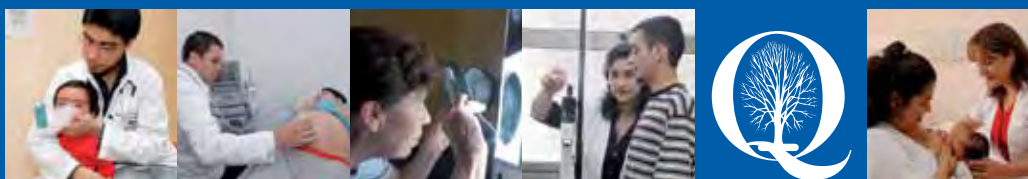


MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DESTINADOS AL OTORGAMIENTO DE SERVICIOS DE IMAGENOLÓGÍA



POR UNA SALUD FUERTE

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD



MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DESTINADOS AL OTORGAMIENTO DE SERVICIOS DE IMAGENOLÓGÍA



POR UNA SALUD FUERTE

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD



CHILE

Manual del Estándar General de Acreditación
para Prestadores Institucionales
Destinados al Otorgamiento de
Servicios de Imagenología

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	9
1. Instrucciones Generales	9
2. Interpretación de las Normas Contenidas en este Manual	10
III. Reglas de Decisión	11
IV. Ámbitos, Componentes y Características	14
1 ^{er} ÁMBITO: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)	15
2º ÁMBITO: GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)	16
3 ^{er} ÁMBITO: GESTIÓN DE PROCESOS (GP)	17
4º ÁMBITO: ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)	19
5º ÁMBITO: COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)	20
6º ÁMBITO: REGISTROS (REG)	22
7º ÁMBITO: SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)	23
8º ÁMBITO: SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)	24
9º ÁMBITO: SERVICIOS DE APOYO (AP)	25
Componente APE: Esterilización	25
Componente APA: Anatomía Patológica	25
V. Glosario y Abreviaturas	26
Anexo: Pauta de Cotejo	

I. CONTENIDOS Y ESTRUCTURA DEL MANUAL

1. Consideraciones Generales

El Estándar General para los Prestadores Institucionales destinados al otorgamiento de Servicios de Imagenología, cuyos contenidos normativos se encuentran en este Manual, des- agrega 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 de Procesos

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 presente Manual.

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 3:

- *El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno.*
- *Los pacientes son informados sobre las características de los procedimientos a los que serán sometidos, incluyendo sus potenciales riesgos y se les solicita su consentimiento previo a su ejecución.*
- *Respecto de los pacientes que participan en investigaciones desarrolladas en la institución, se aplican procedimientos para resguardar su derecho al consentimiento, la seguridad y la confidencialidad.*

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 difusión de derechos explícitos de los pacientes.*
- *El prestador utiliza un sistema de gestión de reclamos*

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 retrospectiva¹. 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.

¹ 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
Gestión de la calidad	CAL 1.1	Programa de mejoría continua de la calidad a nivel institucional
Gestión de procesos	GP 1.1	Evaluación pre anestésica
	GP 1.5	Procedimientos imagenológicos de mayor riesgo
	GP 1.4	Procedimientos de registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias
Acceso, oportunidad y continuidad de la atención	AOC 1.1	Procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia
Competencias del recurso humano	RH 1.1	Certificados de título de médicos con funciones permanentes o transitorias
	RH 1.2	Certificados de título de técnicos y profesionales del personal permanente o transitorio del prestador
Registros	REG 1.1	Informes de resultados
Seguridad del equipamiento	EQ 2.1	Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos de la especialidad y los críticos para la seguridad de los pacientes.

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 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.
 - b. Si el prestador hubiere sido precedentemente acreditado por haber cumplido el umbral señalado en la letra a.i.) precedente y aspirare a una segunda acreditación, se le exigirá:
 - i. Para acreditar: el cumplimiento del 80% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;(*)
 - ii. Para acreditar con observaciones: el cumplimiento del 65% 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 90% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;(*)
 - ii. Para acreditar con observaciones: el cumplimiento del 80% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación.(*)

(*)Modificado por el Decreto Exento N°1149/2015, del Ministerio de Salud, Publicado en el Diario Oficial el 26 de Noviembre de 2015.

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, siempre 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 al momento de tomar conocimiento del informe 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 DE PROCESOS (GP)

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 en el trato que se le otorga.

