a dicho comité	
Existen protocolos de tratamiento oncológico	

Característica

GCL-1.10 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Diagnóstico de muerte cerebral y procuramiento de órganos.

Verificador: protocolos de diagnóstico de muerte cerebral y procuramiento de órganos.

Elementos medibles GCL-1.10	UPC Ad	URG Adulto
Existen protocolos explícitos respecto a la Diagnóstico de muerte cerebral y procuramiento de órganos. Existe definido un responsable del proceso del procuramiento		

Característica

GCL-1.11 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Contención farmacológica y física de pacientes en agitación psicomotora.

Verificador: programa de mejoría de la contención farmacológica y física de pacientes.

Elementos medibles GCL-1.11	UPC Ad	UPC Ped	Psiquiatría	Medicina	URG
Existen protocolos explícitos respecto a la Contención farmacológica y física de pacientes.					
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 seguimiento y evaluación,					
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas					
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)					
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)					

Característica

GCL-1.12 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Criterios de ingreso y egreso de pacientes con intento de suicidio.

Verificador: programa de mejoría del proceso de ingreso y egreso de pacientes con intento de suicidio.

Elementos medibles GCL-1.12	UPC Ad	Medicina	URG
Existen protocolos explícitos respecto a los criterios de ingreso y egreso de pacientes con intento de suicidio.			
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 seguimiento y evaluación.			
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas			
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)			
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)			

Característica

GCL-1.13 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Manejo de biopsias: identificación y rotulación, traslado, recepción.

Verificador: programa de mejoría del manejo de biopsias: identificación, rotulación y traslado (trazabilidad).

Elementos medibles GCL-1.13	PQ	PRO
Existen protocolos explícitos respecto al manejo de biopsias: identificación, rotulación y traslado.		
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 seguimiento y evaluación,		
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas		
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)		
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)		

Característica**GCL-1.14** Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Identificación del paciente.

Verificador: programa de mejoría del proceso de identificación del paciente.

Elementos medibles GCL-1.14	PQ	UPC Ad	Neonatología	Medicina
Existen protocolos explícitos respecto a la identificación del paciente, que incluye al menos: - Identificación para ingreso a pabellón - Recién nacidos - Pacientes con compromiso de conciencia				
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 seguimiento y evaluación,				
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas				
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)				
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la 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 de los eventos adversos (EA) asociados a la atención

Verificador: Programa de vigilancia de los eventos adversos

Elementos medibles GCL 2.1	Dirección o gerencia del prestador	Farmacía	PQ	PRO	UPC Ad	UPC Ped	Quimio	Cirugía	Medicina	Obstetricia	UMT	Imagología	Anatomía Patológica	Transporte	URG
<p>Existe programa de vigilancia de los EA asociados a la atención que contemplan al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ulceras por presión - EA mayores asociados a la anestesia - EA mayores asociados a la cirugía: <ul style="list-style-type: none"> Cirugía de lado equivocado Cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico - EA mayores asociados a errores de medicación - Caídas - Lesiones en pacientes psiquiátricos, fuga de pacientes psiquiátricos - Muertes inesperadas - Extravío de biopsias - EA asociados a la atención obstétrica - Vigilancia activa de EA asociado a la transfusiones 															

Elementos medibles GCL 2.1	Dirección o gerencia del prestador	Farmacía	P Q	PRO	UPC Ad	UPC Ped	Quimio	Cirugía	Medicina	Obstetricia	U M T	Imagología	Anatomía Patológica	Transporte	URG
Existen registros implementados y en uso para notificación de EA															
Existe una auditoría de cada evento centinela que contempla al menos un análisis formal del evento, calificación de prevenible o no prevenible															
Existe un análisis global que contempla al menos frecuencia de los EA prevenibles reportados en cada Unidad															
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados del análisis															
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad en base a los resultados de las evaluaciones y auditorías (en caso de ser necesarias)															

¹ 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.
- Evento centinela: aquel que causó la muerte de paciente o puso en grave riesgo la vida de éste o ameritó terapia específica en UPC.

