



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

PROCESOS DE ACREDITACIÓN CON RESULTADO NO ACREDITADO

Jeannette González Moreira
Unidad de Fiscalización en Calidad

VIII ENCUENTRO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

20 de Agosto de 2018





PROCESOS DE ACREDITACIÓN EJECUTADOS ENERO 2014 – JULIO 2018

Año	N° Procesos acreditados	N° Procesos no acreditados	% Procesos no acreditados
2014	69	8	12%
2015	52	1	2%
2016	117	16	14%
2017	152	12	8%
2018	126	11	9%
Total	516	48	9%

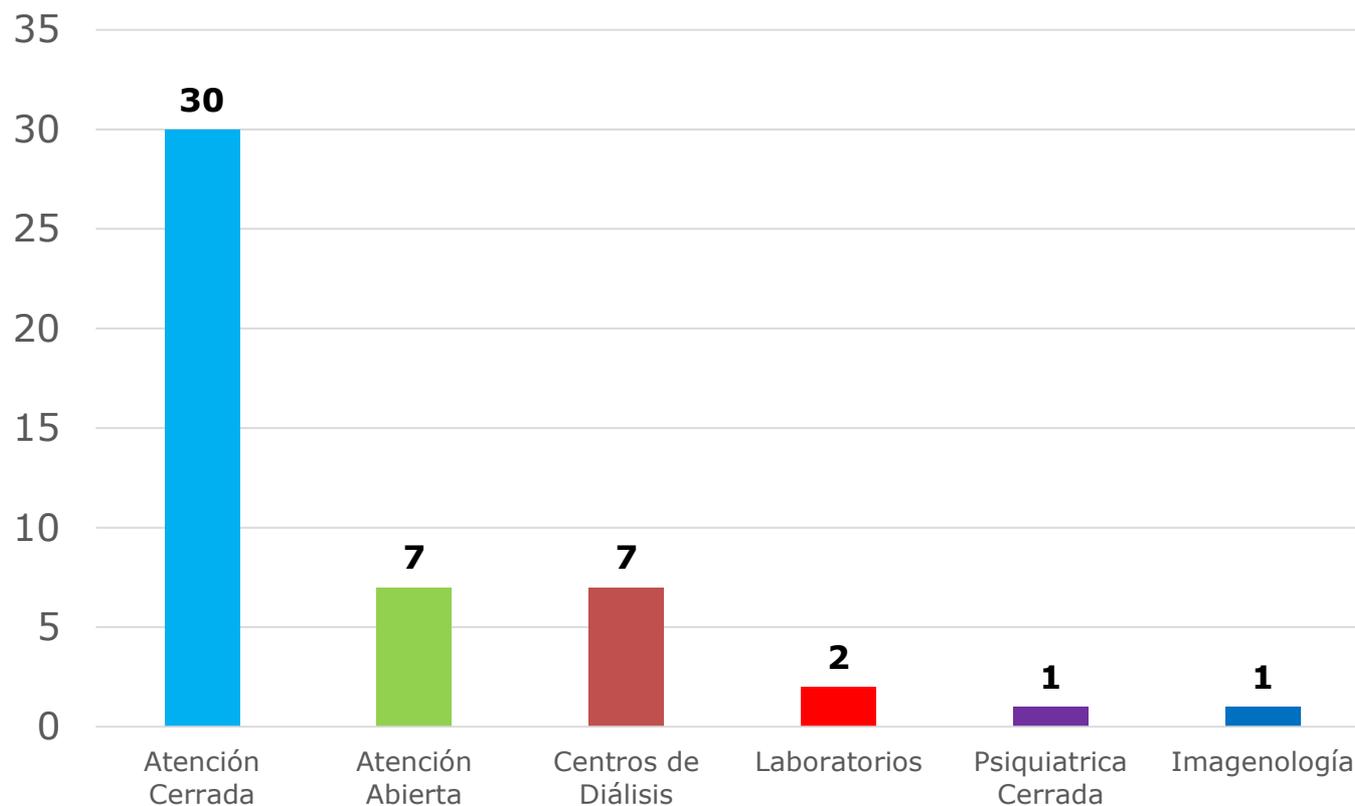
Fuente: Unidad de Fiscalización en Calidad



PROCESOS DE ACREDITACIÓN EJECUTADOS ENERO 2014 – JULIO 2018

Estándar Acreditación	N° Procesos acreditados	N° Procesos no acreditados	% Procesos no acreditados
Atención Cerrada	260	30	12%
Atención Abierta	136	7	5%
Centros de Diálisis	82	7	9%
Laboratorios Clínicos	21	2	10%
Imagenología	9	1	11%
Atención Psiquiátrica	6	1	17%
Esterilización	1	0	0%
Quimioterapia	1	0	0%
Total	516	48	9%

DISTRIBUCIÓN DE PROCESOS NO ACREDITADOS POR ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN ENERO 2014 – JULIO 2018