Componente DP-1:

El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno.

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 a los pacientes que se atienden en el establecimiento.

DP 1.2 El prestador institucional desarrolla actividades relacionadas con la gestión de reclamos.

Componente DP-2:

Los pacientes 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 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.

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.

Característica:

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.

3^{er} Ámbito: Gestión de Procesos (GP)

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

Componente GP-1:

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

Características:

- GP 1.1 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación preanestésica.
- GP 1.2 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Atención de enfermería.
- GP 1.3 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Reanimación cardiopulmonar.
- GP 1.4 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: obtención, registro, rotulación y traslado de biopsias.
- GP 1.5 Los procedimientos imagenológicos que conllevan riesgo para los pacientes se realizan en condiciones seguras.
- GP 1.6 El prestador cuenta con un sistema de evaluación de la solicitud de exámenes y entrega indicaciones para los pacientes que se realizan procedimientos imagenológicos.
- GP 1.7 El prestador institucional estandariza y realiza actividades de supervisión que dan cuenta del cumplimiento de precauciones estándar y uso de antisépticos y desinfectantes.
- GP 1.8 Existe una estructura organizacional de carácter técnico que gestiona la adquisición de medicamentos e insumos.
- GP 1.9 Se estandarizan procedimientos relacionados con medicamentos y se evalúa su cumplimiento.
- GP 1.10 El almacenamiento de material estéril se realiza de acuerdo a normas técnicas vigentes en la materia.

Componente GP-2:

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

Característica:

GP 2.1 Se realiza vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención²

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

4° 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 riesgo³.

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 dentro de la institución.

AOC 1.2 Se utilizan procedimientos explícitos para ordenar la atención de los pacientes de acuerdo a su vulnerabilidad y nivel de riesgo.

AOC 1.3 Se aplican procedimientos para asegurar la notificación oportuna de situaciones de riesgo, detectadas a través de exámenes diagnósticos.

Componente AOC-2:

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

Característica:

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

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 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:

- RH 2.1 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 la capacitación en reanimación cardiopulmonar, destinada 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 un programa de control de riesgos a exposiciones.
- RH 4.2 El prestador institucional ejecuta acciones frente a accidentes laborales con material contaminado con sangre o fluidos corporales de riesgo y sustancias peligrosas.

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 registro.

Características:

- REG 1.1 El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de informe de resultados.
- REG 1.2 Se aplican procedimientos establecidos para evitar pérdidas, mantener la integridad de los registros y su confidencialidad, por el tiempo establecido en la regulación vigente.
- REG 1.3 El prestador entrega al paciente por escrito información relevante sobre las prestaciones de imagenología intervencional realizadas e indicaciones de seguimiento.

7º 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 éstos.

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 de la especialidad y los 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 clínicos 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 permitan 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.

Característica:

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

9º Ámbito: Servicios de Apoyo (AP)

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

Componente APE-1 Esterilización

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

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.

Componente APA-1 Anatomía patológica

Los servicios de anatomía patológica aportan resultados confiables y oportunos.

Característica:

- APA 1.1 Los exámenes de anatomía patológica 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 utilizadas en este Manual 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.

Biopsia: remoción de células o tejidos orgánicos para ser examinados macro y microscópicamente con la finalidad de formular un diagnóstico.

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.

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.

Documento de carácter institucional: escrito aprobado por el Director del Prestador Institucional.

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.

Equipos de monitorización hemodinámica: equipos que permiten el seguimiento continuo de los parámetros hemodinámicos de un paciente, ya sea de forma invasiva o no invasiva.

Equipos de parámetros vitales: equipos médicos que miden los signos vitales como presión arterial, frecuencia cardíaca, respiración y/o saturometría.

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.

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.

Procedimiento invasivo: procedimiento que involucra solución de continuidad de piel y/o mucosas o acceso instrumental a vías o conductos naturales del organismo.

Procedimiento no invasivo: procedimiento que no involucra solución de continuidad de piel ni mucosas, ni acceso instrumental a cavidades o conductos naturales del organismo.

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 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 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.

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 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.