Característica

GCL-2.2 Se aplica un programa de prevención de los eventos adversos (EA) asociados a la atención

Verificador: Programa de prevención de eventos adversos

Elementos medibles GCL 2.2	Dirección o gerencia del prestador	P Q	PRO	UPC Ad	UPC Ped	Medicina	Imagenología	Farmacia	URG
Existen protocolos explícitos respecto a la prevención de los EA asociados a la atención que contemplan al menos: -EA mayores asociados a la cirugía : Incluir al menos Recuento de compresas e instrumental, identificación de sitio operatorio. - EA mayores asociados a errores de medicación - Caídas - Ulceras por presión									
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 seguimiento y evaluación.									
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas									
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)									
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejora de la calidad (en caso de ser necesarias)									

Componente GCL-3

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

Característica

GCL-3.1 Se aplica un Programa de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias 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	PQ	PRO	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	PEDIATRIA	MEDICINA	CIRUGIA
Existe un Comité de Infecciones Intrahospitalarias									
Se utiliza normativa de prevención de IIH al menos infección de herida operatoria, esterilización, desinfección, aislamientos y técnica aséptica									
Se dispone de un sistema de vigilancia de infección de herida operatoria que especifica procedimientos y criterios de notificación.									
Se ha supervisado prácticas de prevención de IIH en el último año.									
Se ejecutan Programa de Intervención de acuerdo a análisis de resultados.									

4.- AMBITO 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.
 - Pabellones quirúrgicos (PQ).
 - Salas de procedimiento (PRO).
 - Unidades de paciente crítico (UPC), adulto, pediátricas, neonatales.
 - Servicios de apoyo (SAP).
 - Sectores de hospitalización (HOSP).
 - Servicios de urgencia (URG).
 - Servicio de atención ambulatoria (SAA)

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 o algoritmo de decisión de atención.

Elementos medibles AOC-1.1	Sectores de acceso y espera de público	Sectores de consultas y boxes de atención	General
El procedimiento establecido incluye a lo menos: - Crisis convulsivas - Reacciones alérgicas - Paro cardiorrespiratorio Se encuentra disponible en las áreas de atención			
En visita en terreno en terreno se verifica directamente : Conocimiento de protocolo o algoritmo decisión en el 90% del personal entrevistado			

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	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, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias: - Registro de categorizaciones realizadas.	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)	
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la 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	SAA	Cirugia	PRO	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.				
Existe constancia de que se ha ejecutado en forma sistemática el procedimiento de priorización				

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-1.4	Laboratorio	Anatomía Patológica	Imagenología	Banco de sangre
Existen protocolos donde se identifican las situaciones o resultados críticos que requieren notificación, el procedimiento de notificación 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 el seguimiento y evaluación del sistema de notificación, a través de la revisión de fuentes primarias o secundarias: - Registro de resultados crítico de exámenes - Registro de notificaciones				
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas				
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)				
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la 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	PQ	PRO	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Diálisis	Medicina	Cirugía	Pediatría	URG
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 - 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 críticas, observación y recuperación de pacientes.

Elementos medibles AOC-2.2	PQ*	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Medicina	Obstetricia	Pediatría	URG	Diálisis
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 constata que existe entrega de turno en cada estamento									

* Recuperación

5. AMBITO 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 y/o gerencia del prestador.
 - Pabellones quirúrgicos (PQ).
 - Salas de procedimiento (PRO).
 - Unidades de paciente crítico (UPC), adulto, pediátricas, neonatales.
 - Servicios de apoyo (SAP).
 - Sectores de hospitalización (HOSP).
 - Servicios de urgencia (URG).

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 las nutricionistas permanentes del prestador	
Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de las nutricionistas 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 realiza actividades para asegurar que el personal que ingresa adquiera conocimientos generales y específicos acerca del funcionamiento y normas locales, con énfasis en materias que afecten la seguridad de los pacientes.

Característica

RH-2.1 El prestador cuenta con programas de inducción¹⁸ y orientación¹⁹ e, que enfatizan la seguridad de los pacientes, y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la institución.

Verificador: Programas de inducción y orientación.

Elementos medibles RH 2.1	Dirección o Gerencia Prestador	Pabellones de CMA	PQ	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Radioterapia	Diálisis
Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de inducción que enfatiza la seguridad de los pacientes al menos al 85% de los funcionarios que ingresan anualmente a la institución								
Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de orientación que enfatiza la seguridad de los pacientes al menos al 85% de los funcionarios que ingresan anualmente a la institución								