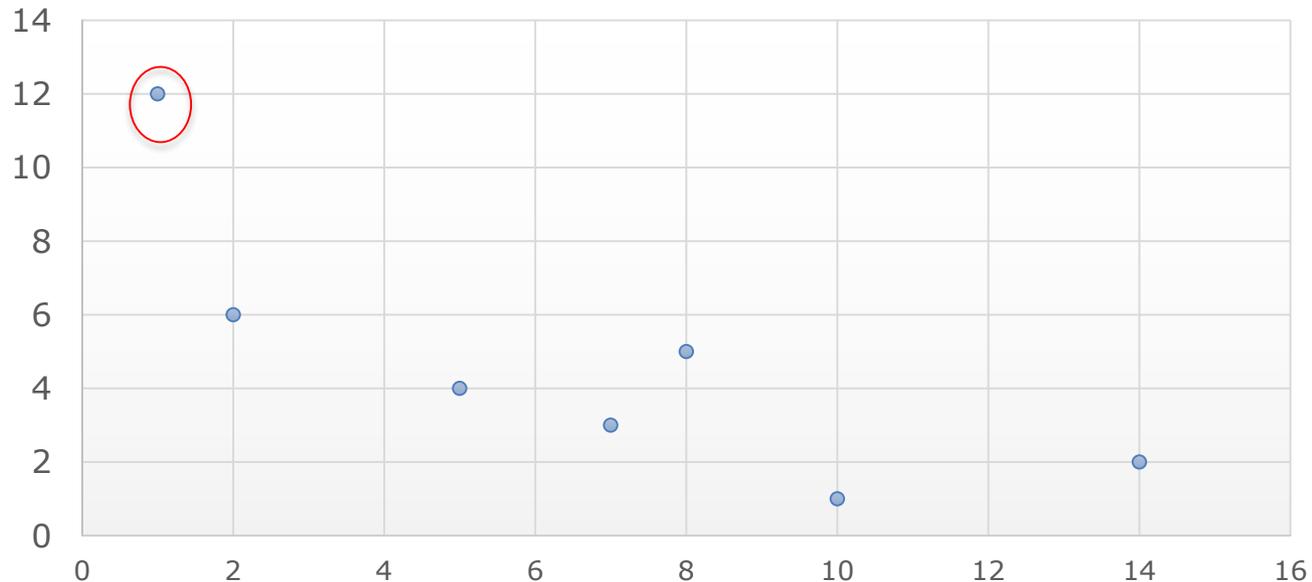


Fuente: Unidad de Fiscalización en Calidad



N° DE CARACTERÍSTICAS OBLIGATORIAS INCUMPLIDAS POR PROCESO DE ACREDITACIÓN /ENERO 2014 - JULIO 2018

N° Procesos no acreditados	N° Caract. incumplidas
1	12
2	6
8	5
5	4
7	3
14	2
10	1

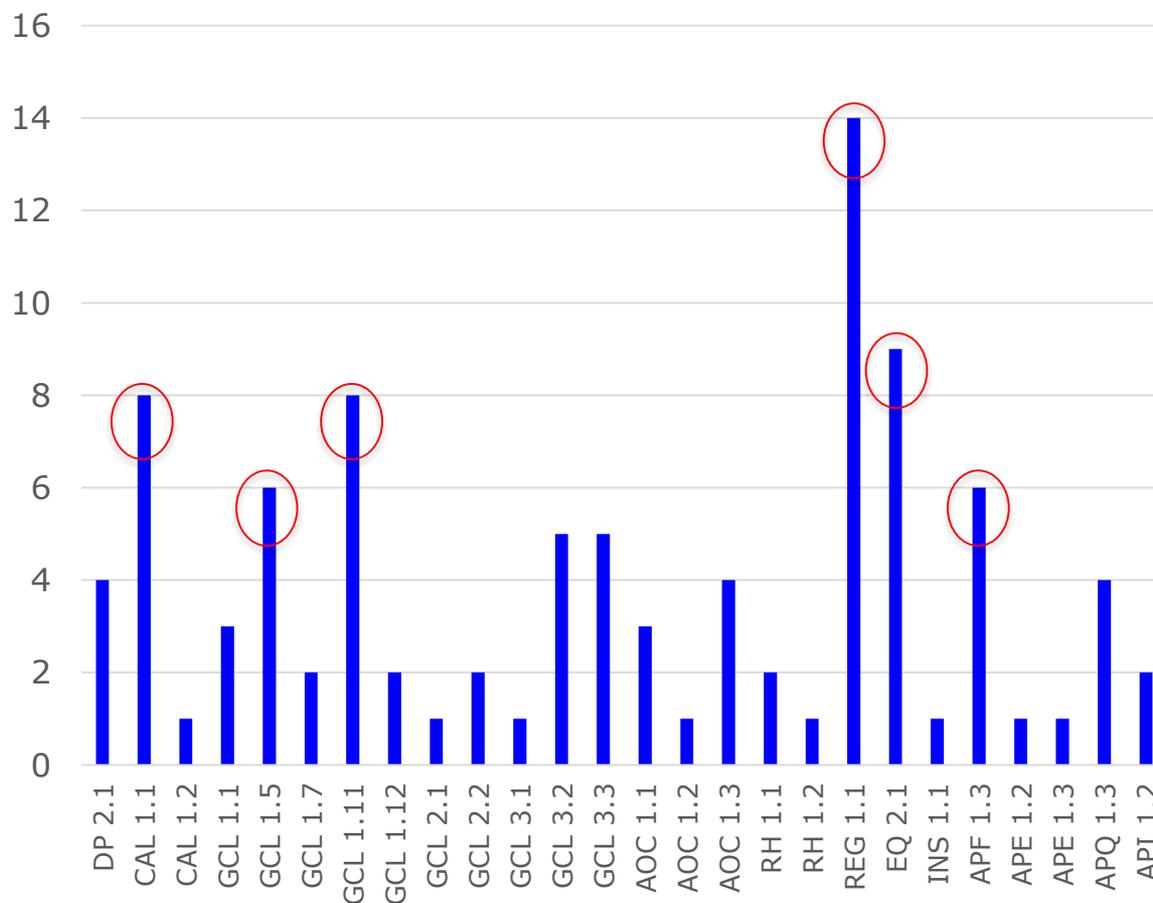


Fuente: Unidad de Fiscalización en Calidad

CARACTERÍSTICAS INCUMPLIDAS EN PROCESOS DE ACREDITACIÓN DE ATENCIÓN CERRADA

CARACTERÍSTICAS OBLIGATORIAS INCUMPLIDAS EN PROCESOS DE ACREDITACIÓN DE ATENCIÓN CERRADA

Característica	Nº Procesos
REG 1.1	14
EQ 2.1	9
CAL 1.1	8
GCL 1.11	8
GCL 1.5	6
APF 1.3	6
GCL 3.2	5
GCL 3.3	5
DP 2.1	4
AOC 1.3	4
APQ 1.3	4
GCL 1.1	3
AOC 1.1	3
GCL 1.7	2
GCL 1.12	2
GCL 2.2	2
RH 1.1	2
API 1.2	2
CAL 1.2	1
GCL 2.1	1
GCL 3.1	1
AOC 1.2	1
RH 1.2	1
INS 1.1	1
APE 1.2	1
APE 1.3	1



Fuente: Unidad de Fiscalización en Calidad

PAUTA DE COTEJO

MANUAL DE ATENCIÓN CERRADA



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Compendio de Circulares que instruyen a las Entidades Acreditadoras sobre la interpretación de las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud

Intendencia de Prestadores de Salud
Superintendencia de Salud

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

**Versión N°4, aprobada por Resolución Exenta IP/N°1860,
de 24 de noviembre de 2017.**



CARACTERÍSTICA OBLIGATORIA REG 1.1

REGISTROS (REG)

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

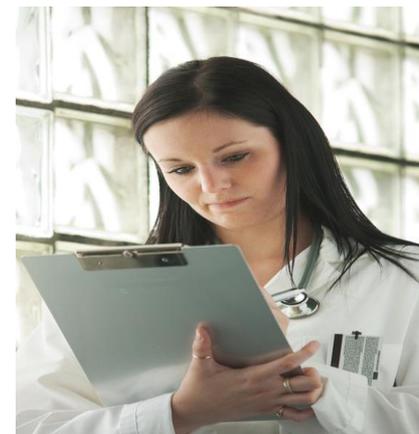
Componente REG-1

El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica.