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

Abreviaturas

APA:	Servicio de Anatomía Patológica
APE:	Servicio de Esterilización
IIH:	Infecciones Intrahospitalarias
EA:	Evento Adverso

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD 
INTENDENCIA DE PRESTADORES

Material de uso para el proceso de acreditación de Prestadores
Institucionales Destinados al Otorgamiento de Servicios de Imagenología
Edición Impresa 2010

PAUTA DE COTEJO MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DESTINADOS AL OTORGAMIENTO DE SERVICIOS DE IMAGENOLÓGÍA



POR UNA SALUD FUERTE

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD





Pauta de Cotejo

Manual del Estándar General de Acreditación
para Prestadores Institucionales
Destinados al Otorgamiento de
Servicios de Imagenología

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: Procedimientos imagenológicos de mayor riesgo.

Elementos medibles API-1.5	Dirección o gerencia del prestador	
Con respecto a los exámenes imagenológicos que involucran procedimientos invasivos, uso de medio de contraste, sedación y/o anestesia, se describe: <ul style="list-style-type: none"> - El procedimiento Imagenológico. - Protocolo de sedación y/o anestesia. - Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenosos. Se han definido los responsables de su aplicación.		
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.		
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.		

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

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

El profesional acreditador completará el recuadro de cada característica verificando el cumplimiento de los elementos medibles en cada lugar de verificación, considerando sólo las celdas que aparecen en blanco.

Además, consignará “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

A continuación se describen los requisitos que deben tener los elementos medibles para ser considerados cumplidos.

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

En los casos en que se contenga 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 constatarse la presencia de todos aquellos que se relacionen con las actividades de cada lugar de verificación. En estos casos, se identifican 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 o máxima autoridad directiva 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.

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. En los casos en 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. 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, 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.

Cuando la prestación sea comprada a terceros, el indicador y el umbral de cumplimiento deben verificarse en el prestador institucional que se está acreditando.

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.

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.

Una característica se debe considerar cumplida 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
Destinados al Otorgamiento de Servicios de Imagenología

ÁMBITO DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

RESPECTO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

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

Componente DP-1

El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno.

DP 1.1

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 a los pacientes que se atienden en el 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 **	
DP-1.1	Cumple \geq 80%	Elementos Medibles DP-1.1 Existe un instrumento de difusión de carácter institucional que incluye los derechos relativos a: <ul style="list-style-type: none">- No discriminación- Respeto a la privacidad y pudor- Respeto a la confidencialidad El instrumento es fácilmente accesible, legible y comprensible				* Acceso principal. ** Se evaluarán los dos con mayor flujo de pacientes.

DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

El prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales 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
			Dirección o gerencia del prestador	Sectores de espera de público*	
DP-1.2	Cumple: 100%	Elementos Medibles DP-1.2			* Elegir los dos 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 en el trato que se le otorga.

Componente DP-2

Los pacientes 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.

DP 2.1

Característica

Se utilizan documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente 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
DP-2.1	Cumple: 100%	<p>Elementos Medibles DP-2.1</p> <p>Se describe en documento(s) de carácter institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Casos en que debe requerirse, que debe incluir: procedimientos de imagenología intervencional. - Formato del consentimiento, que debe incluir: intervención a realizar, objetivos del procedimiento, sus características y potenciales riesgos, nombre y firma del paciente y del responsable del procedimiento, fecha de la obtención del consentimiento. - 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. <p>Se constatan formatos de consentimiento informado con los elementos definidos en este instrumento, para cada uno, de los procedimientos de Imagenología Intervencional realizados en la institución.</p>	<p>Dirección o gerencia del prestador</p>	

DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

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

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.

DP 3.1

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
DP-3.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles DP-3.1 Se describe en documento de carácter institucional la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos que se realicen en la institución ¹ . Se constatan registros de investigaciones realizadas en la institución, aprobadas por un comité de ética y autorizadas por el prestador.	Dirección o gerencia del prestador	¹ 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.

Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales
Destinados al Otorgamiento de Servicios de Imagenología

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 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 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 ² .	Dirección o gerencia del prestador	² En el proceso de acreditación en que el componente retrospectivo es de 6 meses, este elemento medible será considerado cumplido si el prestador presenta una evaluación semestral.

Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales
Destinados al Otorgamiento de Servicios de Imagenología

ÁMBITO GESTIÓN DE PROCESOS (GP)

GESTIÓN DE PROCESOS (GP)

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

GP 1.1

Componente GP-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: Evaluación preanestésica.

Verificador

Evaluación pre-anestésica.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
GP-1.1	Cumple: $\geq 75\%$	Elementos Medibles GP-1.1	Dirección o gerencia del prestador	
		Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de evaluación pre-anestésica que considera anestesia general y 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: presencia de evaluación pre-anestésica en pacientes seleccionados de acuerdo a norma local.		