18 Inducción 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 institucional programa y prioriza de acuerdo a un plan general de la institución la capacitación 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: prevención y control de infecciones, reanimación cardiopulmonar y operación del equipamiento de reanimación. 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	PQ	PRO	UPC Ad.	UPC Ped.	UPC Neo	Imagen.	Diálisis	Medicina	Cirugía	Trauma.	Otros S. quirúrgicos	URG
Existe un programa de capacitación anual en el que se incluya al menos: - prevención y control de infecciones, - reanimación cardiopulmonar y operación del equipamiento de reanimación, y un responsable de su aplicación.													
La cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas asegura que el personal reciba una actualización al menos cada 5 años.													
Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación de cobertura del programa, al menos anualmente													

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	Anatomía Patológica	Esterilización
El programa contempla al menos: <ul style="list-style-type: none">- Controles de dosimetría en imagenología- Controles de dosimetría en radioterapia- Preparación o manipulación de drogas antineoplásicas- Exposición a gases en esterilización y Anatomía Patológica						
Se ha definido los responsables del programa						
Existe constancia de que se han ejecutado el programa y se han ejecutado medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)						

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

Elementos medibles RH 4.2b	Dirección o gerencia del prestador	PQ	PRO	UPC	Quimiot.	Radio.	Esterilización	Laboratorio	Anatomía Patológica	Medicina	Obstetricia	URG
Existe un procedimiento establecido para el manejo de este tipo de accidentes.												
Existen registros implementados y en uso de los accidentes ocurridos.												
En casos de mayor gravedad: Existe una auditoría del accidente que contempla al menos un análisis formal del evento, calificación de prevenible o no prevenible y una reunión con los involucrados en los casos prevenibles												
Existe un análisis que da cuenta de la evaluación de los accidentes ocurridos y las decisiones adoptadas al respecto.												
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
Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación del programa, los indicadores a utilizar y las metas de cumplimiento. Se considera al menos cobertura de vacuna anti hepatitis b	
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación del programa.	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)	

6. AMBITO REGISTROS (REG)

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

Lugares de verificación

- Dirección y/o gerencia del prestador.
 - Pabellones quirúrgicos (PQ).
 - Salas de procedimiento (PRO).
 - Unidades de paciente crítico (UPC), adulto, pediátricas, neonatales.
 - Servicios de apoyo (SAP).
 - Sectores de hospitalización (HOSP).
 - Servicios de urgencia (URG).

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 institucional que define la existencia de ficha clínica única individual o sistema centralizado de información clínica. -	
En visita en terreno se verifica directamente el cumplimiento de dicha norma	

Característica

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

Verificador: Registros clínicos

Elementos medibles REG 1.2	PQ	Pab. de CMA	PRO	UPC Adulto	Medicina	Cirugia	SAA
<p>Existe una norma institucional sobre registros clínicos que :</p> <p>Incluye al menos los registros de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ingreso ○ protocolo operatorio. ○ protocolo de anestesia ○ procedimientos diagnósticos y terapéuticos ○ Evolución diaria de pacientes hospitalizados ○ Epicrisis ○ Registro de consultas profesionales ambulatorias ○ Interconsultas ○ Atención de Urgencia <p>Contempla al menos</p> <ul style="list-style-type: none"> Formato y responsables del llenado Legibilidad Contenidos mínimos 							
<p>Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación de la aplicación de la norma, los indicadores a utilizar y las metas de cumplimiento.</p>							
<p>Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación de los registros</p>							
<p>Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas</p>							
<p>Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejora de la calidad (en caso de ser necesarias)</p>							

Característica

REG-1.3: El prestador entrega al paciente por escrito información relevante sobre las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento.

Verificador: Informes de prestaciones

Elementos medibles REG 1.3	PRO	Diálisis	Radioterapia	Quimioterapia	Imagenología *	Cirugía	Medicina	Pediatría	URG
<p>Existe una norma institucional 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"> - Al alta: epicrisis - Atención de urgencia - Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios - Contenidos mínimos de los registros entregados: <ul style="list-style-type: none"> o Diagnóstico o Procedimiento realizado o Indicaciones - 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.									
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas									
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)									
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)									

* Imagenología Intervencional

Característica

REG-1.4 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 1.4	Dirección o gerencia del prestador
Existen procedimientos establecidos de <u>entrega y recepción</u> de fichas que contempla actividades destinadas a: Evitar pérdidas o no disponibilidad de ficha clínica 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 del seguimiento y evaluación de la aplicación de los procedimientos , los indicadores a utilizar y las metas de cumplimiento.	
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación de los registros	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)	
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)	

7. AMBITO SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

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

Lugares de verificación

- Dirección y/o gerencia del prestador.
 - Pabellones quirúrgicos (PQ).
 - Salas de procedimiento (PRO).
 - Unidades de paciente crítico (UPC), adulto, pediátricas, neonatales.
 - Servicios de apoyo (SAP).
 - Sectores de hospitalización (HOSP).
 - Servicios de urgencia (URG).