REG 1.1

Característica

El prestador institucional cuenta con ficha clínica única individual.



CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN			OBSERVACIONES
REG-1.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles REG-1.1	Dirección o gerencia del prestador	General		* Se aceptará excepcionalmente la existencia de ficha clínica psiquiátrica separada.
		Se describe en un documento de carácter institucional la existencia de ficha clínica única e individual y su manejo.*			Ficha clínica única: instrumento en que se registra la historia médica de una persona. Po-drá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que asegure la conservación y adecuada confidencialidad de la información en ella contenida.	
		Se constata la existencia de ficha clínica única e individual en hospitalización.				

NÚMERO 85**Sobre la forma de constatar el cumplimiento de la característica REG 1.1, la cual dispone que “el prestador institucional cuenta con ficha clínica única e individual”**

Como lo define el Artículo 12 de la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a su atención de salud, la Ficha Clínica es “el instrumento obligatorio en que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de una persona, que cumple la finalidad de mantener integrada la información necesaria para el otorgamiento de atenciones de salud al paciente”.

En ese contexto, la Entidad Acreditadora constatará para establecer el cumplimiento del Primer Elemento Medible de la Característica REG 1.1, que el prestador evaluado haya descrito en un documento de carácter institucional los procedimientos implementados para asegurar que la Ficha Clínica de los pacientes, permita a los diversos profesionales que intervengan en su atención, acceder a la integridad de los antecedentes que conforman dicha Ficha, es decir, a cada una de sus partes, independiente del soporte que se utilice (electrónico, papel o ambos). Dicho documento deberá establecer los mecanismos que se emplearán para asegurar la identificación inequívoca de cada Ficha Clínica, considerando un código único de identificación, así como el procedimiento explícito de acceso para los profesionales involucrados en la atención del paciente. En caso que la Ficha Clínica se encuentre en más de un soporte, la Entidad constatará que se describa, además, cómo se vincularán sus diversas partes, asegurando el acceso a la integridad de la información por parte de ellos.

Para la constatación del segundo elemento medible, la Entidad Acreditadora constatará que en el prestador evaluado se hayan aplicado los procedimientos descritos en el documento institucional, en cuanto a código único de identificación, al procedimiento de acceso y, de ser el caso, a la debida vinculación de las diversas partes.

NÚMERO 86

Sobre si el Dato de Atención de Urgencia (DAU) es parte de la Ficha Clínica y, por tanto, objeto de evaluación según las exigencias de la Característica REG 1.1.

Conforme a la definición de “Ficha Clínica” de los Glosarios de los Manuales de los Estándares de Acreditación vigentes, así como en cumplimiento de las exigencias de la Ley N°20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud, y lo ya aclarado en el numeral anterior, el Dato de Atención de Urgencia (DAU) constituye parte de la Ficha Clínica.





RESUMEN CARACTERÍSTICA OBLIGATORIA **REG 1.1**

- El protocolo de ficha clínica única, deberá estar descrito en un documento de carácter institucional.
- Puede estar compuesta de un soporte electrónico, papel o mixto.
- Código único de identificación.
- Deberá permitir a los diversos profesionales que participen en la atención de los pacientes, acceder a la integridad de los antecedentes que conforman la ficha clínica.
- Procedimiento explícito de acceso para los profesionales involucrados en la atención de los pacientes
- El prestador puede definir perfiles de acceso a la ficha clínica, de acuerdo a los requerimientos del personal involucrado.
- Vinculación de las diversas partes cuando corresponda.
- El Dato de Atención de Urgencia (DAU), forma parte de la ficha clínica.
- Los exámenes que involucren procedimientos médicos, de enfermería u otro profesional, requieren de la apertura de una ficha clínica.
- Todos los tratamientos efectuados a un paciente, ya sea en modalidad de atención ambulatoria o cerrada, deberán ser registrados en la ficha.



La constatación de la ficha clínica única e individual, en prestadores de atención cerrada, se realizará de manera transversal en las Unidades Clínicas de hospitalización del establecimiento y en aquellas que otorgan prestaciones ambulatorias. Dicha constatación, además, podrá incluir la Unidad de Archivo, y entrevistas al personal clínico que atiende a los pacientes. Se verificará la existencia de un código único de identificación, acceso de los profesionales a la integridad de la información y vinculación de las partes, cuando corresponda.





CARACTERÍSTICA OBLIGATORIA EQ 2.1



SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

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

EQ 2.1

Componente EQ-2

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

Característica

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

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	0
EQ-2.1	Cumple: 100%	<p>Elementos Medibles EQ-2.1</p> <p>Se ha designado el profesional responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional.</p> <p>Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipos de monitorización hemodinámica. - Monitores desfibriladores. - Ventiladores fijos y de transporte. - Máquinas de anestesia. - Ambulancias de urgencia. - Incubadoras. <p>Existe constancia de que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa, en los equipos mencionados.</p>	<p>Dirección o gerencia del prestador</p> <p>Programa o plan de mantenimiento: documento oficial del prestador, 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.</p> <p>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.</p>	

NÚMERO 92

Sobre si el Programa de Mantenimiento Preventivo de los equipos debe incluir aquellos equipos que se encuentren en garantía y/o en comodato.

El Programa de Mantenimiento Preventivo debe incluir todo el equipamiento existente en la institución, por tanto, debe extenderse a todos los equipos indicados en esta característica que posea el prestador incluyéndose, aquéllos que se encuentren o se hayan recibido en comodato o en su período de garantía.

NÚMERO 93

Sobre qué debe entenderse por “ambulancia de urgencia” para los efectos de la constatación de esta característica.

Las ambulancias de urgencias son aquellas que se utilizan en el traslado de pacientes en situación de urgencia o que pudieren presentar una situación de urgencia. Por tanto, esta exigencia es aplicable a las ambulancias de traslado de pacientes que, por su situación clínica, pudieren presentar una situación de urgencia durante dicho trayecto.