GESTIÓN DE PROCESOS (GP)

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

GP 1.2

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
GP-1.2	Cumple: \geq 66%	Elementos Medibles GP-1.2	Dirección o gerencia del prestador		
		Se describe en documento (s) los procedimientos de: 1. Instalación de vía venosa periférica. 2. Administración de medicamentos EV. Y se han definido los responsables de su aplicación			
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.			
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.			

GESTIÓN DE PROCESOS (GP)

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

GP 1.3

Característica

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

Verificador

Protocolos de reanimación cardiopulmonar básica y/o avanzada.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
GP-1.3	Cumple: 100%	Elementos Medibles GP-1.3 Se describe en documento(s) de carácter institucional el protocolo de reanimación cardiopulmonar básica y/o avanzada y se ha definido los responsables de su aplicación.	Dirección o gerencia del prestador		

GESTIÓN DE PROCESOS (GP)

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

GP 1.4

Característica

Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: obtención, registro, rotulación y traslado de biopsias.

Verificador

Procedimientos de obtención, registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
GP-1.4	Cumple: 100%	Elementos Medibles GP-1.4	Dirección o gerencia del prestador	
		Se describe en un documento de carácter institucional : - Criterios generales para la obtención de muestras - Datos mínimos que debe contener la solicitud de estudio anatomopatológico - Procedimientos de registro, rotulación y traslado de biopsias con el fin de asegurar su trazabilidad. Se han definido los responsables de su aplicación.		
		Se constata registro de envío de biopsias según procedimiento local.		

GESTIÓN DE PROCESOS (GP)

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

GP 1.5

Característica

Los procedimientos imagenológicos que conllevan riesgo para los pacientes se realizan en condiciones seguras.

Verificador

Procedimientos imagenológicos de mayor riesgo.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
GP-1.5	Cumple: $\geq 66\%$	<p>Elementos Medibles GP-1.5</p> <p>Con respecto a los exámenes imagenológicos que involucran procedimientos invasivos, uso de medio de contraste, sedación y/o anestesia, se describe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El procedimiento Imagenológico * - Protocolo de sedación y/o anestesia. - Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenosos. <p>Se han definido los responsables de su aplicación.</p> <p>Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.</p> <p>Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.</p>	<p>Dirección o gerencia del prestador</p>	<p>* Cuando está involucrado un procedimiento invasivo.</p>

GESTIÓN DE PROCESOS (GP)

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

GP 1.6

Característica

El prestador cuenta con un sistema de evaluación de la solicitud de exámenes y entrega indicaciones para los pacientes que se realizan procedimientos imagenológicos.

Verificador

Solicitud de exámenes e indicaciones en procedimientos imagenológicos.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
GP-1.6	Cumple: $\geq 66\%$	Elementos Medibles GP-1.6	Dirección o gerencia del prestador		
		Se describe en documentos elaborados por el prestador: 1. Los requisitos que deben cumplir las solicitudes de exámenes. 2. Las indicaciones que deben entregarse a los pacientes antes y después de los procedimientos imagenológicos según corresponda.			
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.			
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.			

GESTIÓN DE PROCESOS (GP)

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

GP 1.7

Característica

El prestador institucional estandariza y realiza actividades de supervisión que dan cuenta del cumplimiento de precauciones estándar y uso de antisépticos y desinfectantes.

Verificador

Precauciones estándar y uso de antisépticos y desinfectantes.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
GP-1.7	Cumple: 100%	Elementos Medibles GP-1.7	Dirección o gerencia del prestador		
		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 han 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.			

GESTIÓN DE PROCESOS (GP)

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

GP 1.8

Característica

Existe una estructura organizacional de carácter técnico que gestiona 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
GP-1.8	Cumple: $\geq 66\%$	Elementos Medibles GP-1.8	Dirección o gerencia del prestador	
		Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de fármacos e insumos que considera su evaluación técnica.		
		Se constata: Participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de la adquisición de medicamentos.		
		Se constata: Participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de la adquisición de insumos.		

GESTIÓN DE PROCESOS (GP)

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

GP 1.9

Característica

Se estandarizan procedimientos relacionados con medicamentos y se evalúa su cumplimiento.