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
Existe un procedimiento para la adquisición de equipamiento que considera al menos: <ul style="list-style-type: none">- 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)	

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
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,	

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
<p>Existe un programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Electrobisturíes- Equipos de monitorización hemodinámica y de parámetros vitales- Monitores desfibriladores- Ventiladores fijos y de transporte- 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- 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)	
<p>El responsable del programa de mantenimiento preventivo tiene competencias demostrables para llevarlo adelante.</p>	

<p>Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de mantenimiento preventivo según cronograma, en al menos los equipos mencionados</p> <p>Revisión de :</p> <p>Hojas de vida de equipos.</p> <p>Cumplimiento de cronogramas de mantenimiento.</p>	
--	--

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	PQ	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Esterilización	Laboratorio	Diálisis	Imagenología	Radioterapia	Medicina	URG
Esta definido el perfil del personal autorizado para operar los equipos relevantes para la seguridad de los usuarios,. Considera al menos: <ul style="list-style-type: none"> - Electrobisturías - Equipos de monitorización hemodinámica y de parámetros vitales - Ventiladores fijos y de transporte - Monitores desfibriladores - Máquinas de anestesia - Autoclaves - Equipos de laboratorio (equipos críticos) - Equipos de diálisis - Equipos de radioterapia - Equipos de imagenología 												

8. AMBITO 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
- Pabellones quirúrgicos (PQ).
- Salas de procedimiento (PRO).
- Unidades de paciente crítico (UPC), adulto, pediátricas, neonatales.
- Servicios de apoyo (SAP).
- Sectores de hospitalización (HOSP).
- Servicios de urgencia (URG).

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

Elementos medibles INS- 1.1	Dirección o gerencia del prestador
Se ha definido responsable(s) del plan de prevención de incendio y colapso de elementos no estructurales,	
Existen informes que dan cuenta del seguimiento y la evaluación de a lo menos: <ul style="list-style-type: none">- Análisis de riesgos de incendio elaborado por bomberos (trianual)- Riesgo de colapso de electos no estructurales con periodicidad mínima de 5 años.- 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.	
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	PQ	PRO	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Sector de acceso y espera de público	Tom a de muestras	UR G	Hosp.*	Gen eral
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 Se encuentran accesibles en todos los sectores potencialmente afectados.											
Existe constancia de que se han ejecutado las pruebas del plan de emergencia, anualmente en las unidades definidas											
En visita en terreno se verifica directamente: Al menos el 90% del personal entrevistado tiene conocimiento del aspectos generales del plan de emergencia											

* seleccionar los dos servicios clínicos con mayor número de personas hospitalizadas al momento de la evaluación

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 de escape del establecimiento.			
En visita en terreno se verifica directamente el cumplimiento de : - Señalética de vías de escape - Considerar iluminación, posición, tamaño, claridad de lectura o interpretación			

* evaluar los sectores con mayor afluencia de público

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.
Se ha definido los responsables del plan de prevención y contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico y de agua potable	
Existen registros que dan cuenta de la evaluación de a lo menos: <ul style="list-style-type: none">- 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 han ejecutado las medidas de mejoría de calidad (en caso de ser necesarias)	
En visita en terreno se verifica directamente el cumplimiento de : Operación de generadores de emergencia Calidad macroscópica del agua	

Verificador: Programa de mantenimiento preventivo de instalaciones

Elementos medibles INS- 3.1b	Dirección o gerencia del prestador
<p>Existe un programa de mantenimiento preventivo que incluye al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ascensores - Calderas - Sistema de aspiración y gases clínicos - Techumbre - Sistemas de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes <p>Se ha definido los responsables de la ejecución del programa.</p>	
<p>Se verifica ejecución de programa de mantenimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoja de vida de los equipos e instalaciones - Operadores de equipos, usuarios 	
<p>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.</p>	

9. AMBITO 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:
 - Pabellones quirúrgicos (PQ)
 - Unidades de paciente crítico adulto, pediátricas, neonatales (UPC)
 - Sectores de hospitalización (HOSP)
 - Servicios de urgencia (URG)
 - Diálisis
 - Radioterapia
 - Quimioterapia