NÚMERO 94

Sobre si las ambulancias de “Servicio de Atención Médica de Urgencia” (SAMU) que prestan servicios al prestador que desee acreditarse, deben considerarse dentro de la constatación de esta característica.

Dadas las particularidades técnico-administrativas de este Servicio, en la actualidad dichas ambulancias no deben incluirse dentro de las ambulancias de urgencia que se constatan en EQ 2.1.

NÚMERO 95

Sobre si en el segundo elemento medible de la característica EQ 2.1 de los diferentes Manuales de Acreditación, debe entenderse comprendido entre los equipos críticos denominados como “Monitores-desfibriladores”, el equipo “Desfibrilador Externo Automático” (“DEA”).

El “DEA” debe entenderse comprendido dentro de los equipos críticos denominados por los Estándares de Acreditación como “Monitores Desfibriladores”, a fin de asegurar su mantenimiento preventivo considerando su eventual utilización en pacientes con riesgo vital.

NÚMERO 96

Sobre si la Revisión Técnica vigente de las ambulancias de urgencia constituye evidencia suficiente para constatar el mantenimiento preventivo de éstas. *NUEVA*

La Revisión Técnica no constituye una mantención preventiva propiamente tal, para los efectos del Sistema de Acreditación, por lo que la Entidad Acreditadora no podrá dar por cumplida la exigencia contenida en el segundo y tercer elementos medibles de esta característica, si el prestador sólo cuenta con la revisión técnica vigente de sus ambulancias.

NÚMERO 97

Sobre la aplicabilidad de esta característica sobre las ambulancias de urgencia de transporte aéreo. *NUEVA*

En la actualidad, las exigencias de EQ 2.1 no son aplicables a las ambulancias de urgencia de transporte aéreo, considerando que la característica fue formulada para evaluar el mantenimiento preventivo del transporte terrestre de urgencia de los prestadores y que para el transporte aéreo deberán desarrollarse instrucciones particulares, entendiendo su mayor complejidad.

RESUMEN CARACTERÍSTICA OBLIGATORIA EQ 2.1

- El programa de mantenimiento debe incluir todos los equipos señalados en la pauta de cotejo existentes en el prestador, independiente de su condición de contrato o convenio.

- El programa deberá definir las actividades mínimas que se le realizarán a los equipos en cada mantención y la periodicidad en que estas se ejecutarán.

- Si las actividades de mantención preventiva que se realizarán a los equipos en garantía o comodato, o la periodicidad de estas son diferentes a las del resto de los equipos, esto deberá quedar claramente explicitado en el programa de mantención.

- Las fichas técnicas o reportes de las mantenciones preventivas, deben dar cuenta de las actividades definidas en el programa del prestador.

- Las mantenciones correctivas que se realizan a los equipos no son homologables a las mantenciones preventivas.

- Es aconsejable que la periodicidad de las mantenciones tengan definido un periodo de tiempo adicional para ser realizadas, en aquellos casos en que los equipos no puedan ser sacados en los periodos correspondientes. Dicho plazo adicional deberá ser razonable de acuerdo a la realidad del prestador.



CARACTERÍSTICAS OBLIGATORIA CAL 1.1

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 mejora continua de la calidad.

CAL 1.1

Característica

Existe una política explícita de mejora 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.



CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
CAL-1.1	Cumple: 100%	<p>Elementos Medibles CAL-1.1</p> <p>Existe un documento de carácter institucional que describe la política de calidad de la Institución.</p> <p>Existe un profesional a cargo del Programa de Calidad a nivel institucional.</p> <p>La descripción del cargo del responsable específica:</p> <p>a) Funciones</p> <p>b) Horas asignadas</p> <p>Cuenta con un programa de calidad que incorpora un sistema de evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.</p> <p>Existe un informe que da cuenta de la evaluación anual, que incluye un análisis de los resultados obtenidos.*</p>	<p>Dirección o gerencia del prestador</p> <p>Programa: documento oficial del prestador, 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.</p>	<p>* 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.</p>



NÚMERO 17

Sobre la condición profesional que debe constatar la Entidad Acreditadora en el profesional a cargo del Programa de Calidad a nivel institucional.

El profesional a cargo del Programa de Calidad a nivel institucional debe poseer un título profesional universitario. En consecuencia, no es suficiente para el cumplimiento de esta exigencia la posesión de un título técnico.



RESUMEN CARACTERÍSTICA OBLIGATORIA CAL 1.1

- La declaración de la política de calidad del prestador, deberá contener conceptos relacionados con la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes y usuarios.
- La persona a cargo del programa de calidad deberá ser un profesional universitario.
- La designación del profesional deberá incluir las funciones de este y las horas asignadas para calidad. Se aconseja que dentro de las funciones descritas se explicita que es la responsable del programa de calidad.
- El programa de calidad deberá estar estructurado de manera ordenada y lógica, conteniendo metas, objetivos y actividades, todos ellos relacionados con los aspectos más relevantes para la seguridad de los pacientes. Las metas deben ser alcanzables y mensurables. Los objetivos deben estar claramente definidos. Las actividades deben estar directamente relacionadas con el cumplimiento de los objetivos.
- Se define un sistema de evaluación anual del programa de calidad.
- El informe de evaluación del programa, debe incluir un análisis de los resultados obtenidos. El análisis se efectuará en términos cuantitativos y cualitativos.

CARACTERÍSTICAS OBLIGATORIA GCL 1.11 – GCL 1.8



GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.11

Característica

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

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		
GCL-1.11	Cumple: ≥ 75%	<p>Elementos Medibles GCL-1.11</p> <p>Se describen en un documento de carácter institucional los procedimientos de registro, rotulación traslado y recepción de biopsias. Se han definido los responsables de su aplicación.</p> <p>Se constata la trazabilidad de las biopsias.</p>	APA	PQ	<p>PRO Endoscópicos</p> <p>Biopsia: remoción de células o tejidos orgánicos para ser examinados macro y microscópicamente con la finalidad de formular un diagnóstico.</p>

NÚMERO 29

Sobre la aplicabilidad de las características GCL 1.11 AC y GCL 1.8 AA, en aquellos prestadores que no cuentan con ningún tipo de pabellón quirúrgico pero poseen “Salas de Procedimientos”(no de procedimientos endoscópicos) en las cuales se obtienen biopsias.

En consideración a la relevancia que, para la seguridad de la atención de los pacientes posee la implementación de un sistema de trazabilidad de las muestras, independiente del lugar físico donde sean obtenidas, en el caso de aquellos prestadores que no cuentan con “Pabellón Quirúrgico”, pero obtienen biopsias en “Salas de procedimientos” (que no constituyan “Salas de Procedimientos Endoscópicos”), la Entidad Acreditadora constatará el cumplimiento de las características GCL 1.11 en AC y GCL 1.8 en AA. En tales casos, el puntaje de la evaluación será asignado en la columna correspondiente, en los puntos de verificación “PQ” en Atención Cerrada y “Pabellón de Cirugía Menor” en Atención Abierta.

En este caso, además, son aplicables las características APA 1.1 (compra de servicios de Anatomía Patológica), APA 1.2 (etapa pre-analítica) y AOC 1.3 AC y 1.2 AA (notificación de resultados críticos).

NÚMERO 30

Sobre la aplicabilidad de la característica GCL 1.11 AC y 1.8AA en prestadores que no poseen ninguno de los puntos verificadores señalados en la característica, ni tampoco “salas de procedimientos”, sin embargo obtienen muestras de biopsias.

En tales casos al prestador sólo le es aplicable el primer elemento medible de dicha característica, donde deberán ser considerados los diversos tipos de muestras de biopsias.

La Entidad Acreditadora deberá efectuar la constatación donde el prestador evaluado determine, por ejemplo: Gerencia o Dirección del Prestador, Unidad de Calidad y consignarlo en la columna correspondiente a “APA” u “Anatomía Patológica”.

NÚMERO 31

Sobre la aplicabilidad de esta característica en aquellos prestadores institucionales de atención cerrada que no poseen otros pabellones más que el de cirugía menor y en el cual se obtienen muestras de biopsias.

Considerando la importancia que, para la seguridad de la atención de los pacientes, posee la trazabilidad de las muestras de biopsias, en el caso de aquellos prestadores que no cuentan con otro pabellón que no sea el de cirugía menor, y en el cual se obtienen muestras de biopsias, la Entidad constatará la exigencia de la característica GCL 1.11 en el pabellón de cirugía menor. En estos casos, la Entidad asignará el puntaje de su evaluación en la columna correspondiente al punto de verificación "PQ".

NÚMERO 32

Sobre las exigencias que el primer elemento medible de estas características formula a los contenidos del documento de carácter institucional, en lo relativo al "registro rotulación, traslado y recepción de biopsias.

La Entidad Acreditadora constatará que el documento de carácter institucional del prestador evaluado contenga los procedimientos que permitan conocer el histórico, la ubicación y la trayectoria de las muestras de biopsias, incluyendo en él, los relativos a las fases pre-analítica, analítica y post analítica.

Cuando se verifique la existencia de un documento de carácter institucional que describe el registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias, la Entidad podrá considerar que en el documento se haga referencia a los procedimientos de las fases pre-analítica, analítica y post-analítica que se encuentran descritos en los protocolos que dan cumplimiento a las características APA 1.2 y APA 1.3. Los prestadores institucionales deberán contar en los puntos de verificación con todos los documentos que den cumplimiento a la característica.

NÚMERO 33

Sobre el trayecto que será evaluado al constatar la trazabilidad de las muestras de biopsias, para dar por cumplido el Segundo Elemento Medible de estas características.

La constatación de la trazabilidad abarcará desde que se obtienen dichas muestras, hasta que el informe del resultado del análisis de las mismas se encuentre en la ficha clínica del paciente, o en un registro de recepción del informe por parte del paciente o su representante, o que en la ficha clínica del paciente conste que fue informado del examen (a través del registro de la evolución médica u otro registro), según lo determine el propio Prestador.

NÚMERO 34

Sobre si para dar por cumplidas estas características , la Entidad puede admitir que el traslado de las muestras de biopsias, desde el prestador que las obtuvo hasta el Laboratorio de Anatomía Patológica, lo efectúen personas diversas al personal designado para tales efectos, tales como el mismo paciente, alguno de sus familiares, el médico u otras personas.

Las exigencias del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud tienen como objetivo principal que tales prestadores proporcionen seguridad y calidad en la atención de los pacientes. En tal sentido, exige de los prestadores que deseen acreditarse hacerse responsables institucionalmente de las biopsias que ellos extraigan, aun cuando el análisis de las mismas sea realizado por terceros. Por lo mismo, sólo es admisible que las muestras sean trasladadas por parte del personal que haya sido designado explícitamente para tales efectos por el prestador o por el Laboratorio de Anatomía Patológica externo.

NÚMERO 35

Sobre si para los efectos de las actuales exigencias del Sistema de Acreditación contenidas en las características GCL 1.11 AC y 1.8 AA, relativas a la trazabilidad de las muestras de biopsias, resulta admisible que la Entidad Acreditadora valide la trazabilidad en aquellos casos en que ella se interrumpa por una causa administrativa (ejemplo: no pago de la prestación), siendo las muestras no analizadas y/o eliminadas.

Atendiendo que, para la seguridad de los pacientes, resulta fundamental asegurar la trazabilidad de las muestras de biopsias, y dada la imposibilidad en algunos casos, de obtener nuevas muestras en el evento que éstas no sean procesadas, será admisible que la Entidad valide la trazabilidad de la muestra, aunque no conste el informe del resultado de su análisis en la ficha clínica del paciente, o en un registro de recepción del informe por parte del paciente o su representante, o que en la ficha clínica del paciente no conste que fue informado del examen, sólo en los casos en que la interrupción de dicha trazabilidad ocurra por causas técnicas relacionadas estrictamente a los procesos pre, post y analítico, como por ejemplo, en el caso de rechazo de la muestra por el Servicio de Anatomía Patológica, por no cumplir ella con los criterios técnicos establecidos para su debido procesamiento.

Por tanto, la Entidad no podrá validar la interrupción de la trazabilidad en aquellos casos en que las muestras no son trazadas hasta el final del proceso por causas administrativas como el no pago de la prestación asociada a su análisis.

NÚMERO 36

Sobre si con posterioridad a la entrega del informe del resultado de biopsias o incorporación de éste en la Ficha Clínica, es objeto de constatación el destino que se da a los respaldos de las mismas (láminas, tacos) para efectos de evaluar la trazabilidad de las muestras de biopsias.

La evaluación de la trazabilidad de las muestras de biopsias concluye con la entrega del informe o la incorporación de éste a la ficha clínica. Por tanto, el destino que se dé a los respaldos, no es objeto de evaluación de la trazabilidad de las biopsias.

NÚMERO 37

Sobre si deben considerarse parte de la evaluación de las características GCL 1.11 AC y GCL 1.8 AA las muestras citológicas obtenidas para ser analizadas en el Laboratorio de Anatomía Patológica.

Atendida la definición que los Glosarios de los Manuales de los Estándares de Acreditación vigentes dan al concepto de *“biopsia”*, a saber, *“remoción de células o tejidos orgánicos para ser examinados macro y microscópicamente con la finalidad de formular un diagnóstico”*, lo cual constituye un concepto más amplio que el comúnmente utilizado, debe aclararse lo siguiente:

- a) Para los efectos del Sistema de Acreditación sólo serán objeto de constatación las muestras citológicas que se extraen con la finalidad de ser analizadas por Laboratorios de Anatomía Patológica.
- b) El documento exigido en el primer elemento medible de dichas características siempre debe considerar los diversos tipos de muestras citológicas analizadas por Laboratorios de Anatomía Patológica; y
- c) En la evaluación del segundo elemento medible, la Entidad Acreditadora efectuará su actividad de constatación, en los puntos de verificación que señala la Pauta de Cotejo.

NÚMERO 38

Sobre si las muestras obtenidas en prestaciones de procuramiento de órganos y tejidos, Banco de tejido y Banco de células madres deben considerarse como muestras de biopsias para efectos de la constatación por parte de la Entidad Acreditadora.

No deben ser consideradas como biopsias para los efectos del Sistema de Acreditación.

RESUMEN CARACTERÍSTICA OBLIGATORIA GCL 1.11

- Documento de carácter institucional que define el registro, rotulación, traslado y recepción de las biopsias. Define los responsables de la aplicación.

- Aplica a los prestadores que cuentan con pabellones quirúrgicos, salas de procedimientos endoscópicos. En ausencia de esos puntos, aplica en otras salas de procedimientos en donde se tomen biopsias. Frente a la inexistencia de todos estos, pero se toman biopsias, aplica solo el 1º EM, en donde se deben especificar todos los tipos de muestra que se toman.

- La constatación de la trazabilidad comprende desde la obtención de la muestra hasta el hito de término que haya definido el prestador, por ejemplo, que el informe del resultado del análisis se encuentre en la ficha clínica del paciente.

- Es válido que la trazabilidad de las biopsias haya sido interrumpida por causas técnicas ocurridas en los procesos pre, post y analítico. No se validará la interrupción de la trazabilidad por causas administrativas.

- Solo es admisible que el traslado de las muestras de biopsias sea efectuado por el personal que haya sido designado para estos efectos, por el prestador o el Laboratorio de Anatomía Patológica externo.

- El destino que se le de a los respaldos de las biopsias, no es objeto de evaluación durante la trazabilidad de las biopsias.



CARACTERÍSTICA OBLIGATORIA GCL 1.5



GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.5

Característica

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

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN							
			Dirección y/o gerencia del prestador	PQ	UPC. Ad.	UPC. Ped.	UPC Neo	Med.	Ped.	URG
GCL-1.5	Cumple: ≥ 75%	<p>Elementos Medibles GCL-1.5</p> <p>Se describen en un documento de carácter institucional los criterios clínicos de ingreso y egreso a cada Unidad de Paciente Crítico y se ha definido los responsables de su aplicación.</p>								

Unidades de Paciente Crítico (UPC): estructura que reúne a la Unidad de Cuidados Inten-sivos (UCI) y la Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI) de un establecimiento.

NÚMERO 26**Sobre cómo debe constatarse la característica GCL 1.5 en el caso de prestadores de atención cerrada, cuyas Unidades de Pacientes Críticos (UPC) cuentan con camas indiferenciadas.**

El Glosario de Términos de los diferentes Manuales de Acreditación, señala que la UPC es aquella: “Estructura que reúne a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y a la Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI) de un establecimiento”. En consecuencia, si en el prestador evaluado existen camas indiferenciadas en la UPC, es decir, que según la necesidad asistencial puede constituir una cama para paciente de cuidados intensivos (UCI) o de cuidados intermedios (UTI), la Entidad Acreditadora constatará que el prestador haya definido, en el documento de carácter institucional pertinente, los criterios de ingreso y egreso a cada Unidad (UTI y UCI médicas, quirúrgicas o cardiológicas, entre otras).

En prestadores institucionales que no tengan Unidades de Paciente Crítico autorizadas o reconocidas formalmente, pero que igualmente otorguen prestaciones correspondientes a UTI o UCI, les aplica esta característica.





CARACTERÍSTICA OBLIGATORIA APF 1.3

SERVICIOS DE APOYO - FARMACIA (APF)

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

APF 1.3

Característica

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



CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
APF-1.3	Cumple: $\geq 75\%$	<p>Elementos Medibles APF-1.3</p> <p>Se ha designado el responsable de la mantención del stock mínimo de medicamentos e insumos en las unidades críticas de la institución.</p> <p>Se documenta una definición del stock mínimo de medicamentos e insumos en dichas unidades.</p> <p>Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de reposición del stock y periodicidad de éste.</p> <p>Existe constancia de que el stock mínimo se repone oportunamente.</p>	<p>Unidad de Farmacia**</p> <p>Stock mínimo de medicamentos e insumos: existencia o reserva mínima de medicamentos e insumos clínicos que se debe mantener para asegurar el otorgamiento oportuno de un tratamiento médico impostergable.</p>	<p>** Si es necesario debe verificarse en Abastecimiento.</p>

NÚMERO 110**Sobre el sentido y alcance del concepto "stock mínimo" al que alude esta característica.**

En el Glosario de los diversos Manuales de los Estándares Generales de acreditación se define "*stock mínimo de medicamentos e insumos*", como la "*existencia o reserva mínima de medicamentos e insumos clínicos que se debe mantener para asegurar el otorgamiento oportuno de un tratamiento médico impostergable*".

Por tanto, caen dentro de esta categoría, por ejemplo, los medicamentos e insumos (catéteres, sondas, etc.) relacionados con cuadros que demandan intervención oportuna e impostergable, los cuales deben ser definidos por cada prestador según su contexto clínico asistencial. Ejemplo: Síndrome coronario, arritmias, retención urinaria aguda, Síndrome bronquial obstructivo agudo. Dichos medicamentos e insumos, deberán estar disponibles de manera independiente a los carros de paro del prestador, atendido que éstos son para la atención exclusiva de un paro cardio-respiratorio.

