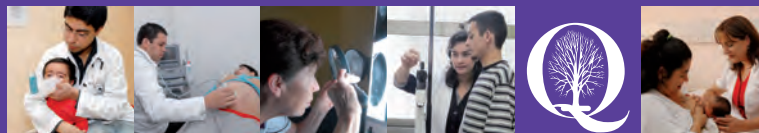


MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA CERRADA



POR UNA SALUD FUERTE

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD



MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA CERRADA



POR UNA SALUD FUERTE

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD



GOBIERNO DE
CHILE

Manual del Estándar General de Acreditación
para Prestadores Institucionales de
Atención Psiquiátrica Cerrada

Superintendencia de Salud

Intendencia de Prestadores en Salud

ÍNDICE

I. Contenidos y Estructura del Manual	7
1. Consideraciones generales	7
2. Sobre el Informe de Autoevaluación	7
3. Concepto de Ámbito, Componentes, Características y Verificadores.	8
II. Instrucciones y Criterios a Emplear por las Entidades Acreditadoras	11
1. Instrucciones generales	11
2. Interpretación Normas Contenidas en este Manual	12
III. Reglas de Decisión	13
IV. Ámbitos, Componentes y Características	16
1 ^{er} ÁMBITO: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)	17
2 ^o ÁMBITO: GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)	19
3 ^{er} ÁMBITO : GESTIÓN CLÍNICA (GCL)	20
4 ^o ÁMBITO: ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)	22
5 ^o ÁMBITO: COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)	23
6 ^o ÁMBITO: REGISTROS (REG)	25
7 ^o ÁMBITO: SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)	26
8 ^o ÁMBITO: SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)	27
9 ^o ÁMBITO: SERVICIOS DE APOYO (AP)	28
Componente APL: Laboratorio Clínico	28
Componente APF: Farmacia	28
Componente APE: Esterilización	29
Componente APT: Transporte de pacientes	29
Componente API: Imagenología	29
V. Glosario y Abreviaturas	30
Anexo: Pauta de Cotejo	

I. CONTENIDOS Y ESTRUCTURA DEL MANUAL

1. Consideraciones Generales

El Estándar General para los Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada, cuyos contenidos normativos se encuentran en este Manual, desagrega sus exigencias y requisitos en ámbitos, componentes, características y verificadores. La forma en que han sido trabajados tales contenidos permite facilitar la comprensión de los objetivos que en cada caso persigue la evaluación.

Los ámbitos a ser evaluados en el proceso de acreditación son los siguientes:

Respeto a la Dignidad del Paciente

Gestión de la Calidad

Gestión Clínica.

Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención

Competencias del Recurso Humano

Registros

Seguridad del Equipamiento

Seguridad de las Instalaciones

Servicios de Apoyo.

La Pauta de Cotejo, adjunta a este Manual, debe entenderse, para todos los efectos, como parte integrante de los contenidos del mismo.

2. Sobre el Informe de Autoevaluación

La Intendencia de Prestadores instruirá respecto del o los formatos y contenidos mínimos que deberán cumplir los Informes de Autoevaluación a ser ejecutados por los prestadores institucionales de este tipo que soliciten someterse al procedimiento de acreditación en virtud del presente Manual.

3. Concepto de Ámbito, Componentes, Características y Verificadores

El **ámbito** contiene en su definición los alcances de política pública sanitaria para el otorgamiento de una atención de salud que cumpla condiciones mínimas de seguridad. A modo de ejemplo en el Ámbito 1, Respeto a la dignidad del trato al paciente, el objetivo es que *“la institución provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga”*.

Los **componentes** constituyen el primer nivel de desagregación del ámbito y proveen definiciones de aspectos más operacionales que contribuyen a cumplir con la intención del ámbito. En el ejemplo del Ámbito 1, los componentes son 5:

- *El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno libre de discriminación y tratos crueles, inhumanos o degradantes.*
- *Los pacientes, o sus tutores o familiares, son informados sobre las características de los procedimientos a los que serán sometidos, incluyendo sus potenciales riesgos, y se les solicita su consentimiento 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 de pregrado no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los pacientes.*
- *El prestador institucional somete formalmente a evaluación ética las situaciones o eventos de esa índole que afectan la atención de los pacientes.*

Las **características** desagregan el componente en espacios menores de análisis en la evaluación. Son los requerimientos específicos de gestión sanitaria que se evalúan en cada componente, especificando 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 características:

- *Existe un documento de derechos explícitos.*
- *El prestador utiliza un sistema de gestión de reclamos.*
- *Se evalúa el efectivo respeto de los derechos de los pacientes.*

Los **verificadores** son los requisitos específicos que se deben medir para calificar el cumplimiento de cada característica. La evaluación de detalle del prestador se expresará en una tabla de trabajo de campo en la que se valorarán los elementos medibles requeridos en determinados puntos de constatación.

II. INSTRUCCIONES Y CRITERIOS A EMPLEAR POR LAS ENTIDADES ACREDITADORAS

1. Instrucciones Generales

La determinación del cumplimiento de una característica se basa en la verificación de los elementos medibles durante la visita a terreno. Esta demostración puede realizarse a través de revisión de documentos o mediante la observación de procesos en terreno, según esté establecido en este Manual. No son aceptables como evidencia las descripciones verbales, declaraciones de cumplimiento u otros fundamentos no comprobables.

La evaluación considera tanto una medición contemporánea, es decir al momento de la evaluación, como retrospectiva. El alcance retrospectivo de las mediciones abarcará el período de 6 meses anteriores al proceso de evaluación de la respectiva acreditación. Una vez acreditado el prestador, el alcance retrospectivo en el siguiente proceso de acreditación será de tres años.

Para el caso de la compra de prestaciones a terceros, la verificación considerará el hecho que estos servicios estén acreditados al momento de la evaluación, sin considerar el componente retrospectivo. Excepcionalmente, y hasta la entrada en vigencia de la Garantía de Calidad, esta exigencia de acreditación se considerará cumplida si dicha compra de servicios es realizada a un prestador debidamente formalizado por la autoridad sanitaria pertinente, mediante la correspondiente autorización sanitaria.

La fijación del alcance retrospectivo tiene como sentido garantizar que una cierta norma o procedimiento se ha venido aplicando y evaluando desde un cierto tiempo anterior en la institución.

** Requiere contar con la permanencia de los elementos medibles por todo el periodo de tiempo evaluado en la acreditación.*

2. Interpretación de las Normas Contenidas en este Manual

Las Entidades Acreditadoras y cada uno de sus evaluadores, así como los representantes legales de los prestadores sometidos a un proceso de acreditación, podrán solicitar, en cualquier momento, a la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, la aclaración de cualquier norma del Manual que a su juicio requiera de una interpretación para su debida aplicación a un determinado proceso de acreditación. Las Entidades Acreditadoras deberán proceder de esta manera cuando tengan dudas acerca de la forma de interpretar las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación y las normas del presente Manual, cada vez que ello resulte decisivo para la adopción de sus decisiones.

Asimismo, la Intendencia de Prestadores podrá, mediante circulares de general aplicación, determinar el sentido y alcance de las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación y las normas de este Manual, con el fin de uniformar y facilitar los procedimientos y la claridad de los criterios evaluativos. Tales pronunciamientos y circulares serán de obligatorio cumplimiento para las Entidades Acreditadoras, desde que se les notifiquen, y será de su responsabilidad hacer que sus evaluadores los cumplan, lo que será fiscalizado de conformidad a sus facultades legales y reglamentarias.

III. REGLAS DE DECISIÓN

Las Entidades Acreditadoras, una vez concluida la evaluación de todas las características aplicables al prestador institucional de que se trate y habiendo determinado el cumplimiento o incumplimiento de las características evaluadas, procederá a decidir si otorga o deniega la acreditación respectiva, o si otorga dicha acreditación con observaciones, de conformidad con las normas del reglamento respectivo y siguiendo las siguientes reglas de decisión:

Características Obligatorias

1. Para obtener su acreditación por el presente Estándar, el prestador evaluado deberá haber dado, en todo caso, debido y obligatorio cumplimiento a las siguientes características, siempre que le fueren aplicables, según las siguientes reglas:

Ámbito	Característica	Denominación
Respeto a la dignidad del paciente	DP 1.1	Instrumento de difusión de derechos de los pacientes
	DP 2.1	Consentimiento informado
	DP 3.1	Aprobación ética de investigación en seres humanos
Gestión de la calidad	CAL 1.1	Programa de mejoría continua de la calidad a nivel institucional
Gestión clínica	GCL 1.2	Protocolos de reanimación cardiopulmonar
	GCL 1.3	Contención física de pacientes en agitación psicomotora
	GCL 2.1	Programa de prevención de eventos adversos
Acceso, oportunidad y continuidad de la atención	AOC 1.1	Procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia
	AOC 1.2	Selector de pacientes en la unidad de emergencia
Competencias del recurso humano	RH 1.1	Certificados de título de médicos con funciones permanentes o transitorias
Registros	REG 1.1	Sistema de ficha clínica
Seguridad de las instalaciones	INS 2.1	Plan de evacuación.

2. Una vez constatado el debido cumplimiento de las características obligatorias antes señaladas, la Entidad Acreditadora observará las siguientes reglas:

- a. Declarará cuál fue el total de características aplicables a la evaluación efectuada;
- b. Declarará si se han cumplido todas las características de obligatorio cumplimiento que hayan sido aplicables al prestador evaluado;
- c. Acto seguido, cuantificará cuál fue el total de características cumplidas y qué porcentaje del total antes señalado éstas representan.

3. Si cualesquiera de las características obligatorias señaladas en el acápite 1 precedente no fuere cumplida debidamente, la Entidad Acreditadora denegará la acreditación, sin perjuicio de concluir completa y debidamente el Informe del respectivo proceso de acreditación.

4. Si se han cumplido todas las características de obligatorio cumplimiento, la Entidad Acreditadora otorgará o denegará la Acreditación, o la concederá con Observaciones, siempre que, en este último caso, se hubiere cumplido con las formalidades y normas previstas en el reglamento, según las siguientes reglas:

- a. Si el prestador institucional aspirare a su primera acreditación, se le exigirá:
 - i. Para acreditar: el cumplimiento del 50% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;
 - ii. Para acreditar con observaciones: haber cumplido todas las características obligatorias;
- b. Si el prestador hubiere sido previamente acreditado por el umbral señalado en la letra a.i.) y aspirare a una segunda acreditación, se le exigirá:
 - i. Para acreditar: el cumplimiento del 70% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;
 - ii. Para acreditar con observaciones: el cumplimiento del 50% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación.

- c. Si el prestador hubiere sido precedentemente acreditado por haber cumplido el umbral señalado en la letra b.i.) precedente y aspirare a una tercera acreditación, se le exigirá:
 - i. Para acreditar: el cumplimiento del 95% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;
 - ii. Para acreditar con observaciones: el cumplimiento del 70% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación.