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	Laboratorio clínico	Unidades de Toma de Muestras	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Medicina	Urgencia
Existen procedimientos explícitos sobre: a. Proceso de Toma de muestras , incluyendo al menos: - 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 b. Traslado de muestras y responsables de su aplicación c. Almacenamiento de muestras y responsables de su aplicación d. Entrega de información a los pacientes según corresponda, en relación a: - Toma y traslado de muestras - Plazos de entrega de los exámenes.							
Se ha seleccionado las prácticas relevantes a evaluar, se han definido los responsables de su evaluación, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento. Se ha evaluado al menos la toma de muestra en las Unidades definidas							
Existe constancia que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación							
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas							
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)							
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)							

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	Area Microbiología	Area Hematología	Area Bioquímica
<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. Protocolos de Control de Calidad del Agua destilada d. Registro de temperaturas en equipos que lo ameritan. e. Asignación de responsabilidad respecto a la realización de los exámenes, la validación de resultados y la entrega de informes. f. Manejo de pre-informes y resultados de exámenes de urgencia g. Entrega de informes a pacientes, servicios y/o instituciones h. Protección y respaldo de la información generada manualmente, en analizadores automáticos y computadores, según disposiciones reglamentarias vigentes. i. Formulario único de informe de resultados con la información requerida de acuerdo al Reglamento de Laboratorios Clínicos. e. Tiempos de respuesta de exámenes urgentes y no urgentes a Servicios y/o instituciones f. Stock de insumos y reactivos para asegurar la continuidad de exámenes críticos para la seguridad de los pacientes g. Existen procedimientos explícitos para asegurar la vigencia de los reactivos, insumos o KIT usados. 			
<p>Se ha seleccionado las prácticas relevantes a evaluar, se han definido los responsables de su evaluación, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento. Se ha evaluado al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de protocolos de Control de Calidad Internos - Tiempos de respuesta de exámenes urgentes o provenientes de unidades Críticas 			
<p>Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas</p>			
<p>Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)</p>			
<p>Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)</p>			

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	Laboratorio clínico
Existen registros de participación en Programas de Evaluación Externa de la Calidad en todas las áreas en que el laboratorio realiza prestaciones.	
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.	

APL- 1.5 El Laboratorio asegura las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso

Verificador: Procedimiento de bioseguridad

Elemento medible	Laboratorio	GENERAL
Existe un documento escrito vigente que especifique las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso del laboratorio de acuerdo a la regulación nacional y un responsable de su aplicación.		
En visita en terreno se verifica directamente cumplimiento de : Almacenamiento adecuado de reactivos peligrosos Uso de protección personal		

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 quirúrgicos (PQ)
- Salas de procedimiento (PRO)
- Unidades de paciente crítico adulto, pediátrica, neonatales (UPC)
- Sectores de hospitalización (HOSP)
- Servicios de urgencia (URG)
- Servicios de apoyo (AP):
 - Farmacia
 - Transporte
 - Diálisis
 - Radioterapia
 - Quimioterapia
 - Imagenología

Documentación básica que debe disponer el prestador

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

Característica

APF-1.1: Los preparados antineoplásicos y/o fórmulas de nutrición parenteral comprados 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, o autorización del ISP en el caso de compra de productos producidos en el exterior.	

Característica

APF-1.2 Se aplica un procedimiento establecido para la adquisición de medicamentos e insumos.

Verificador: Procedimiento para la adquisición de medicamentos e insumos

Elementos medibles APF-1.2	Unidad de farmacia	PQ	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Medicina	Diálisis
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							
Existe constancia de participación de los usuarios en la evaluación técnica de fármacos e insumos							

Característica

APF-1.3 Se mantiene un stock mínimo de medicamentos e insumos predefinido en las unidades de pacientes de mayor riesgo.

Verificador: Stock mínimo de medicamentos e insumos

Elementos medibles APF-1.3	Unidad de farmacia
Existe normativa que define stock mínimo de medicamentos e insumos que considera a lo menos: - 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 el seguimiento y la evaluación del stock mínimo	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)	

Característica

APF- 1.4 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-1.4	Unidad de farmacia	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Medicina	URG
<p>Existe descripción explícita de a lo menos los siguientes procedimientos :</p> <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.- Sistema de reposición de stock mínimo de la unidad de farmacia- Manual de especificaciones técnicas de medicamentos (al menos antimicrobianos de uso EV, drogas vasoactivas) y que considera a lo menos: dosificación, vías de administración, dilución, vida media, efectos adversos, contraindicaciones, interacciones farmacológicas, modo de conservación.						