NÚMERO 111**Sobre a cuáles Unidades "críticas" se refiere esta característica.**

El prestador institucional debe definir, en un documento de carácter institucional, cuáles son las unidades de pacientes de mayor riesgo, en las que debe mantenerse el stock mínimo de medicamentos e insumos. Dicho stock debe estar definido de acuerdo a la clase de pacientes que se atienden en el prestador, comprendiendo entre tales Unidades al menos, a las Unidades de Paciente Crítico, pudiendo comprender además otras Unidades que atienden pacientes de mayor riesgo, tales como el Servicio de Urgencia, Pabellón Quirúrgico, Diálisis u otras que el propio prestador señale en su documento institucional.

RESUMEN CARACTERÍSTICA OBLIGATORIA APF 1.3

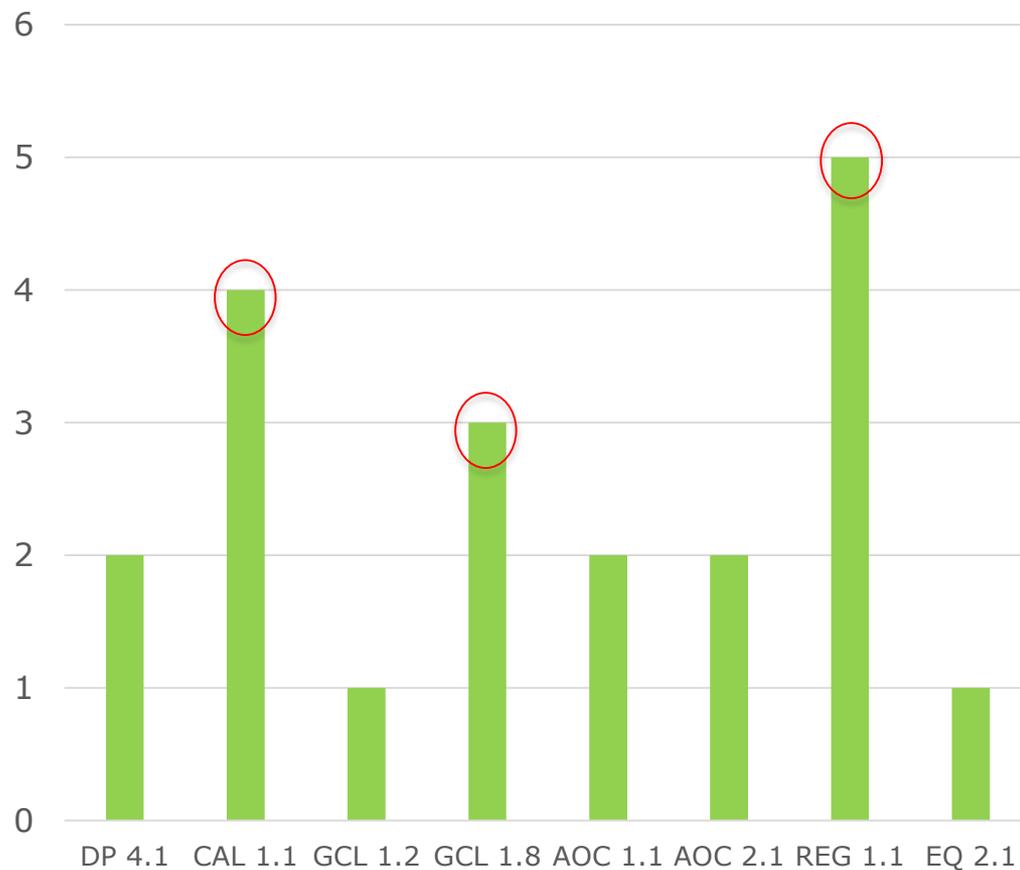
- Existe una definición de stock mínimo de medicamentos e insumos en la Unidades Críticas del prestador., de acuerdo a su realidad local.
- Las citadas Unidades Criticas a las que se refiere la característica, deberán contemplar al menos las Unidades de Paciente Crítico (UCI/UTI), y otras Unidades en donde se atienden pacientes de mayor riesgo.
- Los carros de paro de que disponga el prestador, no deben ser utilizados como fuente de provisión de medicamentos e insumos que forman parte del stock mínimo.
- El stock mínimo establecido por los prestadores, debe responder a la definición hecha en el glosario de términos. No debe confundirse con el botiquín o arsenal completo de que dispongan las Unidades Críticas para su normal funcionamiento.
- La reposición del stock mínimo debe incluir todos los días de la semana.



CARACTERÍSTICAS INCUMPLIDAS EN PROCESOS DE ACREDITACIÓN DE ATENCIÓN ABIERTA

CARACTERÍSTICAS OBLIGATORIAS INCUMPLIDAS EN PROCESOS DE ACREDITACIÓN DE ATENCIÓN ABIERTA

Característica	N° Procesos
REG 1.1	5
CAL 1.1	4
GCL 1.8	3
DP 4.1	2
AOC 1.1	2
AOC 2.1	2
GCL 1.2	1
EQ 2.1	1



Fuente: Unidad de Fiscalización en Calidad

PAUTA DE COTEJO

MANUAL DE ATENCIÓN ABIERTA



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Compendio de Circulares que instruyen a las Entidades Acreditadoras sobre la interpretación de las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud

Intendencia de Prestadores de Salud
Superintendencia de Salud

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

**Versión N°4, aprobada por Resolución Exenta IP/N°1860,
de 24 de noviembre de 2017.**

NÚMERO 53

Sobre que con qué detalle constatará la Entidad Acreditadora en las entrevistas el procedimiento definido para el caso que ocurra una emergencia con riesgo vital dentro de la institución: Qué y cuánto del procedimiento se debe consultar, y si pueden haber diferencias de roles, según los diversos tipos de personal entrevistado del establecimiento evaluado (profesionales, técnicos, administrativos y otros).

Se debe consultar sobre el conocimiento que se tenga del procedimiento en general, sobre el papel específico que cumple en él la persona a quien se está entrevistando y sobre las responsabilidades que tiene asignadas según ese procedimiento. Por lo tanto, puede haber diferencias en las respuestas de los distintos tipos de personal entrevistado (profesionales, técnicos, administrativos u otros), de acuerdo a los roles y responsabilidades que les han sido asignados.

NÚMERO 54

Sobre si de las exigencias establecidas por esta característica se deduce el deber de capacitar en reanimación cardiopulmonar a todo el personal que atiende pacientes directamente, y si ello es aplicable también al personal administrativo.

El personal debe conocer el procedimiento en general y, específicamente, las funciones que tiene asignadas de acuerdo a él. Por tanto, para cierto personal puede limitarse, por ejemplo, a que sepan a quién deben llamar en caso de una emergencia, si deben activar algún tipo de señal de alarma (ej. código azul) o a conocer las medidas básicas que deben adoptar frente a un paciente que sufre una emergencia.

En todo caso, se aclara que realizar capacitación en reanimación cardiopulmonar al personal administrativo no es una exigencia de los Estándares de Acreditación, lo que no impide que la institución la realice si lo estima pertinente.

NÚMERO 55

Sobre si resulta aplicable el punto verificador “Procedimientos Endoscópicos”, de la Característica AOC 1.1, cuando tales procedimientos se realizan únicamente al interior del pabellón quirúrgico.

La intención de esta exigencia es proveer atención oportuna en caso de emergencia, principalmente en aquellos lugares que por sus características pueden no contar con los requerimientos para otorgarla. Considerando que el Pabellón Quirúrgico sí cuenta con dichas particularidades, es que, en el caso que los procedimientos endoscópicos se realicen exclusivamente en tales pabellones, no resulta aplicable el punto verificador “PRO Endoscópicos” de esta característica.

El 2º EM de esta característica es constatable en el personal del prestador y personal externo que cumple funciones dentro del prestador. No son sujetos de entrevista los alumnos de pre grado y las personas de los diversos voluntariados.





CARACTERÍSTICA OBLIGATORIA AOC 2.1

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

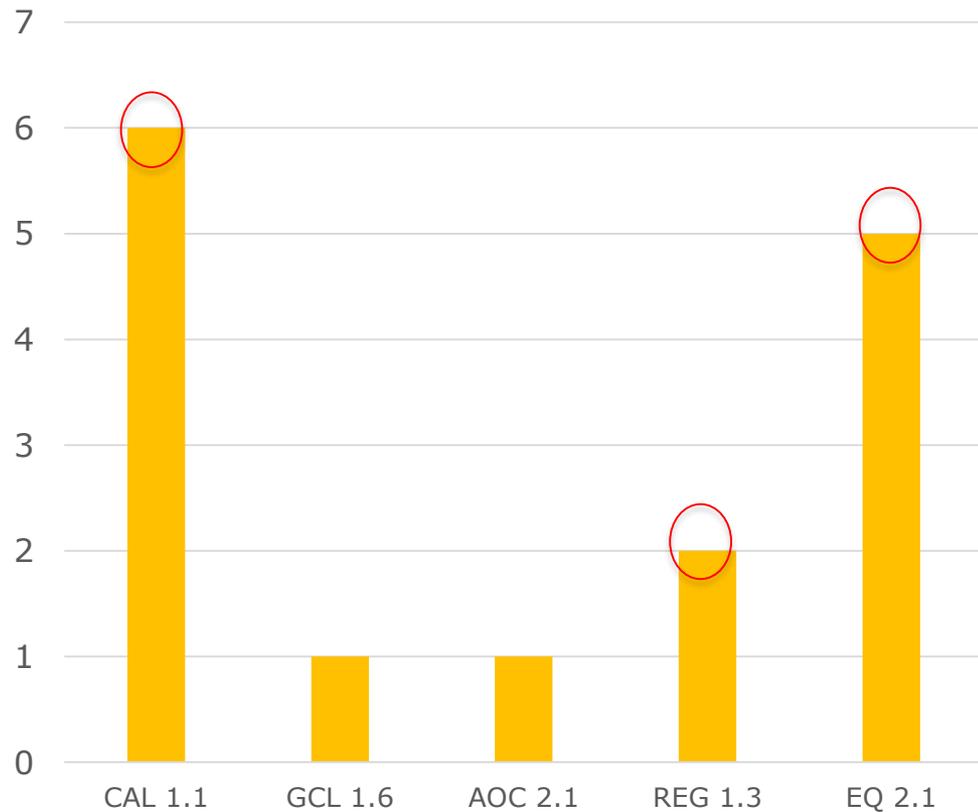
El prestador institucional dispone de un sistema de derivación de los pacientes que presentan urgencias que exceden su capacidad de resolución.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN
AOC-2.1	Cumple: 100%	<p>Elementos Medibles AOC-2.1</p> <p>Se describe en documento de carácter institucional los siguientes elementos relacionados con la derivación de pacientes:</p> <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. 	<p>Dirección o gerencia del prestador</p> 

CARACTERÍSTICAS INCUMPLIDAS EN PROCESOS DE ACREDITACIÓN DE CENTROS DE DIÁLISIS

CARACTERÍSTICAS OBLIGATORIAS INCUMPLIDAS EN PROCESOS DE ACREDITACIÓN DE CENTROS DE DIÁLISIS

Característica	Nº Procesos
CAL 1.1	6
EQ 2.1	5
REG 1.3	2
GCL 1.6	1
AOC 2.1	1



Fuente: Unidad de Fiscalización en Calidad

MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA CENTROS DE DIÁLISIS



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Compendio de Circulares que instruyen a las Entidades Acreditadoras sobre la interpretación de las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud

Intendencia de Prestadores de Salud
Superintendencia de Salud

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

**Versión N°4, aprobada por Resolución Exenta IP/N°1860,
de 24 de noviembre de 2017.**



CARACTERÍSTICA OBLIGATORIA REG 1.3

REGISTROS (REG)

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

REG 1.3

Característica

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

Verificador

Informes de prestaciones

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN
REG-1.3	Cumple: 100%	<p>Elementos Medibles REG-1.3</p> <p>Se describe en un documento de carácter institucional los informes que deben ser entregados al paciente respecto a las prestaciones realizadas en al menos las siguientes oportunidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambio permanente o transitorio de prestador. <p>Se describe además los contenidos mínimos de los informes a entregar, los que deben incluir: diagnóstico, tratamiento actual y condiciones clínicas al momento del traslado e indicaciones.</p> <p>Y se han designado responsables de su aplicación.</p> <p>Se constata copia de informe de prestaciones de pacientes que han cambiado de prestador en el último año.</p>	<p>Dirección o gerencia del prestador</p>  



Gracias