5. El Informe de la Entidad Acreditadora, además de cumplir todos los requisitos señalados en el Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, según el caso, detallará y fundamentará la forma en que se han dado por cumplidas cada una de las características y la forma en que se ha dado cumplimiento a las reglas de decisión precedentes. La Intendencia de Prestadores, mediante circulares de general aplicación, establecerá el formato obligatorio en que tales informes deberán ser emitidos por las Entidades Acreditadoras.

6. En el caso que el prestador se encuentre en situación de ser acreditado con observaciones, según lo previsto en el Artículo 28 del Reglamento del Sistema de Acreditación, la Entidad Acreditadora aprobará o rechazará el Plan de Corrección a que se refiere dicha norma, tomando siempre en consideración que dicho Plan priorice el cumplimiento de las características que le faltaren para retener su acreditación en el orden que señalen las circulares que la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud hubiere dictado al efecto y que se encontraren vigentes a la fecha de elaboración del informe por parte de la Entidad Acreditadora, normativa que la Entidad señalará en su informe.

IV. ÁMBITOS, COMPONENTES Y CARACTERÍSTICAS

1^{er} ÁMBITO : RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

2^o ÁMBITO : GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

3^{er} ÁMBITO : GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

4^o ÁMBITO : ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)

5^o ÁMBITO : COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

6^o ÁMBITO : REGISTROS (REG)

7^o ÁMBITO : SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

8^o ÁMBITO : SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

9^o ÁMBITO : SERVICIOS DE APOYO (AP)

1^{er} Ámbito: Respeto a la Dignidad del Paciente (DP)

El prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales y de protección de derechos humanos en el trato que se le otorga.

Componente DP-1:

El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno, libre de discriminación y tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Características:

- 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.
- DP 1.2 El prestador institucional desarrolla actividades relacionadas con la gestión de reclamos.
- DP 1.3 Se evalúa el efectivo respeto de los derechos de los pacientes, incluyendo mediciones de la percepción de los pacientes y demás usuarios.

Componente DP-2:

Los pacientes, o sus tutores o familiares, son informados sobre las características de los procedimientos a los que serán sometidos, incluyendo sus potenciales riesgos, y se les solicita su consentimiento para someterse a ellos previo a su ejecución.

Característica:

- DP 2.1 Se utilizan documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente, o sus tutores o familiares, en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo.

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 en las que participa la institución han sido previamente evaluadas y aprobada su ejecución por un comité de ética.

Componente DP-4:

El prestador institucional cautela que las actividades docentes de pregrado que se realizan en ella no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los pacientes.

Características:

DP 4.1 Las actividades docentes de pre-grado se regulan mediante convenios docente asistenciales y un marco reglamentario suficiente, que vela por proteger la seguridad de los pacientes, el respeto a los derechos y demás condiciones de trato digno al usuario definidas por la institución, explicitando la precedencia de la actividad asistencial sobre la docente.

DP 4.2 Las actividades y procedimientos que realizan los alumnos de pre-grado dentro de la Institución están definidos, y son evaluados periódicamente con la finalidad de proteger la seguridad de los pacientes y velar por el efectivo respeto de sus derechos.

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.

2º Ámbito: Gestión de la Calidad (CAL)

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

Componente CAL-1:

El prestador institucional cuenta con políticas de calidad de nivel estratégico y una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de mejoría continua de la calidad.

Características:

- CAL 1.1 Existe una política explícita de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.
- CAL 1.2 Existe un responsable de coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en las Unidades, y se definen metas de calidad anuales en dichas Unidades.

3^{er} Ámbito: Gestión Clínica (GCL)

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

Componente GCL-1:

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

Características:

- GCL 1.1 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Atención de enfermería.
- GCL 1.2 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Reanimación cardiopulmonar.
- GCL 1.3 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de la contención física de pacientes en agitación psicomotora, para prevenir eventos adversos asociados a su uso.
- GCL 1.4 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio.
- GCL 1.5 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Proceso de identificación del paciente.

Componente GCL-2:

El prestador institucional cuenta con programas para prevenir y vigilar la ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a la atención de los pacientes

Características:

- GCL 2.1 Se aplican medidas de prevención de los eventos adversos (EA) asociados a la atención: Prevención de eventos adversos asociados a procesos asistenciales.
- GCL 2.2 Se aplican medidas de prevención de los eventos adversos (EA) asociados a la atención: Prevención de eventos adversos asociados a riesgos específicos dependientes del cuadro clínico de base.
- GCL 2.3 Se realiza vigilancia de los eventos adversos² (EA) asociados a la atención

² Ejemplos de EA a vigilar: EA asociados a la anestesia, EA asociados a errores de medicación, caídas con lesión, muertes inesperadas, fuga de pacientes, etc.

Componente GCL-3:

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

Características:

- GCL 3.1 El prestador institucional cuenta con un sistema de vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) que cumple con la normativa nacional.
- GCL 3.2 Se realizan actividades de supervisión que dan cuenta del cumplimiento de la normativa de Control y Prevención de las IIH.

4º Ámbito: 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 riesgo ³

Componente AOC-1:

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

Características:

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

AOC 1.2 El prestador institucional utiliza un sistema de priorización de la atención de urgencia.

Componente AOC-2:

El prestador institucional vela por la continuidad de la atención en aspectos relevantes para la seguridad de los pacientes.

Características:

AOC 2.1 El prestador institucional dispone de un sistema de derivación de los pacientes que presentan urgencias que exceden su capacidad de resolución.

AOC 2.2 Existen sistemas de entrega de turnos en las unidades clínicas, que enfatizan aspectos directamente relacionados con la seguridad de la atención.

³ Para estos efectos, se consideran como factores de riesgo los que se asocian a aumento de la morbilidad o mortalidad.

5° Ámbito: Competencias del Recurso Humano (RH)

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

Componente RH-1:

Los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional están habilitados.

Características:

- RH 1.1 Los profesionales médicos que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.
- RH 1.2 Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.
- RH 1.3 Los médicos que se desempeñan en las distintas especialidades tienen las competencias requeridas evaluadas a través de la normativa vigente.

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 afectan la seguridad de los pacientes.

Características:

- RH 2.1 El prestador institucional cuenta con programas de inducción que enfatizan temas relacionados con la seguridad de los pacientes, y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la institución.
- RH 2.2 El prestador institucional cuenta con programas de orientación que enfatizan aspectos específicos del funcionamiento de la Unidad relacionados con la seguridad de los pacientes y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la Unidad.

Componente RH-3:

El prestador institucional programa y prioriza 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 de capacitación temas relacionados con manejo de cuadros de agitación psicomotora y reanimación cardiopulmonar. Todos ellos destinados al personal que participa en atención directa de pacientes.

Componente RH-4:

El prestador institucional desarrolla acciones programadas de salud en su personal.

Características:

RH 4.1 El prestador institucional ejecuta acciones frente a accidentes laborales con material contaminado con sangre o fluidos corporales de riesgo y sustancias peligrosas.

RH 4.2 Se aplica un programa de vacunación del personal.

6º Ámbito: Registros (REG)

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

Componente REG-1:

El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica.

Características:

- REG 1.1 El prestador institucional cuenta con ficha clínica única individual.
- REG 1.2 El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registros clínicos.
- REG 1.3 El prestador institucional entrega al paciente por escrito información relevante sobre las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento.
- 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.

7° Ámbito: Seguridad del Equipamiento (EQ)

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

Componente EQ-1:

Se aplica un procedimiento establecido para la adquisición y reposición del equipamiento en la institución, que vela por mantener la calidad de éste.

Características:

- 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.
- EQ 1.2 El prestador institucional conoce la vida útil y las necesidades de reposición del 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 críticos para la seguridad de los pacientes.

Componente EQ-3:

Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes son utilizados por personas autorizadas para su operación.

Característica:

- EQ 3.1 Los equipos relevantes son utilizados por personas autorizadas para su operación.

8º Ámbito: Seguridad de las Instalaciones (INS)

Las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios.

Componente INS-1:

El prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de sus instalaciones.

Característica:

INS 1.1 El prestador institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo.

Componente INS-2:

El prestador institucional cuenta con planes de emergencia frente a accidentes o siniestros, que permiten la evacuación oportuna de los usuarios y el personal.

Características:

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

INS 2.2 El prestador institucional mantiene la funcionalidad de la señalética de vías de evacuación.

Componente INS-3:

Las instalaciones relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidas a un programa de mantenimiento preventivo y se dispone de un plan de contingencias en caso de interrupción de servicios básicos.

Características:

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

INS 3.2 El prestador institucional ejecuta un plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico y de agua potable.

9º Ámbito: Servicios de Apoyo (AP)

El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.

Componente APL: Laboratorio clínico

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

Características:

- APL 1.1 Los exámenes de laboratorio comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.
- APL 1.2 El laboratorio norma, aplica y evalúa periódicamente los procesos de la etapa pre-analítica.
- APL 1.3 El laboratorio aplica procedimientos explícitos y evalúa sistemáticamente los procesos de las etapas analítica y post analítica.
- APL 1.4 El laboratorio participa en un Programa de Control de Calidad Externo acorde a la normativa vigente.
- APL 1.5 El laboratorio asegura las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso.

Componente APF: 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.

Características:

- APF 1.1 Existe una estructura organizacional de carácter técnico que define la adquisición de medicamentos e insumos.
- APF 1.2 Se mantiene un stock mínimo de medicamentos e insumos predefinido en las unidades de pacientes de mayor riesgo.
- APF 1.3 El prestador institucional utiliza procedimientos de Farmacia actualizados de las prácticas relevantes para resguardar la seguridad de los pacientes.
- APF 1.4 Farmacia estandariza procedimientos relacionados con medicamentos y evalúa su cumplimiento en las diferentes Unidades Clínicas.

Componente APE: Esterilización

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

Características:

- APE 1.1 Las prestaciones de esterilización compradas a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.
- APE 1.2 Las etapas de lavado, preparación y esterilización propiamente tal se realizan en forma centralizada.
- APE 1.3 El material es procesado de acuerdo a métodos de esterilización basados en las normas técnicas vigentes en la materia y se evalúa su cumplimiento.
- APE 1.4 El almacenamiento de material estéril se realiza de acuerdo a normas técnicas vigentes en la materia.

Componente APT: Transporte de pacientes

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

Características:

- APT 1.1 Los sistemas de transporte de pacientes comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.
- APT 1.2 El proceso de transporte de pacientes cumple condiciones mínimas de seguridad.

Componente API: Imagenología

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

Característica:

- API 1.1 Los procedimientos de imagenología comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

V. GLOSARIO Y ABREVIATURAS

Fuentes de Referencia

Las definiciones de este Glosario tienen como fuente tanto normas técnicas nacionales, tales como las contenidas en la “Norma Nacional de reanimación” (Resolución Exenta N° 1644 del Ministerio de Salud), en las “Normas Técnicas sobre Esterilización y Desinfección de Elementos Clínicos” (Res. Exenta N° 1665, del Ministerio de Salud) y en el “Manual de Normas de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias” del Ministerio de Salud, así como en fuentes normativas y técnicas extranjeras o internacionales, tales como el “Manual de Evaluación de Daños y Necesidades en Salud para Situaciones de Desastre” de la Organización Panamericana de Salud, de Agosto de 2004, y documentos oficiales de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, entre otros.