Elementos medibles APF-1.4	Unidad de farmacia	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Medicina	URG
Se han definido los responsables de la evaluación de los procedimientos de farmacia, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento. Se evalúa al menos : Prescripción de medicamentos Eliminación de medicamentos expirados Despacho de medicamentos						
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y la evaluación						
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas						
Existe constancia de que se han ejecutado las medidas de mejoría de calidad						

Característica

APF-1.5 La preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos se realiza bajo las condiciones de seguridad previstas en la normativa vigente.

Verificador: Procedimiento de preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos.

Elementos medibles APF-1.5	Unidad de farmacia
Existe descripción explícita de los procedimientos de preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos de acuerdo a la normativa vigente*	
Se han definido los responsables de la evaluación de de los procedimientos de preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos, los criterios o indicadores a utilizar y las metas de cumplimiento	
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y la evaluación de los procedimientos	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)	
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)	

* Farmacia Oncológica: Dependen de Farmacia

Característica

APF-1.6 La elaboración y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral se realiza bajo condiciones seguras para los pacientes.

Verificador: Procedimientos de elaboración y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral

Elementos medibles APF-1.6	Unidad de farmacia
Existe descripción explícita de procedimiento de preparación y entrega de fórmulas de nutrición parenteral, acorde a la normativa vigente.	
Se han definido los responsables de la evaluación de los procedimientos de preparación, almacenamiento y distribución de fórmulas de nutrición parenteral, los criterios o indicadores a utilizar y las metas de cumplimiento que incluye al menos supervisión de técnica de preparación	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)	
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)	

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 quirúrgicos (PQ)
- Salas de procedimiento (PRO)
- Unidades de paciente crítico adulto, pediátrica, neonatales (UPC)
- Sectores de hospitalización (HOSP)
- Servicios de urgencia (URG)
- Servicios de apoyo (APOY):
 - Diálisis
 - Radioterapia
 - Quimioterapia
 - Imagenología

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

Verificador: Convenio de compra de prestaciones a terceros.

Elementos medibles APE-1.1	Dirección o gerencia del prestador
Convenio(s) u otro documento oficial que permita comprobar la relación con servicio acreditado	

Característica

APE- 1.2 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	PQ	PRO	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Cirugía	Odontología	URG
Existen normativa interna que establecen : Métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico Recepción de material esterilizado fuera de la institución. Se los responsables de su aplicación.									
El proceso de Esterilización se realiza en forma centralizada									
Existen procedimientos explícitos sobre: criterios de recepción de materiales a ser esterilizados, lavado y secado, inspección y preparación, operación de equipos de esterilización, almacenamiento Distribución transporte de material contaminado Procedimiento de esterilización Protocolo para el proceso de DAN, 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. Deben incluir al menos 4 criterio de evaluación de los procedimientos mencionados									

Elementos medibles APE-1.2	Servicio de Esterilización	PQ	PRO	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Cirugía	Odontología	URG
Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación de los procedimientos.									
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas									
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)									
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la 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
- Unidades de paciente crítico adulto, pediátrica, neonatales (UPC)
- Sectores de hospitalización (HOSP)
- Servicios de urgencia (URG)
- Servicios de apoyo:
 - Diálisis
 - Radioterapia
 - Quimioterapia
 - Imagenología
 - Kinesioterapia y rehabilitación

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: Los sistemas de transporte de pacientes comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad

Verificador: Convenio de compra de prestaciones a terceros.

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

Característica

APT-1.2: El proceso de transporte de pacientes cumple condiciones mínimas de seguridad

Verificador: Procedimientos de transporte de pacientes

Elementos medibles APT 1.2	Dirección o gerencia del prestador
<p>Existen protocolos de traslado según complejidad de paciente que incluyen al menos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tipos de móvil, su equipamiento y personal (con o sin convenios)- 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 (con o sin convenio)- Registro a completar del proceso de traslado y entrega (con o sin convenio)	
<p>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. Que incluyen al menos Procedimientos de supervisión de condiciones operativas, Cumplimiento de registros</p>	
<p>Existe constancia de que se ejecuta la evaluación de los protocolos</p>	
<p>Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas</p>	
<p>Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)</p>	
<p>Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)</p>	

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

Verificador: Convenio de compra de prestaciones a terceros.