Verificador

Procedimientos relacionados con medicamentos.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	General	
GP-1.9	Cumple: 100%	Elementos Medibles GP-1.9			
		Se describe en documento(s) de carácter institucional los procedimientos relacionados con: <ul style="list-style-type: none"> - Almacenamiento y conservación de medicamentos. - Notificación de reacciones adversas a medicamentos a la autoridad pertinente. 			
		Se constata almacenamiento y conservación de medicamentos de acuerdo a normativa local.			

GESTIÓN DE PROCESOS (GP)

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

GP 1.10

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
			Dirección o gerencia del prestador	General ³	
GP-1.10	Cumple: 100%	Elementos Medibles GP-1.10			³ Se refiere a sectores donde se almacene material estéril.
		Se describe en documento de carácter institucional el procedimiento de alma- cenamiento de material estéril.			
		Se constata en terreno almacenamiento de material estéril de acuerdo a norma local que considera las orientaciones del MINSAL.			

GESTIÓN DE PROCESOS (GP)

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

Componente GP-2

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

GP 2.1

Característica

Se realiza vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención⁴.

Verificador

Programa de vigilancia de eventos adversos.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
GP-2.1	Cumple: ≥66%	<p>Elementos Medibles GP-2.1</p> <p>Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención, que contempla al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eventos adversos y eventos centinelas a vigilar de acuerdo a realidad asistencial. - Sistema de vigilancia. - Procedimiento de reporte. <p>Se han definido los responsables de su aplicación.</p>	<p>Dirección o gerencia del prestador</p>	
		Existen registros implementados y en uso para reporte de EA de acuerdo al sistema de vigilancia local.		
		Se constata análisis de eventos centinelas.		

⁴ Ejemplos de EA a vigilar: EA asociados a la anestesia, caídas con lesión, EA asociados a errores de medicación, extravío de resultado de exámenes, etc.

Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales
Destinados al Otorgamiento de Servicios de Imagenología

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 riesgo.

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 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
			Sectores de espera de público*	Sectores de procedimientos	
AOC-1.1	Cumple: \geq 75%	Elementos Medibles AOC-1.1			* Elegir los 2 con mayor afluencia de público.
		Se describe en documento de carácter institucional, el sistema institucional de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia.			
		Se constata: conocimiento del procedimiento en personal entrevistado.			

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

Se utilizan procedimientos explícitos para ordenar la atención de los pacientes de acuerdo a su vulnerabilidad y nivel de riesgo.

Verificador

Procedimiento de organización de la atención de pacientes.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN			OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Sectores de espera de público*	Sectores de procedimientos	
AOC-1.2	Cumple: $\geq 75\%$	Elementos Medibles AOC-1.2				* Elegir los 2 con mayor afluencia de público.
		Se describe en documento de carácter institucional, el sistema de ordenamiento y priorización de los pacientes que solicitan atención de acuerdo a su vulnerabilidad y nivel de riesgo.				
		Se constata que el personal conoce el procedimiento local de ordenamiento y priorización de los pacientes.				
		Se constata cumplimiento del procedimiento local de priorización de los usuarios.				

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 1.3

Característica

Se aplican procedimientos para asegurar la notificación oportuna de situaciones de riesgo, detectadas a través de exámenes diagnósticos.

Verificador

Sistema de notificación.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
AOC-1.3	Cumple: 100%	Elementos Medibles AOC-1.3	Dirección o gerencia del prestador		
		Se describe en un documento(s) las situaciones o resultados críticos que requieren notificación, el procedimiento de notificación y se han definido los responsables de su aplicación.			
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.			
		Existe constancia que se ha realizado la evaluación periódica.			
		Se constata registro de notificaciones realizadas.			

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.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
AOC-2.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles AOC-2.1 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.	Dirección o gerencia del prestador		

Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales
Destinados al Otorgamiento de Servicios de Imagenología

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: 100%	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 las matronas que cumplen funciones permanentes.		
		Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de las matronas que cumplen funciones transitorias (durante último año).		
		Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los tecnólogos médicos que cumplen funciones permanentes.		
		Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los tecnólogos médicos que cumplen funciones transitorias (durante último año).		

Continúa en Página Siguiende

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
RH-1.2	Cumple: 100%	<p data-bbox="563 331 740 386" style="text-align: center;">Elementos Medibles RH-1.2</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Certificados de título de técnico de nivel superior⁵ o medio de enfermería⁶ o certificado de competencia⁷ emitido por la autoridad sanitaria, del personal que cumple funciones de técnicos paramédicos en forma permanente. </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 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). </div>	<p data-bbox="932 331 1044 407" style="text-align: center;">Dirección o gerencia del prestador</p>	<p data-bbox="1693 331 2017 586">⁵ 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, TNS en Odontología, TNS Laboratorio y Banco de Sangre, TNS en Radiología y Radioterapia.</p> <p data-bbox="1693 605 1996 743">⁶ Título de Técnico de Nivel Medio en Atención de Enfermería, otorgado por un establecimiento de educación técnico-profesional reconocido por el Estado.</p> <p data-bbox="1693 763 2013 1333">⁷ 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 AS para autorizar el ejercicio de los Auxiliares Paramédicos de Enfermería (DS 214/78 y DS 261/79, del MINSAL) y el ejercicio de los Auxiliares Paramédicos de: Odontología, Farmacia, Alimentación y Radiología, Radioterapia, Laboratorio y Banco de Sangre (DS 1704/93 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. ⁸	Dirección o gerencia del prestador		¹⁵ A la fecha de publicación de este manual: otorgados por universidad, CONACEM, FONASA o Director del Servicio de Salud respectivo de los médicos y odontólogos que cumplen funciones de especialistas en forma permanente o transitoria en la institución.

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 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
RH-2.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles RH-2.1	Dirección o gerencia del prestador		
		Se describe en un documento el programa de orientación que enfatiza en temas relacionados con la seguridad de la atención. El programa considera al menos: médicos, enfermeras, matronas, técnicos paramédicos, recepcionistas, telefonistas y otro personal que da indicaciones a los pacientes.			
		Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de orientación establecido en todos los funcionarios que ingresan anualmente a la unidad.			

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 la capacitación en reanimación cardiopulmonar, destinada al personal que participa en atención directa de pacientes.

Verificador

Programa de capacitación.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
RH-3.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles RH-3.1	Dirección o gerencia del prestador	
		Se describe en un documento de carácter institucional el programa de capacitación institucional anual, en el que se incluyen temas relacionados con: - Reanimación cardiopulmonar.		
		La cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas asegura que el personal técnico y recepcionistas reciban una actualización al menos cada 5 años en este tema.		

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 4.1

Componente RH-4

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

Característica

El prestador ejecuta un programa de control de riesgos a exposiciones.

Verificador

Programa de control de riesgos a exposiciones.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
RH-4.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles RH-4.1	Dirección o gerencia del prestador	
		Se ha designado el responsable institucional del programa de salud laboral.		
		Se describe en documento de carácter institucional el programa de control de riesgos que contempla acciones relacionadas con control de dosimetría.		
		Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de acuerdo a lo establecido.		

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

El prestador ejecuta acciones frente a accidentes laborales con material contaminado con sangre o fluidos corporales de riesgo.

Verificador

Procedimientos en caso de accidentes del personal con material contaminado con sangre o fluidos corporales de riesgo.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
RH-4.2	Cumple: \geq 75%	<p align="center">Elementos Medibles RH-4.2</p> <p>Se describe en documento(s) de carácter institucional el procedimiento establecido para el manejo de accidentes relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sangre o fluidos corporales de riesgo. <p>Existen registros implementados y en uso de los accidentes ocurridos.</p> <p>Existe un análisis global que da cuenta de la evaluación de los accidentes ocurridos y las decisiones adoptadas al respecto.</p> <p>Se constata conocimiento del procedimiento local para el manejo de estos accidentes por parte del personal.</p>	<p align="center">Dirección o gerencia del prestador</p>	<p align="center">General</p>	

Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales
Destinados al Otorgamiento de Servicios de Imagenología

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 registro.

Característica

El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de informes de resultados.

Verificador

Estandarización de informes de resultados.

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		
		Se describe en documento de carácter institucional las características de los informes de resultados que contempla: <ul style="list-style-type: none">- Responsables del llenado y contenidos mínimos a llenar por cada tipo de prestación.- Legibilidad.			
		Se constata legibilidad y contenidos mínimos de informes de resultados.			

REGISTROS (REG)

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

REG 1.2

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

Entrega y conservación de informes de resultados.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
REG-1.2	Cumple: 100%	Elementos Medibles REG-1.2	Dirección o gerencia del prestador		
		Se describe en documento de carácter institucional los procedimientos de entrega y conservación de informes de acuerdo a la normativa nacional, y se ha designado los responsables de su aplicación.			
		Se constata integridad de los registros de las prestaciones realizadas.			