Glosario de Términos

Las siguientes palabras deben ser entendidas en la forma que a continuación se definen.

Anestesia general: estado controlado de la conciencia acompañado de una pérdida de los reflejos protectores, incluida la capacidad de mantener la vía aérea y la respuesta a órdenes verbales y estímulos físicos.

Comisión Nacional de Protección de las Personas Afectadas de Enfermedades Mentales: Comisión asesora del Ministerio de Salud, creada por el Artículo 58 del “Reglamento para Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la proporcionan”, aprobado por Decreto Supremo N° 570, de 1998, del Ministerio de Salud, la cual tiene por función asesorar al Ministerio de Salud en caso de reclamos que se presenten ante este último por amenaza, perturbación o infracción a los derechos que ese reglamento reconoce a favor de las personas que sufren trastornos mentales.

Compra de servicios: para efectos de este manual debe considerarse como tal, toda vez que el prestador obtenga servicios de un tercero, independientemente de la presencia de contraprestaciones pecuniarias.

Condiciones operativas del móvil: considera la constatación de la revisión técnica al día de la ambulancia correspondiente.

Control de calidad: actividades y técnicas operacionales para verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad.

Desinfección: es un proceso que elimina formas vegetativas de microorganismos en objetos inanimados y no asegura la eliminación de esporas.

Elementos de mitigación de incendios: sistemas o elementos destinados a contrarrestar o minimizar los daños potenciales sobre la vida y los bienes causados por el fuego.

Emergencia: condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital y/o riesgo de secuela funcional grave para una persona, de no mediar atención médica inmediata e impostergable.

Equipo electrógeno: unidad productora de energía eléctrica autónoma que entra en operación automáticamente luego de ocurrido un corte en el suministro eléctrico desde la red pública.

Error de medicación: cualquier suceso evitable que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario o del paciente.

Evaluación periódica: resultado de la aplicación de los criterios de evaluación con una periodicidad determinada (mensual, trimestral, semestral o anual).

Evento centinela: suceso inesperado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo potencial de que esto ocurra.

Fase analítica, en laboratorios: métodos y procedimientos de exámenes.

Fase pre-analítica, en laboratorios: todos los pasos a seguir en orden cronológico, partiendo desde la solicitud de examen, preparación del paciente, toma de muestra, transporte hacia y dentro del laboratorio y que termina al iniciarse el proceso analítico.

Fase post-analítica, en laboratorios: procesos que siguen al examen, incluyendo revisión sistemática, formateo e interpretación, autorización de emisión, informe y transmisión de resultados y almacenamiento de las muestras de exámenes.

Ficha clínica única: instrumento en que se registra la historia médica de una persona. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que asegure la conservación y adecuada confidencialidad de la información en ella contenida.

Fluidos corporales de riesgo: se refiere a secreciones, líquidos biológicos, fisiológicos o patológicos que se producen en el organismo y que pueden constituir fuente de infección de agentes que se transmiten por la sangre.

Indicador: expresión matemática de un criterio de evaluación.

Infección intrahospitalaria (IIH): se define como aquella infección localizada o generalizada adquirida durante la permanencia o concurrencia de un paciente a un establecimiento de salud.

Personal que cumple funciones permanentes: personal que ha sido contratado a permanencia en la institución, independientemente de la modalidad contractual empleada.

Personal que cumple funciones transitorias: personal que acude transitoriamente a la institución para efectuar un reemplazo o cubrir necesidades imprevistas, independientemente de la modalidad contractual.

Plan de contingencia: documento oficial a través del cual se determina la estructura organizativa y funcional alternativa, utilizada ante la interrupción inesperada del suministro de servicios básicos necesarios para mantener la atención de los pacientes.

Plan de emergencia: documento oficial a través del cual se determina la estructura organizativa y funcional de las autoridades y organismos llamados a intervenir en un siniestro o desastre. Asimismo permite establecer los mecanismos de coordinación y de manejo de recursos.

Profesionales (de la salud) habilitados: aquellos que ejercen sus profesiones de conformidad con las normas previstas en el Libro Quinto del Código Sanitario, esto es, que cuentan con el título profesional respectivo, otorgado por una institución de educación superior reconocida por el Estado, y a los que no les afecta ninguna prohibición para el ejercicio de su profesión.

Programa: documento oficial, emanado de la jefatura que corresponda, que describe un conjunto ordenado de actividades orientadas al cumplimiento de cierto objetivo asistencial, donde se definen actividades, metas, y modelo de evaluación de su cumplimiento.

Programa de capacitación: conjunto de actividades permanentes, organizadas y sistemáticas destinadas a que los funcionarios desarrollen, complementen, perfeccionen o actualicen conocimientos y destrezas necesarios para el desempeño efectivo de sus actividades.

Programa de inducción: conjunto de actividades planificadas y organizadas por el prestador institucional que deben ejecutar los trabajadores y/o miembros del equipo de salud al ingreso a la institución, con el objetivo de conocer los aspectos más relevantes de la organización, planta física y normativa interna existente, en función de contribuir al mejor desempeño dentro de la institución y resguardar la seguridad de los pacientes.

Programa de orientación: conjunto de actividades planificadas y organizadas por la jefatura del área clínica correspondiente y que debe desarrollar un miembro del equipo de salud al ingreso a una unidad, servicio u área determinada dentro de la institución, con el objetivo de conocer los aspectos más relevantes del trabajo técnico-asistencial que desempeñará en dicha unidad.

Programa de supervisión: conjunto de actividades destinadas a vigilar el cumplimiento de las actividades planificadas o procedimientos establecidos. El programa debe emanar de la jefatura que en cada caso corresponda, definiendo objetivos, pauta de supervisión empleada, forma de aplicación y responsables de realizarla.

Programa o plan de mantenimiento: documento oficial en el que están descritos los medios e instrumentos necesarios para ejecutar el conjunto de actividades que permitan la operación del edificio, de sus instalaciones y del equipamiento en forma continua, confiable y segura.

Protocolo: descripción de un conjunto ordenado y secuencial de procedimientos o actividades estandarizadas necesarios para realizar con éxito actividades sanitarias específicas.

Reanimación cardiopulmonar básica: es el conjunto de maniobras dirigidas a restablecer o sustituir transitoriamente las funciones respiratorias y circulatorias del individuo, con el objeto de mantener la vida. Se caracteriza porque no necesita de instrumental médico y debe ser iniciada en el lugar donde acontece la emergencia.

Reanimación cardiopulmonar avanzada: es el conjunto de maniobras de reanimación cuando se dispone de equipamiento médico y personal entrenado para optimizar la reanimación cardiopulmonar.

Registros: conjunto de datos organizados y relacionados entre sí en función de un propósito asistencial determinado.

Señalética de vías de evacuación: conjunto de señales o símbolos cuyo objetivo es guiar y orientar la evacuación de las personas en caso de un siniestro.

Servicio clínico: conjunto organizado de recursos materiales y humanos destinado a prestar atención especializada a pacientes en consulta ambulatoria, en hospitalización y en atención de emergencia, mediante la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos correspondientes a su área específica.

Servicio de apoyo: conjunto organizado de recursos materiales y humanos destinados a colaborar y complementar, en su campo específico, la atención que debe proporcionar un establecimiento.

Simulación: experimentación de un modelo de sistema con la finalidad de comprender su comportamiento o evaluar nuevas estrategias, antes de su aplicación real.

Simulacro: ejercicio de representación en el cual las personas que participarían en una emergencia aplican los conocimientos y ejecutan las técnicas y estrategias que les están asignadas, ante un escenario ficticio planteado a fin de prever las situaciones o problemas presentados durante la ocurrencia de un siniestro.

Sistema de vigilancia: recopilación continua, sistemática, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud, cuyo análisis e interpretación deben servir como base para la planificación de acciones.

Stock mínimo de medicamentos e insumos: existencia o reserva mínima de medicamentos e insumos clínicos que se debe mantener para asegurar el otorgamiento oportuno de un tratamiento médico impostergable.

Urgencia: problema de salud en el cual existe, por parte de la población, la percepción de que la atención a su problema no puede ser pospuesta.

Vías de evacuación: circulación que permite la salida fluida de personas en situaciones de emergencia hasta un espacio exterior libre de riesgo.

Abreviaturas

Servicios o Unidades Clínicas

PRO : Sala(s) de procedimientos

URG : Unidad de Emergencia

Hosp. Adultos : Sectores de hospitalización de pacientes de 15 o más años de edad

Hosp. Infantil : Sectores de hospitalización de pacientes menores de 15 años

Servicios de Apoyo Diagnóstico o Terapéutico

APE : Esterilización

APF : Farmacia

API : Imagenología

APL : Laboratorio Clínico

APT : Transporte de Pacientes o Servicio de Movilización

Otras abreviaturas

IIH : Infecciones Intrahospitalarias

EA : Evento Adverso



Material de uso para el proceso de acreditación de Prestadores
Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada
Edición Impresa 2010

PAUTA DE COTEJO MANUAL DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA CERRADA



POR UNA SALUD FUERTE

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD



Pauta de Cotejo

Manual del Estándar General de Acreditación
para Prestadores Institucionales de
Atención Psiquiátrica Cerrada

Superintendencia de Salud

Intendencia de Prestadores en Salud

A. Elementos Medibles y Puntos de Verificación

Los elementos medibles son los requisitos específicos que se deben constatar para calificar el cumplimiento de cada una de las características contenidas en el Estándar.

Los elementos medibles por lo general se configuran de la siguiente manera:

Elementos Medibles

Se ha designado el responsable de..... (tema materia de la característica)

Se describe en un documento ... (tema materia de la característica) y se ha definido responsable(s) de su aplicación

Se ha definido indicador a utilizar y umbral de cumplimiento ... (tema materia de la característica)

Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica ... (tema materia de la característica)

Se constata el cumplimiento de.....

Cada elemento medible ocupa una línea de la tabla, mientras los lugares donde deben realizarse las verificaciones se presentan en columnas como se observa en el siguiente ejemplo.

Verificador 1.3: Contención física de pacientes en agitación psicomotora

Elementos medibles GCL-1.3	Dirección o gerencia del prestador	Hospitalización Adultos	Hospitalización Infantil	Urgencia
Se describe en un documento el procedimiento de contención física de pacientes en agitación psicomotora que contiene la descripción explícita de las medidas de prevención para evitar los eventos adversos asociados a dicha contención, de conformidad a la normativa vigente ¹ .				
Se ha definido los responsables de su aplicación.				
Existe registro de la indicación médica de cada procedimiento de contención				
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento				
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.				
Se constata adecuado procedimiento de contención física y/o la presencia de los elementos necesarios para realizar el procedimiento.				

¹ Artículos 26, 27, 28, 29 y 30 del Decreto Supremo N° 570 del MINSAL, 1998 que aprueba el "Reglamento para Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la proporcionan".

La columna “Dirección y/o gerencia del prestador” puede considerar: Dirección, Subdirecciones, Gerencias, Subgerencias, representantes o comités asesores específicos, según sea el caso.

En los siguientes lugares de verificación se debe proceder del modo señalado:

- **Urgencia**, si las unidades de atención de emergencia de la institución estuvieran separadas, como por ejemplo Urgencia de adultos y pediátricas, el proceso de verificación se realizará en cada una de ellas.

Los lugares de verificación contenidos en este manual representan una formulación genérica de la estructura organizativa interna que puede tener un prestador institucional de atención psiquiátrica cerrada. Por ello, si la organización del prestador institucional que solicita la acreditación es distinta a la prevista en el presente manual, se evaluará el prestador de acuerdo al tipo de pacientes que se atienden en las distintas estructuras.

El profesional evaluador completará el recuadro de cada característica verificando el cumplimiento de los elementos medibles en cada lugar de verificación, considerando sólo las celdas que en la tabla se encuentren en blanco, esto es, no achuradas.

Además, consignará que una determinada evaluación específica, contenida en la respectiva tabla en blanco, “no aplica” en los casos en que:

- el prestador no tenga la unidad o servicio explicitado en los títulos de las columnas, o
- el prestador no realiza la prestación o prestaciones relacionadas con la característica.

El resultado del cumplimiento de cada elemento medible en cada lugar de verificación será dicotómico: “cumple” o “no cumple”.

B. Requisitos para el cumplimiento de los elementos medibles

Las siguientes instrucciones describen los requisitos que deben tener los elementos medibles para ser considerados cumplidos e ilustran la forma en que ello debe hacerse:

1. Se ha designado el responsable... (según sea el tema materia de la característica)

En los casos en que se solicite este elemento medible la verificación se realizará solicitando que haya sido designado un encargado del tema a nivel institucional. La designación debe haber sido formalizada por la Dirección del establecimiento y sólo necesitará actualizarse en caso de cambio de la persona responsable.

2. Existe un documento escrito sobre... (tema materia de la característica) y se han definido los responsables de su aplicación.

Se evaluará si el prestador institucional dispone de la documentación solicitada, que puede incluir: Planes, Programas, Protocolos, Guías Clínicas, Normas, Reglamentos Internos, descripción de Procesos o Procedimientos, vínculos formales que mantiene la institución con entidades externas (convenios), etc. Los documentos en cuestión deben encontrarse disponibles en los lugares de verificación y ser fácilmente accesibles para los usuarios a los que están destinados. Toda esta documentación no necesariamente debe estar en papel, puede estar disponible en la web local.

En el caso de solicitarse más de un documento en el elemento medible, debe constatar-se la presencia de todos aquellos que se relacionen con las actividades de cada lugar de verificación. En estos casos, se identifica con un número los documentos que serán solicitados en cada lugar de verificación.

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

Debe quedar definido en los documentos quienes son responsables de ejecutar los procesos descritos. Si el proceso es de carácter multidisciplinario se deben describir las responsabilidades a cada nivel.

En las ocasiones en que se define “documento de carácter institucional” debe constar la aprobación por el Director del prestador institucional. En los casos en que se solicita un documento sin mayores especificaciones, éste debe contar con la aprobación del responsable de la materia en la institución.

Los documentos presentados deben estar actualizados, para este efecto se considera un período de hasta 5 años de antigüedad, a contar de la fecha del proceso de acreditación.

Característica GCL-1.3

Elementos medibles GCL-1.3	Dirección o gerencia del prestador	Hospitalización Adultos	Hospitalización Infantil	Urgencia
Se describe en un documento el procedimiento de contención física de pacientes en agitación psicomotora que contiene la descripción explícita de las medidas de prevención para evitar los eventos adversos asociados a dicha contención, de conformidad a la normativa vigente ² . Se ha definido los responsables de su aplicación.	✓	✓	✓	✓
Existe registro de la indicación médica de cada procedimiento de contención				
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento				
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.				
Se constata adecuado procedimiento de contención física y/o la presencia de los elementos necesarios para realizar el procedimiento.				

En este ejemplo el documento respecto al procedimiento de contención física no sólo debe estar disponible en la Dirección, sino también en los sectores de Hospitalización de Adultos, Niños y Urgencia.

3. Se ha definido indicador a utilizar y umbral de cumplimiento del ... (tema materia de la característica)

Su cumplimiento implica que el prestador institucional ha definido indicadores a utilizar y umbrales de cumplimiento y que ambos son pertinentes a la característica evaluada.

El indicador debe estar basado en un proceso claramente definido y documentado, con las características solicitadas en el punto 2. En los casos que se solicita una serie de procesos descritos (documentos), se deberá elegir al menos un indicador referido al proceso que el prestador considere más relevante para la seguridad de los pacientes, de acuerdo a los lugares de verificación.

La evaluación de calidad puede efectuarse mediante indicadores de datos agregados, tanto de procesos (por ejemplo, proporción de cumplimiento de la norma), o resultados (por ejemplo, tasa de infecciones intrahospitalarias). Como regla general los indicadores deben concentrarse en la medición del cumplimiento de los procesos identificados o diseñados por el prestador para mejorar la calidad del tema de la característica.

La evaluación del proceso 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,

² Artículos 26, 27, 28, 29 y 30 del Decreto Supremo N° 570 del MINSAL, 1998 que aprueba el "Reglamento para Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la proporcionan".

por ejemplo, en la unidad de calidad, una unidad de auditoría, una subdirección médica, o en alguien que cumple funciones de supervisión. Los indicadores y umbrales de cumplimiento deben estar referidos a los lugares de verificación y deben estar disponibles en el lugar de verificación (idealmente) o en otra unidad con funciones de supervisión.

Verificador: Contención física de pacientes en agitación psicomotora.

Elementos medibles GCL-1.3	Dirección o gerencia del prestador	Hospitalización Adultos	Hospitalización Infantil	Urgencia
Se describe en un documento el procedimiento de contención física de pacientes en agitación psicomotora que contiene la descripción explícita de las medidas de prevención para evitar los eventos adversos asociados a dicha contención, de conformidad a la normativa vigente ³ . Se ha definido los responsables de su aplicación.				
Existe registro de la indicación médica de cada procedimiento de contención				
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento		✓	✓	✓
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.				
Se constata adecuado procedimiento de contención física y/o la presencia de los elementos necesarios para realizar el procedimiento.				

Utilizando el mismo ejemplo anterior, la definición del indicador y umbral de cumplimiento respecto de la contención física de pacientes en agitación psicomotora deben estar referidos a Hospitalización de Adultos, Infantil y Urgencia.

4. Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación del ... (tema materia de la característica)

El profesional acreditador verificará en primera instancia la disponibilidad de los resultados del indicador seleccionado y la periodicidad de la medición.

En segunda instancia el evaluador debe comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos. Para ello podrá 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 medible debe considerarse no cumplido. En el caso de que la evaluación sea realizada en forma centralizada, esta información será corroborada en el lugar desde donde emanó la evaluación.

³ Artículos 26, 27, 28, 29 y 30 del Decreto Supremo N° 570 del MINSAL, 1998 que aprueba el "Reglamento para Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la proporcionan".

El prestador institucional seleccionará, para efectos de evaluación, una muestra aleatoria de tamaño suficiente que permita una aproximación razonable a la realidad. Este tamaño de muestra dependerá de la frecuencia en que ocurre el fenómeno o procedimiento a evaluar, los resultados esperados y el nivel de azar tolerable.

5. Se constata directamente el cumplimiento de ... :

La visita en terreno estará, en algunas ocasiones, dirigida a evaluar directamente el cumplimiento de algunos elementos específicos y puede considerar recabar opiniones del personal, revisar fichas clínicas, protocolos de procedimientos, registros de actividades clínicas, etc.

C. Condiciones de Cumplimiento de las Características

Para que las características sean consideradas cumplidas, las verificaciones realizadas por los evaluadores deben alcanzar cierto umbral, que es específico para cada característica, y que se señalan en cada caso en este manual.

Se considera que una característica se cumple toda vez que la proporción de elementos medibles cumplidos haya alcanzado o sobrepasado el umbral de cumplimiento establecido. Por el contrario, se considera que una característica no se cumple cuando la proporción de elementos medibles cumplidos se encuentre bajo el umbral de cumplimiento establecido.

Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales
Atención Psiquiátrica Cerrada

ÁMBITO DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)



RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

El prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales y de protección de derechos humanos en el trato que se le otorga.

DP 1.1

Componente DP-1

El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno, libre de discriminación y tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Característica

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, tales como Cartas de Derechos, Declaraciones de Derechos u otra denominación que se le asigne a los documentos en que dichos derechos explícitos consten, a los pacientes que ingresan al establecimiento.

Verificador

Instrumento de difusión de derechos de los pacientes

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN					OBSERVACIONES
			Sector de acceso *	Sectores de espera de público 1 **	Sectores de espera de público 2 **	Sectores de hospitalización	Urgencia	
DP-1.1	Cumple ≥ 80%	<p>Elementos Medibles DP-1.1</p> <p>Existe un instrumento de difusión de carácter institucional que incluye los derechos mínimos relativos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No discriminación. - Protección de tratos crueles, inhumanos o degradantes. - Respeto a la privacidad y pudor. - Respeto a la confidencialidad. - Acompañamiento a los pacientes. - Información al paciente o responsables. - Información sobre la Comisión Nacional de Protección de las Personas Afectadas de Enfermedades Mentales y cómo acceder con un reclamo a esta instancia. - Información respecto al carácter docente asistencial del establecimiento, cuando corresponda. <p>El instrumento es fácilmente accesible, legible y comprensible.</p>						<p>* Acceso principal.</p> <p>** Se evaluarán los tres con mayor flujo de pacientes.</p>

DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

El prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales y de protección de derechos humanos en el trato que se le otorga.

DP 1.2

Característica

El prestador institucional desarrolla actividades relacionadas con la gestión de reclamos.

Verificador

Sistema de gestión de reclamos.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES
DP-1.2	Cumple: 100%	Elementos Medibles DP-1.2	Dirección o gerencia del prestador	Sectores de Hospitalización*	Sectores de espera de público**	Urgencia	* Elegir tres al azar. ** Elegir los tres con mayor flujo de pacientes. *** Se verificará presencia de libro de reclamos, buzones u otros sistemas para efectuar la formulación del reclamo en cantidad suficiente para asegurar el acceso.
		Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de gestión de los reclamos.					
		Existe un análisis global de los reclamos que considera al menos: evaluación por áreas, causas principales y oportunidad de respuesta.					
		Se constata que existe fácil acceso al sistema de formulación de reclamos ***					

DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

El prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales y de protección de derechos humanos en el trato que se le otorga.

DP 1.3

Característica

Se evalúa el efectivo respeto de los derechos de los pacientes, incluyendo mediciones de la percepción de los pacientes y demás usuarios.

Verificador

Evaluación del respeto de los derechos de los pacientes⁴

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
DP-1.3	Cumple \geq 75%	Elementos Medibles DP-1.3	Dirección o gerencia del prestador		⁴ Se refiere a los derechos establecidos en el instrumento de difusión descrito en DP 1.1.
		Se ha designado el responsable de la evaluación del respeto a los derechos de los pacientes.			
		Se ha definido un sistema que evalúa el respeto a los derechos de los pacientes que incorpora la percepción de éstos.			
		Se han cumplido las recomendaciones de la Comisión Nacional de Protección de las Personas Afectadas de Enfermedades Mentales, en el evento que les hubieren sido formuladas, a través de la autoridad sanitaria respectiva.			
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.			

DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

El prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales y de protección de derechos humanos en el trato que se le otorga.

DP 2.1

Componente DP-2

Los pacientes, o sus tutores o familiares, son informados sobre las características de los procedimientos a los que serán sometidos, incluyendo sus potenciales riesgos, y se les solicita su consentimiento para someterse a ellos previo a su ejecución.

Característica

Se utilizan documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente, o sus tutores o familiares, en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo.

Verificador

Consentimiento informado

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Hospita- lización Adulto	Hospita- lización Infantil	Urgencia	
DP-2.1	Cumple: ≥ 80%	<p>Elementos Medibles DP-2.1</p> <p>Se describe en documento(s) de carácter institucional:</p> <p>Casos en que debe requerirse el consentimiento, considerando al menos los siguientes: terapia electroconvulsivante, tratamientos aversivos, tratamientos con eventos adversos complejos y tratamientos irreversibles⁵.</p> <p>Características del consentimiento escrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe especificar el procedimiento a realizar. • Debe establecer que mediante su firma el paciente, o sus familiares o tutores, expresan que recibieron, de parte de quien efectuará el procedimiento, información sobre los objetivos de la intervención, sus características y potenciales riesgos. • Debe registrar nombre y firma del paciente, o tutores o familiares, y del profesional responsable del procedimiento y la fecha de la obtención del consentimiento. <p>Procedimiento de obtención del consentimiento, con definición del responsable de la aplicación. Procedimiento a realizar en los casos de los menores de edad, y de las personas con dificultades de entendimiento o alteración de conciencia, de conformidad a la normativa vigente⁶.</p>					<p>⁵ Tales como psicocirugía o esterilización quirúrgica.</p> <p>⁶ Artículos 22, 24 y 25 del Decreto Supremo N° 570 de 1998 del MINSAL que aprueba el “Reglamento para Internación de Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la proporcionan”.</p>
		Se constata uso de consentimiento informado con los elementos definidos en este instrumento, para terapia electroconvulsivante, tratamientos aversivos, tratamientos con eventos adversos complejos y tratamientos irreversibles.					

DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

El prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales y de protección de derechos humanos en el trato que se le otorga.

DP 3.1

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

Las investigaciones en seres humanos en las que participa la institución han sido previamente evaluadas y aprobada su ejecución por un comité de ética.

Verificador

Aprobación ética de investigaciones en seres humanos

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES		PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
		Elementos Medibles DP-3.1	Dirección o gerencia del prestador	General		
DP-3.1	Cumple: ≥ 66%	Se describe en documento de carácter institucional la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos en las que participe la institución ⁷ .				⁷ Si el prestador institucional define como política no realizar investigaciones en seres humanos, se solicitará documento que explicita esta declaración y se constatará que esté en conocimiento de los profesionales médicos de la institución.
		Se constatan registros de investigaciones realizadas en la institución, aprobadas por un comité de ética y autorizadas por el prestador.				
		Se constata: conocimiento de dicha obligación, en al menos 90% de los profesionales médicos entrevistados.				

DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

El prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales y de protección de derechos humanos en el trato que se le otorga.

DP 4.1

Componente DP-4

El prestador institucional cautela que las actividades docentes de pregrado que se realizan en ella no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los pacientes.

Característica

Las actividades docentes de pre-grado se regulan mediante convenios docente asistenciales y un marco reglamentario suficiente, que vela por proteger la seguridad de los pacientes, el respeto a los derechos y demás condiciones de trato digno al usuario definidas por la institución, explicitando la precedencia de la actividad asistencial sobre la docente.

Verificador

Regulación de actividades docentes de pre-grado.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
DP-4.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles DP-4.1 Existe convenio docente asistencial que cumple con al menos los siguientes requisitos: - Aprobado por Dirección del Servicio de Salud y/o Director del establecimiento - Define explícitamente que se debe velar por: <ul style="list-style-type: none">• Proteger la seguridad de los pacientes.• Proteger los derechos de los pacientes.• Precedencia de la actividad asistencial sobre la docente.	Dirección o gerencia del prestador	

DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

El prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales y de protección de derechos humanos en el trato que se le otorga.

DP 4.2

Característica

Las actividades y procedimientos que realizan los alumnos de pre-grado dentro de la institución están definidos, y son evaluados periódicamente con la finalidad de proteger la seguridad de los pacientes y velar por el efectivo respeto de sus derechos.

Verificador

Regulación y control de actividades de pre-grado.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN						OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Hospitalización Adulto	Hospitalización Infantil	PRO	Consultas Ambulatorias	Urgencia	
DP-4.2	Cumple: \geq 75%	Elementos Medibles DP-4.2							
		Se han establecido los procedimientos y/o actividades que pueden ejecutar los alumnos según carrera y nivel de formación.							
		Se ha definido el nivel de supervisión institucional requerido en cada caso.							
		Se documenta programa de supervisión de las prácticas clínicas relevantes ejecutadas por los alumnos.							
		Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación periódica.							

DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

El prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales y de protección de derechos humanos en el trato que se le otorga.

DP 5.1

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

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.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
DP-5.1	Cumple: ≥ 75%	Elementos Medibles DP-5.1	Dirección o gerencia del prestador	General	
		Se constata identificación formal del Comité de Ética del que dispone o al que puede acceder el prestador.			
		Se describe en documento de carácter institucional las situaciones que deben someterse a evaluación ética y procedimiento para la presentación de casos a dicho Comité.			
		Se constata registros de casos sometidos al comité de ética.			
		Se constata: conocimiento del procedimiento para acceder a Comité de Ética en al menos 90% de los profesionales entrevistados.			

Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales
Atención Psiquiátrica Cerrada

ÁMBITO GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)



GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

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

CAL 1.1

Componente CAL-1

El prestador institucional cuenta con políticas de calidad de nivel estratégico y una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de mejoría continua de la calidad.

Característica

Existe una política explícita de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.

Verificador

Programa de mejoría continua de la calidad a nivel Institucional.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
CAL-1.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles CAL-1.1	Dirección o gerencia del prestador		* En el proceso de acreditación en que el componente restrospectivo es de 6 meses, este elemento medible será considerado cumplido si el prestador presenta una evaluación semestral.
		Existe un documento de carácter institucional que describe la política de calidad de la Institución.			
		Existe un profesional a cargo del Programa de Calidad a nivel institucional. La descripción del cargo del responsable especifica: a) Funciones b) Horas asignadas			
		Cuenta con un programa de calidad que incorpora un sistema de evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.			
		Existe un informe que da cuenta de la evaluación anual, que incluye un análisis de los resultados obtenidos.*			

GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

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

CAL 1.2

Característica

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

Verificador

Actividades de mejoría de la calidad en unidades clínicas y de apoyo.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES
			Hospitalización Adulto	Hospitalización Infantil	PRO	Urgencia	
CAL-1.2	Cumple: \geq 75%	Elementos Medibles DP-1.2					
		Se ha designado responsable de dirigir y coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en cada uno de los servicios clínicos y de apoyo.					
		Metas de calidad anual por Unidad (relacionadas con la seguridad de los pacientes)					

Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales
Atención Psiquiátrica Cerrada

ÁMBITO GESTIÓN CLÍNICA (GCL)



GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.1

Componente GCL-1

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

Característica

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

Verificador

Procedimientos de enfermería.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN			OBSERVACIONES
			Hospitali- zación Adulto	Hospitali- zación Infantil	Urgencia	
GCL-1.1	Cumple: \geq 66%	Elementos Medibles GCL-1.1				
		Se describe en documento (s) los procedimientos de: 1. Instalación de catéter urinario. 2. Instalación y manejo de vías veno- sas periféricas. 3. Administración de medicamentos EV. 4. Administración de medicamentos vía oral Y se ha definido los responsables de su aplicación.				
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.				
		Existe constancia de que se ha reali- zado la evaluación periódica.				

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.2

Característica

Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Reanimación cardiopulmonar.

Verificador

Protocolos de reanimación cardiopulmonar avanzada.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES
			Hospitalización Adulto	Hospitalización Infantil	PRO	Urgencia	
GCL-1.2	Cumple: \geq 75%	Elementos Medibles GCL-1.2 Se describe en documento(s) el protocolo de reanimación cardiopulmonar avanzada y se ha definido los responsables de su aplicación.					

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.3

Característica

Se aplica un programa de evaluación y mejoría de la contención física de pacientes en agitación psicomotora, para prevenir eventos adversos asociados a su uso.

Verificador

Contención física de pacientes en agitación psicomotora.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES	
GCL-1.3	Cumple: \geq 75%	<p>Elementos Medibles GCL-1.3</p> <p>Se describe en un documento el procedimiento de contención física de pacientes en agitación psicomotora que contiene la descripción explícita de las medidas de prevención para evitar los eventos adversos asociados a dicha contención, de conformidad a la normativa vigente⁹.</p> <p>Se ha definido los responsables de su aplicación.</p> <p>Existe registro de la indicación médica de cada procedimiento de contención</p> <p>Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento</p> <p>Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.</p> <p>Se constata adecuado procedimiento de contención física y/o la presencia de los elementos necesarios para realizar el procedimiento.</p>	<p>Dirección o gerencia del prestador</p>	<p>Hospitalización Adulto</p>	<p>Hospitalización Infantil</p>	<p>Urgencia</p>		<p>⁹ Artículos 26, 27, 28, 29 y 30 del Decreto Supremo N° 570 del MINSAL, 1998 que aprueba el “Reglamento para Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la proporcionan”.</p>

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.4

Característica

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

Verificador

Protocolos de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Hospitalización Adulto	Hospitalización Infantil	Urgencia	
GCL-1.4	Cumple: \geq 75%	Elementos Medibles GCL-1.4					
		Se describe en documento de carácter institucional los criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio y se ha definido los responsables de su aplicación.					
		Se describe en documento de carácter institucional los criterios de ingreso involuntario, de conformidad a la normativa vigente.					

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.5

Característica

Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Proceso de identificación de pacientes.

Verificador

Proceso de identificación de pacientes.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Hospitalización Adulto	Hospitalización Infantil	Urgencia	
GCL-1.5	Cumple: \geq 90%	Elementos Medibles GCL-1.5					
		Se describe en documento de carácter institucional los siguientes elementos relacionados con la identificación de pacientes: Obligatoriedad de identificación al menos en: 1. pacientes pediátricos, 2. pacientes con compromiso de conciencia y 3. pacientes que son sometidos a terapia electroconvulsivante. Se ha definido el tipo de identificación y los datos a incluir en la identificación. Se ha definido los responsables de su aplicación.					
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.					
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.					
		Se constata identificación de pacientes.					

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

Componente GCL-2

El prestador institucional cuenta con programas para prevenir y vigilar la ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a la atención de los pacientes.

GCL 2.1

Característica

Se aplican medidas de prevención de los eventos adversos (EA) asociados a la atención: Prevención de eventos adversos asociados a procesos asistenciales.

Verificador

Prevención de eventos adversos asociados a procesos asistenciales.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Hospitalización Adulto	Hospitalización Infantil	Urgencia	
GCL-2.1	Cumple: \geq 80%	Elementos Medibles GCL-2.1					
		Se describe en documento(s) de carácter institucional las medidas de prevención de: 1. Error de medicación 2. Caídas Se han definido los responsables de su aplicación.					
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento, relacionados con el cumplimiento de las medidas de prevención.					
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.					

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 2.2

Característica

Se aplican medidas de prevención de los eventos adversos (EA) asociados a la atención: Prevención de eventos adversos asociados a riesgos específicos dependientes del cuadro clínico de base.

Verificador

Prevención de eventos adversos asociados al tipo de paciente.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Hospitalización Adulto	Hospitalización Infantil	Urgencia	
GCL-2.2	Cumple: ≥ 80%	<p>Elementos Medibles GCL-2.2</p> <p>Se describe en documento(s) de carácter institucional las medidas de prevención de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intento de suicidio • Abandono de recinto de hospitalización de paciente grave en tratamiento • Agresión a sí mismo o a terceros que se ajusten a los criterios de respeto de los derechos de las personas conforme a la normativa vigente. <p>Se han definido los responsables de su aplicación.</p>					
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento, relacionados con el cumplimiento de las medidas de prevención.					
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.					

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 2.3

Característica

Se realiza vigilancia de los eventos adversos¹⁰ (EA) asociados a la atención

Verificador

Programa de vigilancia de eventos adversos

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN					OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Hospitalización Adulto	Hospitalización Infantil	PRO	Urgencia	
GCL-2.3	Cumple: ≥ 75%	Elementos Medibles GCL-2.3						
		Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención, que contempla al menos: <ul style="list-style-type: none"> • Eventos adversos y eventos centinela a vigilar de acuerdo a realidad asistencial. • Sistema de vigilancia • Procedimiento de reporte Se han definido los responsables de su aplicación.						
		Existen registros implementados y en uso para reportes de EA de acuerdo al sistema de vigilancia local						
		Se constata análisis de eventos centinelas.						

¹⁰ Ejemplos de EA a vigilar: EA asociados a la anestesia, EA asociados a errores de medicación, caídas con lesión, muertes inesperadas, fuga de pacientes, etc.

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 3.1

Componente GCL-3

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

Característica

El prestador institucional cuenta con un sistema de prevención y vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) que cumple con la normativa nacional.

Verificador

Sistema de prevención y vigilancia de las IIH.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
GCL-3.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles GCL-3.1	Dirección o gerencia del prestador		
		Existe un encargado de IIH designado por la Dirección del Prestador, con descripción de sus funciones y ámbito de acción.			
		Se describe, en documento de carácter institucional, las IIH vigiladas, el procedimiento de vigilancia y los criterios de notificación.			
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.			

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 3.2

Característica

Se realizan actividades de supervisión que dan cuenta del cumplimiento de la normativa de Control y Prevención de las IIH.

Verificador

Supervisión de prácticas de prevención de IIH.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN					OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Hospitalización Adulto	Hospitalización Infantil	PRO	Urgencia	
GCL-3.2	Cumple: \geq 80%	Elementos Medibles GCL-3.2						
		Se describen en documentos de carácter institucional las medidas de prevención de IIH que consideran: 1. Precauciones estándar. 2. Uso de antisépticos y desinfectantes. Y se ha definido los responsables de su aplicación						
		Se han definido indicadores y umbrales de cumplimiento. Existe constancia de que se ha realizado la evaluación en forma periódica.						

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

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 riesgo¹¹.

AOC 1.1

Componente 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

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

Verificador

Procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN			OBSERVACIONES
AOC-1.1	Cumple: $\geq 66\%$	Elementos Medibles AOC-1.1	Sectores de espera de público en consultas ambulatorias	Sectores comunes de recreación de pacientes	Sectores de Hospitalización*	* Elegir 3 al azar
		Está descrito, en documento de carácter institucional, el sistema de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia.				
		Se constata: conocimiento del procedimiento en personal entrevistado.				

¹¹ Para estos efectos, se consideran como factores de riesgo los que se asocian a aumento de la morbilidad o mortalidad.

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 riesgo.

AOC 1.2

Característica

El prestador institucional utiliza un sistema de priorización de la atención de urgencia.

Verificador

Sistema de priorización de la atención de urgencia (selector de pacientes).

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
AOC-1.2	Cumple: \geq 66%	Elementos Medibles AOC-1.2 Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de categorización de pacientes en la Unidad de Emergencia indicando: criterios a utilizar, tiempos de respuesta y registro, y se ha definido responsables de su aplicación. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento. Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.	Urgencia	

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 riesgo.

AOC 2.1

Componente AOC-2

El prestador institucional vela por la continuidad de la atención en aspectos relevantes para la seguridad de los pacientes.

Característica

El prestador institucional dispone de un sistema de derivación de los pacientes que presentan urgencias que exceden su capacidad de resolución.

Verificador

Sistema de derivación de pacientes.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
AOC-2.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles AOC-2.1	Dirección o gerencia del prestador		
		Se describe en documento de carácter institucional los siguientes elementos relacionados con la derivación de pacientes: <ul style="list-style-type: none">- Responsable que decide derivación.- Red de derivación y su procedimiento.- Definición de tipo y condiciones del transporte.- Definición de la información que debe acompañar al paciente.			

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 riesgo.

AOC 2.2

Característica

Existen sistemas de entrega de turnos en las unidades clínicas, que enfatizan aspectos directamente relacionados con la seguridad de la atención.

Verificador

Normativa institucional sobre sistema de entrega de turnos.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Hospitalización Adulto	Hospitalización Infantil	Urgencia	
AOC-2.2	Cumple: \geq 75%	Elementos Medibles AOC-2.2					
		Se describe en documento(s) de carácter institucional el sistema de entrega de turnos, que contempla al menos: datos mínimos a informar y registrar por cada estamento (técnicos paramédicos, enfermeras, médicos).					
		Se constatan registros de entrega de turno de enfermeras.					
		Se constatan registros de entrega de turno de técnicos paramédicos.					
		Se constatan registros de entrega de turno de médicos.					

ÁMBITO COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

RH 1.1

Componente RH-1

Los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional están habilitados.

Característica

Los profesionales médicos que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.

Verificador

Certificados de título de médicos con funciones permanentes o transitorias.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
RH-1.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles RH-1.1	Dirección o gerencia del prestador	
		Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de los médicos que cumplen funciones permanentes.		
		Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de los médicos que cumplen funciones transitorias (durante último año).		

COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

RH 1.2

Característica

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 o transitorio del prestador.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
RH-1.2	Cumple: ≥ 90%	Elementos Medibles RH-1.2	Dirección o gerencia del prestador	
		Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de las enfermeras que cumplen funciones permanentes.		
		Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de las enfermeras que cumplen funciones transitorias (durante último año)		
		Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los sicólogos que cumplen funciones permanentes.		
		Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los sicólogos que cumplen funciones transitorias (durante último año)		
		Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los terapeutas ocupacionales que cumplen funciones permanentes.		
		Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los terapeutas ocupacionales que cumplen funciones transitorias (durante último año)		

Continúa en Página Siguiente

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
RH-1.2	Cumple: ≥ 90%	<p style="text-align: center;">Elementos Medibles RH-1.2</p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de las nutricionistas que cumplen funciones permanentes.</p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de las nutricionistas que cumplen funciones transitorias (durante último año)</p> <p>Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de los químico farmacéuticos que cumplen funciones permanentes.</p> <p>Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de los químico farmacéuticos que cumplen funciones transitorias (durante último año)</p> <p>Certificados de título de técnico de nivel superior¹² o medio de enfermería¹³ o certificado de competencia¹⁴ emitido por la autoridad sanitaria, del personal que cumple funciones de técnicos paramédicos en forma permanente.</p> <p>Certificados de título de técnico de nivel superior o medio de enfermería o certificado de competencia emitido por la autoridad sanitaria, del personal que cumple funciones de técnicos paramédicos en forma transitoria (durante último año).</p>	<p>Dirección o gerencia del prestador</p>	<p>¹² Título de Técnico de Nivel Superior (TNS), otorgado por un establecimiento de educación superior reconocido por el Estado en las siguientes áreas de desempeño en salud: TNS en Enfermería</p> <p>¹³ Título de Técnico de Nivel Medio en Atención de Enfermería, otorgado por un establecimiento de educación técnico-profesional reconocido por el Estado.</p> <p>¹⁴ Certificado de Competencia otorgado por la Autoridad Sanitaria a la persona que acredite el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Reglamento respectivo, correspondientes a la realización del curso de 1.600 horas según Programa del MINSAL y a la aprobación del Examen de Competencia que toma dicha autoridad sanitaria para autorizar el ejercicio de los Auxiliares Paramédicos de Enfermería (DS 2147/78 y DS 261/79, del MINSAL)</p>

COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

RH 1.3

Característica

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

Verificador

Certificados de especialidad de médicos que desempeñan alguna especialidad

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
RH-1.3	Cumple: 100%	Elementos Medibles RH-1.3 Certificados de especialidad médica emitidos por entidad competente de acuerdo a la legislación vigente ¹⁵ .	Dirección o gerencia del prestador		¹⁵ A la fecha de publicación de este manual: certificados otorgados por universidad reconocida en Chile, CONACEM, CONACEO, Director del Servicio de Salud, o profesionales reconocidos como especialistas por FONASA.

COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

RH 2.1

Componente RH-2

El prestador institucional realiza actividades para asegurar que el personal que ingresa a la institución adquiera conocimientos generales y específicos acerca del funcionamiento y normas locales, con énfasis en materias que afectan la seguridad de los pacientes.

Característica

El prestador institucional cuenta con programas de inducción que enfatizan temas relacionados con la seguridad de los pacientes, y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la institución.

Verificador

Programas de inducción.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
RH-2.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles RH-2.1	Dirección o gerencia del prestador		
		Se describe en un documento de carácter institucional el programa de inducción, que incluye temas generales relacionados con la seguridad de los pacientes.			
		Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de inducción definido institucionalmente en al menos 85% de los funcionarios que ingresaron a la institución en el último año.			

COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

RH 2.2

Característica

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

Verificador

Programas de orientación.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN			OBSERVACIONES
			Hospitalización Adulto	Hospitalización Infantil	Urgencia	
RH-2.2	Cumple: \geq 66%	Elementos Medibles RH-2.2				
		Se describe en un documento el programa de orientación que enfatiza en temas relacionados con la seguridad de la atención. El programa considera al menos: enfermeras y técnicos paramédicos.				
		Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de orientación establecido en al menos 85% de los funcionarios que ingresaron a la unidad en el último año.				

COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

RH 3.1

Componente RH-3

El prestador institucional programa y prioriza la capacitación del personal que participa en atención directa de pacientes, en materias relevantes para su seguridad.

Característica

El prestador institucional incluye en su programa de capacitación temas relacionados con manejo de cuadros de agitación psicomotora y reanimación cardiopulmonar. Todos ellos destinados al personal que participa en atención directa de pacientes.

Verificador

Programa de capacitación.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Hospitalización Adulto	Hospitalización Infantil	Urgencia	
RH-3.1	Cumple: ≥ 50%	<p>Elementos Medibles RH-3.1</p> <p>Se describe en un documento de carácter institucional el programa de capacitación institucional anual, en el que se incluyen temas relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de pacientes con agitación psicomotora - Reanimación cardiopulmonar 					
		<p>La cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas asegura que el personal reciba una actualización al menos cada 5 años en estos temas.</p>					

COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

RH 4.2

Característica

Se aplica un programa de vacunación del personal.

Verificador

Programa de vacunación del personal.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
RH-4.2	Cumple: \geq 66%	Elementos Medibles RH-4.2	Dirección o gerencia del prestador		
		Se describe en un documento el programa de vacunación del personal que incluye al menos vacuna anti hepatitis B.			
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con la cobertura del personal de riesgo.			
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.			

Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales
Atención Psiquiátrica Cerrada

ÁMBITO REGISTROS (REG)



REGISTROS (REG)

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

REG 1.1

Componente REG-1

El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica.

Característica

El prestador institucional cuenta con ficha clínica única individual.

Verificador

Sistema de ficha clínica.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
REG-1.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles REG-1.1	Dirección o gerencia del prestador	General	
		Se describe en un documento de carácter institucional la existencia de ficha clínica única e individual y su manejo.			
		Se constata la existencia de ficha clínica única e individual en hospitalización.			

REGISTROS (REG)

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

REG 1.2

Característica

El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registros clínicos.

Verificador

Registros clínicos.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES	
REG-1.2	Cumple: \geq 75%	<p align="center">Elementos Medibles REG-1.2</p> <p>Se describe en documento de carácter institucional las características de los registros clínicos que contempla:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsables del llenado y contenidos mínimos a llenar por cada registro. - Legibilidad. - Debe incluir al menos los registros de: <ul style="list-style-type: none"> • Ingreso médico. • Evolución diaria de paciente hospitalizado. • Epicrisis. • Registro de consultas profesionales ambulatorias. • Interconsultas. • Atención de Urgencia. • Hoja de atención de enfermería. 	Dirección o gerencia del prestador	Hospitalización Adulto	Hospitalización Infantil	Urgencia		
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.						
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.						
		Se constata legibilidad y contenidos mínimos de: protocolos operatorios y epicrisis.						

REGISTROS (REG)

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

REG 1.3

Característica

El prestador institucional entrega al paciente por escrito información relevante sobre las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento.

Verificador

Informes de prestaciones.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN			OBSERVACIONES
REG-1.3	Cumple: \geq 66%	Elementos Medibles REG-1.3	Hospitalización Adulto	Hospitalización Infantil	Urgencia	
		Se describe en un documento de carácter institucional los informes que deben ser entregados al paciente respecto a las prestaciones realizadas en, al menos, las siguientes ocasiones: <ul style="list-style-type: none">- Alta de la hospitalización.- Atención de urgencia. Se describe además los contenidos mínimos de los informes a entregar, los que deben incluir: hipótesis diagnóstica, procedimiento(s) realizados e indicaciones. Y se han designado responsables de su aplicación.				
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.				
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.				

REGISTROS (REG)

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

REG 1.4

Característica

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

Sistema de registro de entrega y recepción de fichas.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
REG-1.4	Cumple: \geq 66%	Elementos Medibles REG-1.4	Archivo*	* U otra Unidad donde se realizan los procedimientos de custodia, entrega y recepción de fichas clínicas.
		Se describe en documento(s) los procedimientos de entrega, recepción y conservación de fichas clínicas y se ha designado los responsables de su aplicación.		
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.		
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.		

SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

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

EQ 1.1

Componente EQ-1

Se aplica un procedimiento establecido para la adquisición y reposición del equipamiento en la institución, que vela por mantener la calidad de éste.

Característica

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.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
EQ-1.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles EQ-1.1	Dirección o gerencia del prestador	
		Se describe en un documento de carácter institucional el 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.- Sistema de 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.		

SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

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

EQ 1.2

Característica

El prestador institucional conoce la vida útil y las necesidades de reposición del equipamiento crítico para la seguridad de los usuarios.

Verificador

Procedimiento de adquisición de equipamiento.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
EQ-1.2	Cumple: \geq 50%	Elementos Medibles EQ-1.2 Existe un documento de carácter institucional donde se describe un sistema de seguimiento de vida útil del equipamiento relevante para la seguridad de los usuarios que incluye al menos: <ul style="list-style-type: none">- Equipamiento de anestesia.- Monitores desfibriladores.- Equipos de terapia electroconvulsivante. Existe un informe anual de las necesidades de reposición del equipamiento crítico.	Dirección o gerencia del prestador	

SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

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

EQ 2.1

Componente EQ-2

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

Característica

Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.

Verificador

Programa de mantenimiento preventivo propio o contrato con empresa externa.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
EQ-2.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles EQ-2.1	Dirección o gerencia del prestador	
		Se ha designado el profesional responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional.		
		Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos: - Monitores desfibriladores. - Máquinas de anestesia. - Ambulancias de urgencia		
		Existe constancia de que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa, en los equipos mencionados.		

SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

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

EQ 3.1

Componente EQ-3

Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes son utilizados por personas autorizadas para su operación.

Característica

Los equipos relevantes son utilizados por personas autorizadas para su operación.

Verificador

Definiciones locales de operación de equipamiento.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
EQ-3.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles EQ-3.1	Dirección o gerencia del prestador		
		Se describe en un documento de carácter institucional el perfil técnico o profesional del personal autorizado para operar los equipos relevantes, que considera al menos: <ul style="list-style-type: none">- Monitores desfibriladores.- Máquinas de anestesia.- Autoclaves.- Terapia electroconvulsivante			

ÁMBITO SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

Las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios.

INS 1.1

Componente INS-1

El prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de sus instalaciones.

Característica

El prestador institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo.

Verificador

Plan de prevención de incendios.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	General	
INS-1.1	Cumple: ≥ 80%	Elementos Medibles INS-1.1			
		Se ha designado un responsable institucional del plan de prevención de incendios.			
		Se documenta un plan institucional de prevención de incendios.			
		Existe un informe de evaluación del riesgo de incendio, elaborado por bomberos (quinquenal).			
		Existe un análisis de los resultados del informe de la evaluación y decisiones adoptadas al respecto.			
		Se constata: - Recarga vigente de extintores. - Red seca y húmeda accesibles. - Cumplimiento de mantenimiento preventivo de red húmeda, seca y sistemas automatizados de mitigación de incendios (en caso de disponerse de estos dos últimos).			

SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

Las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios.

INS 2.1

Componente INS-2

El prestador institucional cuenta con planes de emergencia frente a accidentes o siniestros, que permitan la evacuación oportuna de los usuarios y el personal.

Característica

Existen planes de evacuación actualizados, difundidos y sometidos a pruebas periódicas frente a los principales accidentes o siniestros.

Verificador

Plan de evacuación.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN					OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Hospita- lización Adulto	Hospita- lización Infantil	Sectores espera de público en consultas ambulatorias*	Urgencia	
INS-2.1	Cumple: \geq 75%	Elementos Medibles INS-2.1						* Seleccionar los dos sectores con mayor afluencia de público.
		Se ha designado un responsable institucional del plan de evacuación.						
		Se documenta un plan institucional de evacuación, que contempla al menos: - Las funciones y responsables locales de la aplicación del plan en caso de un evento como incendio, sismo o inundación. - Procedimiento de evacuación. - Sistemas de comunicación alternativos.						
		Existe constancia de que se han ejecutado anualmente simulacros y/o simulaciones del plan de evacuación.						
		Se constata que el personal entrevistado tiene conocimiento de aspectos generales del plan de evacuación.						

SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

Las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios.

INS 2.2

Característica

El prestador institucional mantiene la funcionalidad de la señalética de vías de evacuación.

Verificador

Señalética de vías de evacuación.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Sectores de acceso de público*	Sectores de espera de público*	Pasillos de circulación	
INS-2.2	Cumple: \geq 75%	Elementos Medibles INS-2.2					* Evaluar los sectores con mayor afluencia de público.
		Se ha designado el responsable institucional del mantenimiento y actualización periódica de la señalética de vías de evacuación del establecimiento.					
		Se constata disponibilidad de señalética de vías de evacuación (considerar iluminación, posición, tamaño, claridad de lectura o interpretación).					

SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

Las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios.

INS 3.1

Componente INS-3

Las instalaciones relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidas a un programa de mantenimiento preventivo y se dispone de un plan de contingencias en caso de interrupción de servicios básicos.

Característica

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

Verificador

Mantenimiento preventivo de instalaciones.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
INS-3.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles INS-3.1	Dirección o gerencia del prestador	
		Se ha designado un responsable Institucional del mantenimiento preventivo de las instalaciones.		
		Se documenta un programa de mantenimiento preventivo que incluye al menos: - Ascensores de uso de los pacientes. - Calderas. - Techumbre.		
		Se constata ejecución de programa de mantenimiento preventivo.		

SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

Las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios.

INS 3.2

Característica

El prestador ejecuta un plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico y de agua potable.

Verificador

Plan de contingencias en caso de interrupción del suministro eléctrico y de agua potable.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
INS-3.2	Cumple: \geq 75%	Elementos Medibles INS-3.2	Dirección o gerencia del prestador	
		Se ha designado el responsable institucional del plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico y de agua potable.		
		Se documenta un plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico y de agua potable.		
		Existen registros que dan cuenta de : - Mantenimiento preventivo y realización de 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.		
		Se constata: Operación de generadores de energía de emergencia. Calidad macroscópica del agua de estanques de reserva.		

SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO

Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales
Atención Psiquiátrica Cerrada

LABORATORIO CLÍNICO (APL)



SERVICIOS DE APOYO (AP) - LABORATORIO CLÍNICO (APL)

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

APL 1.1

Componente APL

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

Característica

Los exámenes de laboratorio comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

Verificador

Compra de prestaciones a terceros acreditados.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
APL-1.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles APL-1.1	Dirección o gerencia del prestador		
		Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.			

SERVICIOS DE APOYO - LABORATORIO CLÍNICO (APL)

El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.

APL 1.2

Característica

El laboratorio norma, aplica y evalúa periódicamente los procesos de la etapa pre-analítica.

Verificador

Procesos relacionados con etapa pre-analítica.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN					OBSERVACIONES
			Laboratorio Clínico	Hospitalización Adulto	Hospitalización Infantil	Toma de Muestras	Urgencia	
APL-1.2	Cumple: \geq 75%	<p>Elementos Medibles APL-1.2</p> <p>Se describen en documento(s) elaborado(s) por Laboratorio Clínico, los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrucciones de preparación del paciente. - Procedimiento de toma de muestra para los exámenes realizados. - Rotulación de las muestras. - Conservación de las muestras. - Traslado de las muestras. - Criterios de rechazo de muestras. <p>Y se han definido los responsables de su aplicación.</p>						
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con problemas de la toma de muestra detectados en el Laboratorio.						
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.						
		<p>Se constata que el Laboratorio dispone de formularios para entrega de información a los pacientes ambulatorios, en relación con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrucciones de preparación del paciente. - Toma y traslado de muestras (cuando corresponda). - Plazos de entrega de los exámenes. 						

SERVICIOS DE APOYO - LABORATORIO CLÍNICO (APL)

El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.

APL 1.3

Característica

El laboratorio aplica procedimientos explícitos y evalúa sistemáticamente los procesos de las etapas analítica y post analítica.

Verificador

Procesos relacionados con las etapas analítica y post analítica.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN			OBSERVACIONES
			Microbiología	Hematología	Bioquímica	
APL-1.3	Cumple: \geq 75%	Elementos Medibles APL-1.3				
		Se describe en documento(s) los procedimientos respecto de: <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de ejecución de los exámenes. - Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda. - Tiempos de respuesta de exámenes. 				
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con: tiempo de respuesta de exámenes urgentes o provenientes de unidades críticas.				
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.				
		Se constata ejecución de controles de calidad internos en las diferentes áreas del Laboratorio Clínico en forma periódica de acuerdo a procedimiento local.				

SERVICIOS DE APOYO - LABORATORIO CLÍNICO (APL)

El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.

APL 1.4

Característica

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

Verificador

Control de calidad externo.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
APL-1.4	Cumple: 100%	Elementos Medibles APL-1.4	Laboratorio Clínico	
		Existen registros de participación en Programa de Evaluación Externa de la Calidad en todas las áreas en que el laboratorio realiza prestaciones.		
		Se documentan análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo.		

SERVICIOS DE APOYO - LABORATORIO CLÍNICO (APL)

El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.

APL 1.5

Característica

El laboratorio asegura las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso

Verificador

Procedimientos de bioseguridad

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
APL-1.5	Cumple: 100%	Elementos Medibles APL-1.5	Laboratorio Clínico		
		Se describe en un documento las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso del laboratorio.			
		Se constata cumplimiento de uso de protección del personal en la manipulación de muestras clínicas de acuerdo a procedimiento local.			

Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales
Atención Psiquiátrica Cerrada

UNIDAD DE FARMACIA (APF)



SERVICIOS DE APOYO - FARMACIA (APF)

El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.

Componente APF-1

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

APF 1.1

Característica

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

Verificador

Procedimiento para la adquisición de medicamentos e insumos.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES
			Unidad de Farmacia**	Hospitalización Adulto	Hospitalización Infantil	Urgencia	
APF-1.1	Cumple: ≥ 50%	Elementos Medibles APF-1.1					* U otra estructura organizacional de carácter técnico ** Si es necesario debe verificarse en Abastecimiento
		Se constata formalización y funcionamiento del Comité de Farmacia *					
		Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de medicamentos que considera su evaluación técnica.					
		Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de insumos, que considera su evaluación técnica.					
		Se constata: participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de medicamentos.					
		Se constata: participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de insumos.					

SERVICIOS DE APOYO - FARMACIA (APF)

El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.

APF 1.2

Característica

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.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
APF-1.2	Cumple: \geq 75%	Elementos Medibles APF-1.2	Unidad de Farmacia	
		Se ha designado el responsable de la mantención del stock mínimo de medicamentos e insumos de las unidades clínicas de la institución.		
		Se documenta una definición del stock mínimo de medicamentos e insumos en dichas unidades.		
		Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de reposición del stock y periodicidad de ésta.		
		Existe constancia de que el stock mínimo se repone oportunamente.		

SERVICIOS DE APOYO - FARMACIA (APF)

El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.

APF 1.3

Característica

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

Verificador

Procedimientos de farmacia

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
APF-1.3	Cumple: $\geq 66\%$	<p>Elementos Medibles APF-1.3</p> <p>Se describe en un documento(s) elaborado por Farmacia, los siguientes procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rotulación de medicamentos. - Envasado de medicamentos e insumos. - Despacho de medicamentos e insumos. - Sistema de eliminación de medicamentos expirados, en mal estado o sin rotulación adecuada. - Sistema de reposición de stock mínimo de la unidad de farmacia. 	<p>Unidad de Farmacia</p>	
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.		
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.		

SERVICIOS DE APOYO - FARMACIA (APF)

El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.

APF 1.4

Característica

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

Verificador

Procedimientos de farmacia en las Unidades Clínicas.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES
			Unidad de Farmacia**	Hospitalización Adulto	Hospitalización Infantil	Urgencia	
APF-1.4	Cumple: \geq 50%	<p>Elementos Medibles APF-1.4</p> <p>Se describe en documento(s) elaborado(s) por Farmacia los procedimientos relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Almacenamiento y conservación de medicamentos e insumos. - Formato de prescripción de medicamentos. - Solicitud de medicamentos e insumos desde unidades clínicas. - Devolución de medicamentos e insumos. - Notificación de reacciones adversas a medicamentos a la autoridad pertinente. 					¹⁶ En el caso de estupefacientes remitirse a regulación vigente.
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.					
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.					
		Se constata almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local ¹⁶ .					

SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN (APE)

SERVICIOS DE APOYO - ESTERILIZACIÓN (APE)

El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.

APE 1.1

Componente APE

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

Característica

Las prestaciones de Esterilización compradas a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

Verificador

Compra de prestaciones a terceros acreditados.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
APE-1.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles APE-1.1	Dirección o gerencia del prestador		
		Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.			

SERVICIOS DE APOYO - ESTERILIZACIÓN (APE)

El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.

APE 1.2

Característica

Las etapas de lavado, preparación y esterilización propiamente tal se realizan en forma centralizada.

Verificador

Esterilización centralizada.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN			OBSERVACIONES
			Hospitalización Adulto	Hospitalización Infantil	Urgencia	
APE-1.2	Cumple: 100%	Elementos Medibles APE-1.2				¹⁷ Se considera que dichas etapas están centralizadas si son realizadas en el Servicio de Esterilización o en un recinto físico o Unidad distinta, siempre que esto último ocurra bajo la supervisión de Esterilización.
		Se constata que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada ¹⁷ .				
		Se constata que la etapa de esterilización propiamente tal se realiza en el Servicio de Esterilización.				

SERVICIOS DE APOYO - ESTERILIZACIÓN (APE)

El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.

APE 1.3

Característica

El material es procesado de acuerdo a métodos de esterilización basados en las normas técnicas vigentes en la materia y se evalúa su cumplimiento.

Verificador

Procedimientos de esterilización.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
APE-1.3	Cumple: \geq 66%	<p>Elementos Medibles APE-1.3</p> <p>En documentos elaborados por el Servicio de Esterilización se describen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico. - Los procedimientos relacionados con: <ul style="list-style-type: none"> Transporte de material contaminado. Recepción de material esterilizado fuera de la institución.* Recepción de materiales a ser esterilizados. Lavado y secado. Inspección y preparación. Operación de equipos de esterilización. Distribución. Controles del proceso. 	<p>Servicio de Esterilización</p>	* Se solicita a Dirección y/ o gerencia del prestador cuando el servicio de esterilización se encuentra totalmente externalizado.
		Se ha definido al menos 2 indicadores y umbrales de cumplimiento.		
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.		

SERVICIOS DE APOYO - ESTERILIZACIÓN (APE)

El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.

APE 1.4

Característica

El almacenamiento de material estéril se realiza de acuerdo a normas técnicas vigentes en la materia.

Verificador

Almacenamiento de material estéril.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES
			Servicio de esterilización	Hospitalización Adulto	Hospitalización Infantil	Urgencia	
APE-1.4	Cumple: \geq 75%	Elementos Medibles APE-1.4					
		Se describe en documento de carácter institucional el procedimiento de almacenamiento de material estéril.					
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.					
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.					
		Se constata en terreno almacenamiento de material estéril de acuerdo a norma local que considera las orientaciones del MINSAL.					

**UNIDAD DE TRANSPORTE DE PACIENTES O
SERVICIO DE MOVILIZACIÓN (APT)**

SERVICIOS DE APOYO - TRANSPORTE DE PACIENTES (APT)

El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.

APT 1.1

Componente APT

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

Característica

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

Verificador

Compra de prestaciones a terceros acreditados.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
APT-1.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles APT-1.1	Dirección o gerencia del prestador		
		Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.			

SERVICIOS DE APOYO - TRANSPORTE DE PACIENTES (APT)

El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.

APT 1.2

Característica

El proceso de transporte de pacientes cumple condiciones mínimas de seguridad.

Verificador

Procedimientos de transporte de pacientes.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
APT-1.2	Cumple: 100%	Elementos Medibles APT-1.2	Unidad de Transporte de Pacientes	* Revisión Técnica Vigente.
		Se describe en documento(s) de carácter institucional: <ul style="list-style-type: none">- Procedimientos relacionados con la fijación y disposición del paciente y acompañantes en el móvil.- Procedimiento de entrega de pacientes al centro receptor y límites de responsabilidad establecidos.- Procedimientos de contención y traslado para hospitalizaciones involuntarias.		
		Se constata: <ul style="list-style-type: none">- Sistema de fijación y disposición del paciente en el móvil.- Condiciones operativas del móvil*		

SERVICIO DE IMAGENOLÓGÍA (API)

SERVICIOS DE APOYO - IMAGENOLOGÍA (API)

El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.

API 1.1

Componente API

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

Característica

Los procedimientos de imagenología comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

Verificador

Compra de prestaciones a terceros acreditados.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
API-1.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles API-1.1	Dirección o gerencia del prestador	
		Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.		



POR UNA SALUD FUERTE

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