Elementos medibles APD-1.1	Dirección o gerencia del prestador
Convenio(s) u otro documento oficial que permita comprobar la relación con servicio acreditado	

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	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 - Programa de capacitación a pacientes y/o familiares en peritoneodiálisis crónica 	
<p>Se ha 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 constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación de los protocolos</p>	
<p>Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas</p>	
<p>Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)</p>	
<p>Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la 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	Unidad de diálisis
Existen procedimientos explícitos para el control de calidad de los insumos de diálisis que incluye al menos: - Medición de la calidad del agua - Controles microbiológicos del agua tratada en llave de alimentación y líquido de diálisis después del dializador Se ha definido los responsables de su aplicación.	
Se ha definido los responsables del seguimiento y evaluación de los controles de calidad, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento.	
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la 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 auditorias

Característica

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

Verificador: Convenio de compra de prestaciones a terceros.

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

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

Verificador: Protocolos de radioterapia.

Elementos medibles APR-1.2	Servicio de radioterapia
Existe una descripción explícita de los procedimientos de radioterapia y de los responsables de su aplicación, que considera al menos: <ul style="list-style-type: none">- Teleterapia- Braquiterapia- Simulación- Planificación- Prevención, manejo y vigilancia de eventos adversos:<ul style="list-style-type: none">- Accidentes radioactivos	
Se han definido los responsables de la evaluación del uso de los procedimientos, los indicadores o criterios de evaluación y metas de cumplimiento	
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación de los procedimientos	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)	
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)	

Característica

APR-1.3 El prestador desarrolla un programa de calidad de los procedimientos de radioterapia.

Verificadores: Programa de calidad de los procedimientos de radioterapia.

Elementos medibles API-1.3	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 en Braquiterapia- 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 constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación del programa	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)	

Característica

APR-1.4 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-1.4	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 de los registro, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento	
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)	
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)	

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

Verificador: Convenio de compra de prestaciones a terceros.

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

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	Servicio de anatomía patológica
Existen procedimientos explícitos: <ul style="list-style-type: none">- De obtención y conservación de muestras:<ul style="list-style-type: none">o Criterios generaleso Criterios para sitios anatómicos y condiciones clínicas específicaso Rotulacióno Registro de solicitud de estudio anatomopatológico- De traslado de muestras- Sobre criterios de aceptación, rechazo y solicitud de nuevas muestras Se ha definido a los responsables de su aplicación	
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)	
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)	

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	Servicio de anatomía patológica
Existen procedimientos explícitos sobre: <ul style="list-style-type: none">- Técnicas de ejecución de los exámenes- Asignación de responsabilidad respecto a la realización de los exámenes, la validación de resultados y la entrega de informes.- Manejo de resultados urgentes.- Entrega de informes a pacientes, servicios y/o instituciones,- Protección y respaldo de los informes.- Plazos de entrega de resultados de los exámenes.- Protocolo de Control de calidad interno Se ha definido a los responsables de su aplicación	
- Se han definido los responsables de la evaluación de los procedimientos, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento. La evaluación incluye al menos indicadores relacionados a control de Calidad interno de exámenes y tiempos de respuesta	
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)	
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)	

APA 1.4 El servicio de anatomía patológica asegura las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso

Verificador: Condiciones de Bioseguridad

Elemento medible APA 1.4	Servicio de Anatomía Patológica	GENERAL
Existe un documento que especifique las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso, incluido el manejo de desechos. Se describe un responsable de su aplicación.		
Existen procedimientos explícitos para el manejo y almacenamiento adecuado de Reactivos peligrosos y se verifica en terreno el cumplimiento de estos		

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
- Servicio de oncología / Unidad de quimioterapia

Documentación básica que debe disponer el prestador

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

Característica

APQ-1.1: Los procedimientos de quimioterapia comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad

Verificador: Convenio de compra de prestaciones a terceros.

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

Característica

APQ-1.2 El prestador 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-1.2	Servicio de Hospitalización o Unidad de 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">• Protocolos de tratamiento de quimioterapia• Manejo de 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 constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación de la aplicación de los protocolos	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)	
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)	

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

Verificador: Convenio de compra de prestaciones a terceros.

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

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	Servicio de imagenología
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">- Procedimientos que involucran uso de medios de contraste- Estudios que involucran procedimientos invasivos- Procedimientos que involucran uso de sedación y/o anestesia- Mamografía- Prevención de irradiación en embarazadas	
Se han definido los responsables de la evaluación del uso de los procedimientos, los indicadores o criterios de evaluación y metas de cumplimiento	
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)	
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)	

Característica

API-1.3 El prestador posee un sistema de calidad del registro y notificación de resultados de los procedimientos de imagenología.