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 entrega al paciente por escrito información relevante sobre las prestaciones de imagenología intervencional realizadas e indicaciones de seguimiento.

Verificador

Informes de prestaciones de imagenología intervencional.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
REG-1.3	Cumple: \geq 66%	Elementos Medibles REG-1.3 Se describe en documento de carácter institucional la información escrita que debe ser entregada al paciente respecto a las prestaciones realizadas, lo que deben incluir: resultados del examen 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.	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 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 éstos.

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 de los equipos.- 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

Seguimiento de vida útil de equipamiento crítico.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
EQ-1.2	Cumple: \geq 50%	Elementos Medibles EQ-1.2 Existe un sistema de seguimiento de vida útil del equipamiento relevante para la seguridad de los usuarios que incluye al menos: - Equipamiento de anestesia. - Equipos de monitorización de parámetros vitales y monitores desfibriladores. 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 de la especialidad y los 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: $\geq 66\%$	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: <ul style="list-style-type: none">- Equipos de monitorización hemodinámica y de parámetros vitales.- Monitores desfibriladores.- Máquinas de anestesia.- Equipos de la especialidad		
		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 en su operación.

Característica

Los equipos clínicos 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 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: - Monitores desfibriladores. - Máquinas de anestesia. - Equipos de la especialidad.	Dirección o gerencia del prestador		

Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales
Destinados al Otorgamiento de Servicios de Imagenología

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
INS-1.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles INS-1.1	Dirección o gerencia del prestador	General	
		Se ha designado un responsable institucional del plan de prevención de incendios.			
		Se documenta un plan institucional de prevención de incendios.			
		Se constata: Recarga vigente de extintores. Red seca y húmeda accesibles. Cumplimiento de mantenimiento preventivo de red seca, húmeda y sistemas automatizados de mitigación de incendios.			

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
INS-2.1	Cumple: \geq 75%	Elementos Medibles INS-2.1	Dirección o gerencia del prestador	General	
		Se ha designado un responsable Institucional del plan de evacuación.			
		Se documenta un plan institucional de evacuación, que contempla al menos: <ul style="list-style-type: none"> - 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: 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*	
INS-2.2	Cumple: ≥ 66%	<p>Elementos Medibles INS-2.2</p> <p>Se ha designado el responsable institucional del mantenimiento y actualización periódica de la señalética de vías de evacuación del establecimiento.</p> <p>Se constata el cumplimiento de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad de señalética de vías de evacuación. - Considerar iluminación, posición, tamaño, claridad de lectura o interpretación. 				* Evaluar los sectores con mayor afluencia de público.

SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

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

Componente INS-3

Las instalaciones relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidas a un programa de mantenimiento preventivo.

INS 3.1

Característica

El prestador 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 pacientes.		
		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 institucional ejecuta un plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico⁹.

Verificador

Plan de contingencias en caso de interrupción del suministro eléctrico.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
INS-3.2	Cumple: 100%	Elementos Medibles INS-3.2	Dirección o gerencia del prestador	
		Se documenta un plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico.		
		Existen registros que dan cuenta de: mantenimiento preventivo y realización de pruebas de los sistemas de iluminación de emergencia.		
		Se constata: operación de generadores de energía de emergencia.		

⁹ En caso de realizar prestaciones de imagenología intervencional.

Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales
Destinados al Otorgamiento de Servicios de Imagenología

SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO



Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales
Destinados al Otorgamiento de Servicios de Imagenología

SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN (APE)



SERVICIOS DE APOYO (AP)

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

APE 1.1

Componente AP-1 Esterilización

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

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
APE-1.2	Cumple: 100%	Elementos Medibles APE-1.2	General	¹⁰ 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 ¹⁰ .		
		Se constata que la etapa de esterilización propiamente tal se realiza en el Servicio de Esterilización.		

Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales
Destinados al Otorgamiento de Servicios de Imagenología

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA (APA)



SERVICIOS DE APOYO (AP)

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

APA 1.1

Componente AP-1 Anatomía Patológica

Los servicios de anatomía patológica aportan resultados confiables y oportunos.

Característica

Los exámenes de anatomía patológica 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
APA-1.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles APA-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