Verificador: sistema de calidad de los registro y notificación de resultados

Elementos medibles API-1.3	Servicio de imagenología	UPC adulto	Medicina	URG
Existe una descripción explícita de: - 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 - Procedimiento de registro y entrega de resultados de los procedimientos imagenológicos.				
Se han definido los responsables de la evaluación del sistema de calidad de los registros, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento. Debe incluir al menos evaluación de requisitos de solicitud de exámenes de las Unidades definidas				
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación				
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas				
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)				

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
- Unidades de paciente crítico adulto, pediátrica, neonatales (UPC)
- Sectores de hospitalización (HOSP)

Documentación básica que debe disponer el prestador

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

Característica

APL-1.1: Los procedimientos de kinesioterapia y rehabilitación comprados 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

APK-1.1 El prestador 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	Servicio de rehabilitación	UPC Adulto	UPC Ped	Medicina
Existen protocolos de Kinesioterapia y 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">• 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 constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación de los protocolos				
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas				
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)				

Componente APTr-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

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

Característica

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

Verificador: Convenio de compra de prestaciones a terceros.

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

Característica

APTr-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 APTr-1.2	Unidad de Medicina Transfusional
<p>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:</p> <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-	
Se han definido los responsables de evaluar la aplicación de los protocolos, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento.	
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)	
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)	

Característica

APTr-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 APTr 1.3	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 constancia de que se ha ejecutado la evaluación del proceso	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)	

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**APDs-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 APDs-1.1	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.	
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación de los protocolos	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)	
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)	

Característica

APDs-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 APDs 1.2	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 receptor y de las unidades de medicina transfusional, 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 constancia de que se ha ejecutado la evaluación del proceso	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)	

Componente APCs-1 Centro de Sangre

El prestador provee condiciones para la entrega de productos seguros y efectivos.

Lugares de verificación

- Dirección o gerencia del prestador
- Centro de Sangre (CS)

Documentación básica que debe disponer el prestador

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

Característica

APCs-1.1 El centro de sangre aplica procedimientos para la entrega de productos seguros y efectivos.

Verificador: Programa de control de calidad de los procesos productivos del centro.

Elementos medibles APCs-1.1	Centro de Sangre
Se utilizan protocolos y normas actualizadas de los procesos relevantes para la seguridad de los productos del centro y se ha designado a los responsables de su aplicación. Los protocolos o procedimientos abordan al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">- Obtención de hemocomponentes- Eliminación de bolsas de sangre no aptas para la producción- Eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión- Producción de hemocomponentes, incluyendo cuantificación de pérdidas y sus causas- Calificación microbiológica de la donación y manejo de discrepancias en resultados de la calificación- Liberación y etiquetado de unidades producidas- Almacenamiento y manejo de stock en el centro- Traslado de hemocomponentes a Unidades de Medicina Transfusional- Solicitud y/o envío de hemocomponentes a otros centros de sangre o UMT- Envío de muestras al laboratorio de referencia para su confirmación- Identificación de anticuerpos irregulares para determinar su importancia clínica	
Se han definido los responsables de evaluar la aplicación de los protocolos, los indicadores o criterios a utilizar y las metas de cumplimiento.	
Existe constancia de que se ha ejecutado el seguimiento y evaluación de los procedimientos	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Se ha retroalimentado a los interesados con los resultados de la evaluación y decisiones adoptadas (en caso de ser necesario)	
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)	

Característica

APCs-2.1 El prestador institucional utiliza un sistema de registro que asegura la trazabilidad de la sangre y hemocomponentes.

Verificador: Sistema de registro

Elementos medibles APCs 2.1	Centro de Sangre
Existe un sistema de registro establecido de los productos sanguíneos extraídos y procesados que es compatible con el utilizado por la Unidad de Atención de Donantes y las Unidades de Medicina Transfusional, 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 constancia de que se ha ejecutado la evaluación del proceso	
Se documentan decisiones adoptadas en caso de incumplimiento de metas	
Existe constancia que se han ejecutado las medidas de mejoría de la calidad (en caso de ser necesarias)	

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. Patrícia Kraemer – Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente
20. Paola Pidal - Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente
21. Verónica Espínola - Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente