

# PAUTA DE COTEJO

## MANUAL DE ATENCIÓN CERRADA



POR UNA SALUD FUERTE

SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD



GOBIERNO DE CHILE



## **Pauta de Cotejo**

---

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

**Superintendencia de Salud**

Intendencia de Prestadores en Salud



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

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

- **Pabellones quirúrgicos (PQ)**, se verificarán los elementos medibles en todos los sectores de pabellones quirúrgicos disponibles en la institución.
- **Salas de procedimientos**, se verificarán los elementos medibles en Hemodinamia y/o sala(s) de procedimientos endoscópicos según esté especificado en el manual. En el caso de describirse sólo como procedimientos, se verificará en ambos.
- **Cirugía**, se verificarán los elementos medibles en cirugía adulto y/o infantil según esté especificado en el manual. En el caso de describir sólo como Cirugía, se verificará en ambos.
- **Urgencia**, si las unidades de atención de emergencia de la institución estuvieran separadas, como por ejemplo urgencias de adultos, pediátricas y gineco obstétricas, el proceso de verificación se realizará en cada una de ellas.

Los lugares de verificación contenidos en este manual representan una formulación genérica de la estructura organizativa interna que puede tener un prestador institucional de atención cerrada. Por ello, si la organización del prestador institucional que solicita la acreditación es distinta a la prevista en el presente manual, se evaluará el prestador de acuerdo al tipo de pacientes que se atienden en las distintas estructuras. Así por ejemplo el Servicio Médico Quirúrgico deberá ser evaluado en tanto Servicio de Medicina (en términos de cumplimiento de requisitos asociados a pacientes médicos), así como Servicio de Cirugía (cumplimiento de requisitos asociados a pacientes quirúrgicos), por ello este servicio será evaluado, siguiendo el manual en las columnas Med y Cir.

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

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

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

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

## B. Requisitos para el cumplimiento de los elementos medibles

---

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

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

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

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

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

En el caso de solicitarse más de un documento en el elemento medible, debe 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 del prestador institucional. En los casos en que se solicita un documento sin mayores especificaciones, éste debe contar con la aprobación del responsable de la materia en la institución.

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

### Característica GCL-1.7

| Elementos Medibles<br>GCL-1.7  | Dirección o<br>gerencia del<br>prestador* | PQ | UPC<br>Ad | APD | URG | APQ |
|--|---|----|-----------|-----|-----|-----|
| Se describen en un documento de carácter institucional los criterios de indicación médica de transfusión, tipo de hemocomponente y N° de unidades. | √   | √  | √         | √   | √   | √   |
| Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.   |   |    |           |     |     |     |
| Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.  |   |    |           |     |     |     |

\* O Comité o Unidad de Medicina Transfusional o Banco de sangre.

En este ejemplo el documento respecto a los criterios de transfusión no sólo debe estar disponible en la Dirección, sino también en los Pabellones Quirúrgicos, en la Unidad de Paciente Crítico de Adultos, Diálisis, Urgencia y Quimioterapia.

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

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

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

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

La evaluación del proceso puede recaer sobre un funcionario involucrado directamente en el proceso -por ejemplo, en el jefe de la unidad donde se realiza- o en uno ajeno a él, 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.

### Característica GCL-1.7

| Elementos Medibles<br>GLC-1.7  | Dirección o<br>gerencia del<br>prestador* | PQ | UPC<br>Ad | APD | URG | APQ |
|--|---|----|-----------|-----|-----|-----|
| Se describen en un documento de carácter institucional los criterios de indicación médica de transfusión, tipo de hemocomponente y N° de unidades. |   |    |           |     |     |     |
| <b>Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.</b>  |   | √  | √         | √   | √   | √   |
| Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.  |   |    |           |     |     |     |

\* O Comité o Unidad de Medicina Transfusional o Banco de sangre.

Utilizando el mismo ejemplo anterior, la definición del indicador y umbral de cumplimiento respecto de la evaluación de los criterios de transfusión deben estar referidos a Pabellones Quirúrgicos, Unidad de Paciente Crítico Adulto, Diálisis, Urgencia y Quimioterapia. Estos deben estar disponibles en cada unidad o en el Banco de Sangre.

#### 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 (en el caso del ejemplo, en el Banco de Sangre).

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. Se adjunta en anexo una tabla con tamaños de muestra.

### 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 o cirugías, 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 el manual de evaluación

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

## ÁMBITO DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

## 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.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN |                                    |                                    |                                    |          | OBSERVACIONES  |
|-----------------------|------------------------|---|------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------|--|
|                       |                        |   | Sector de acceso *     | Sectores de espera de público 1 ** | Sectores de espera de público 2 ** | Sectores de espera de público 3 ** | Urgencia |  |
| DP-1.1                | Cumple ≥ 80%           | <p><b>Elementos Medibles DP-1.1</b></p> <p>Existe un instrumento de difusión de carácter institucional que incluye los derechos mínimos relativos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No discriminación.</li> <li>- Respeto a la privacidad y pudor.</li> <li>- Respeto a la confidencialidad.</li> <li>- Acompañamiento a los pacientes.</li> <li>- Información al paciente o responsables.</li> <li>- Información respecto al carácter docente asistencial del establecimiento, cuando corresponda.</li> </ul> <p>El instrumento es fácilmente accesible, legible y comprensible.</p> |                        |                                    |                                    |                                    |          | <p>* Acceso principal.</p> <p>** Se evaluarán los tres con mayor flujo de pacientes.</p> |

## DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

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

### DP 1.2

#### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN             |                              |                                 |          | OBSERVACIONES   |
|-----------------------|------------------------|--|------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|----------|---|
|                       |                        |  | Dirección o gerencia del prestador | Sectores de Hospitalización* | Sectores de espera de público** | Urgencia |   |
| DP- 1.2               | Cumple: 100%           | <b>Elementos Medibles DP-1.2</b>   |                                    |                              |                                 |          | * Elegir tres al azar.<br>** Elegir los tres con mayor flujo de pacientes.<br>*** 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.<br>***  |                                    |                              |                                 |          |   |

## 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 1.3

#### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                    | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|---|---------------|
| DP- 1.3               | Cumple: $\geq$ 66%     | <b>Elementos Medibles DP-1.3</b>  | <b>Dirección o gerencia del prestador</b> |               |
|                       |                        | Se ha designado el responsable de la evaluación del respeto a los derechos de los pacientes.                            |   |               |
|                       |                        | Se ha definido un sistema que evalúa el respeto a los derechos de los pacientes y que incorpora la percepción de éstos. |   |               |
|                       |                        | Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.   |   |               |

## DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

El prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales 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.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN             |                |                  |                              |     |                 |            | OBSERVACIONES                |
|-----------------------|------------------------|---|------------------------------------|----------------|------------------|------------------------------|-----|-----------------|------------|------------------------------|
| DP-2.1                | Cumple: ≥ 80%          | <p><b>Elementos Medibles DP-2.1</b></p> <p>Se describen en documento(s) de carácter institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Casos en que debe requerirse el consentimiento, considerando al menos los siguientes: cirugías mayores, procedimientos endoscópicos, procedimiento de hemodinamia y otros procedimientos de imagenología intervencional.</li> </ul> <p>Se describen en documento(s) de carácter institucional las características del consentimiento escrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Debe especificar el procedimiento a realizar</li> <li>- Debe establecer que mediante su firma el paciente o sus familiares expresan que recibieron, de parte de quien efectuará el procedimiento, información sobre los objetivos de la intervención, sus características y potenciales riesgos.</li> <li>- Debe registrar nombre y firma del paciente y del profesional responsable del procedimiento y la fecha de la obtención del consentimiento.</li> </ul> | Dirección o gerencia del prestador | Cirugía Adulto | Cirugía Infantil | Sub Especialidad Quirúrgicas | API | PRO Endoscópico | Hemodinam. | Continúa en Página Siguiente |



## 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.

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

## DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

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

### Componente DP-4

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

## DP 4.1

### Característica

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

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

## 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 4.2

#### Característica

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

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

## DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

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

### Componente DP-5

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

## DP 5.1

### Característica

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

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

## 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.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                           | OBSERVACIONES  |
|-----------------------|------------------------|---|--|--|
| CAL-1.1               | Cumple: 100%           | <p><b>Elementos Medibles CAL-1.1</b></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.<br/>La descripción del cargo del responsable especifica:<br/>a) Funciones<br/>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><b>Dirección o gerencia del prestador</b></p> | <p>* En el proceso de acreditación en que el componente restrospectivo es de 6 meses, este elemento medible será considerado cumplido si el prestador presenta una evaluación semestral.</p> |



## ÁMBITO GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

## GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

### Componente GCL-1

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

## GCL 1.1

### Característica

Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación pre - anestésica.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN |                |                 | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|------------------------|----------------|-----------------|---------------|
|                       |                        |   | PQ General             | PQ Obst - gine | Pabellón de CMA |               |
| GCL-1.1               | Cumple: $\geq$ 75%     | <b>Elementos Medibles GCL-1.1</b>   |                        |                |                 |               |
|                       |                        | Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de evaluación pre anestésica que considera anestesia general y regional 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.   |                        |                |                 |               |
|                       |                        | Se constata: presencia de evaluación pre-anestésica en pacientes intervenidos.  |                        |                |                 |               |



## GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

### GCL 1.3

#### Característica

Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación y manejo del dolor agudo.

| CÓDIGO<br>CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE<br>CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN |        |                    |               | OBSERVACIONES   |
|--------------------------|---------------------------|---|------------------------|--------|--------------------|---------------|-----------------|
|                          |                           |   | PQ*                    | CIR Ad | Trauma-<br>tología | Obst-<br>gine |                 |
| GCL-1.3                  | Cumple: $\geq$ 50%        | <b>Elementos Medibles<br/>GCL-1.3</b>   |                        |        |                    |               | * Recuperación. |
|                          |                           | Se describe en un documento el procedimiento de evaluación y manejo del dolor agudo 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: evaluación y manejo del dolor agudo en pacientes post-operados de acuerdo al procedimiento local.                          |                        |        |                    |               |                 |

## GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

### GCL 1.4

#### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN |                 |          |           |         |      |      |     |     | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|--|------------------------|-----------------|----------|-----------|---------|------|------|-----|-----|---------------|
| GCL-1.4               | Cumple: $\geq$ 75%     | <p><b>Elementos Medibles GCL-1.4</b></p> <p>Se describe en documento(s) el protocolo de reanimación cardiopulmonar avanzada y se han definido los responsables de su aplicación.</p> | PQ                     | PRO Hemodinamia | UPC. Ad. | UPC. Ped. | UPC Neo | Med. | Ped. | URG | APD |               |



## GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

### GCL 1.6

#### Característica

Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de cesárea.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN           | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|--|----------------------------------|---------------|
| GCL-1.6               | Cumple: $\geq$ 66%     | <b>Elementos Medibles GCL-1.6</b>  | <b>Obstetricia - Ginecología</b> |               |
|                       |                        | Se describen en un documento de carácter institucional los criterios de indicación de cesárea 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 CLÍNICA (GCL)

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

### GCL 1.7

#### Característica

Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN               |    |          |     |      | OBSERVACIONES |  |
|-----------------------|------------------------|---|--------------------------------------|----|----------|-----|------|---------------|--|
|                       |                        |   | Dirección o gerencia del prestador * | PQ | UPC. Ad. | APD | URG. |               | APQ  |
| GCL-1.7               | Cumple: $\geq$ 75%     | <b>Elementos Medibles GCL-1.7</b>   |                                      |    |          |     |      |               | * O Comité o Unidad de Medicina Transfusional o Banco de Sangre. |
|                       |                        | Se describen en un documento de carácter institucional los criterios de indicación médica de transfusión, considerando tipo de hemocomponente y número de unidades. |                                      |    |          |     |      |               |  |
|                       |                        | Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.  |                                      |    |          |     |      |               |  |
|                       |                        | Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.   |                                      |    |          |     |      |               |  |

## GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

### GCL 1.8

#### Característica

Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Decisiones de tratamiento oncológico.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                    | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|---|---------------|
| GCL-1.8               | Cumple: 100%           | <b>Elementos Medibles GCL-1.8</b><br><br>Se constata identificación formal del Comité Oncológico Médico del que dispone, o al que puede acceder, el prestador.<br><br>Se constata registro de pacientes sometidos a dicho Comité. | <b>Dirección o gerencia del prestador</b> |               |

## GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

### GCL 1.9

#### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN |             |      |     | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|--|------------------------|-------------|------|-----|---------------|
|                       |                        |  | UPC Ad                 | Psiquiatría | Med. | URG |               |
| GCL-1.9               | Cumple: ≥ 75%          | <p><b>Elementos Medibles GCL-1.9</b></p> <p>Se describe en un documento el procedimiento de contención física de pacientes en agitación psicomotora que contiene la descripción explícita de las medidas de prevención para evitar los eventos adversos asociados a dicha contención.</p> <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>Se constata adecuado procedimiento de contención física y/o la presencia de los elementos necesarios para realizar el procedimiento.</p> |                        |             |      |     |               |

## GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

### GCL 1.10

#### Característica

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

| CÓDIGO<br>CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE<br>CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN |        |      |     | OBSERVACIONES |
|--------------------------|---------------------------|---|------------------------|--------|------|-----|---------------|
|                          |                           |   | Psiquiatría            | UPC Ad | Med. | URG |               |
| GCL-1.10                 | Cumple: $\geq$ 75%        | <b>Elementos Medibles<br/>GCL-1.10</b><br><br>Se describen en documento de carácter institucional los criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio y se han definido los responsables de su aplicación. |                        |        |      |     |               |

## 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<br>CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE<br>CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN |    |                     | OBSERVACIONES |
|--------------------------|---------------------------|--|------------------------|----|---------------------|---------------|
|                          |                           |  | APA                    | PQ | PRO<br>Endoscópicos |               |
| GCL-1.11                 | Cumple: $\geq$ 75%        | <b>Elementos Medibles<br/>GCL-1.11</b>   |                        |    |                     |               |
|                          |                           | 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. |                        |    |                     |               |
|                          |                           | Se constata la trazabilidad de las biopsias.   |                        |    |                     |               |



## GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

### GCL 1.13

#### Característica

Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Uso de anticoagulantes orales.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                     | OBSERVACIONES   |
|-----------------------|------------------------|--|--|---|
| GCL-1.13              | Cumple: $\geq$ 66%     | <b>Elementos Medibles GCL-1.13</b><br><br>Se describe en un documento el procedimiento de manejo de pacientes con tratamiento con anticoagulantes orales y se han definido los responsables de su aplicación.<br><br>Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.<br><br>Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica. | <b>Dirección o gerencia del prestador*</b> | * Puede verificarse en Policlínico de Tratamiento con Anticoagulantes u otra estructura organizacional destinada para este fin. |

## GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

### Componente GCL-2

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

## GCL 2.1

### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN             |    |             |             | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|------------------------------------|----|-------------|-------------|---------------|
| GCL-2.1               | Cumple: $\geq$ 75%     | <p><b>Elementos Medibles GCL-2.1</b></p> <p>Se describen en documento de carácter institucional las medidas de prevención de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cirugía en paciente equivocado.</li> <li>- Cirugía del lado equivocado.</li> <li>- Error del tipo de cirugía.</li> <li>- Cuerpo extraño abandonado en sitio quirúrgico.</li> </ul> <p>Se han definido los responsables de su aplicación.</p> | Dirección o gerencia del prestador | PQ | Cir. Adulto | Cir. Infant |               |
|                       |                        | Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento, relacionados con las medidas de prevención.  |                                    |    |             |             |               |
|                       |                        | Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.   |                                    |    |             |             |               |



## GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

### GCL 2.3

#### Característica

Se realiza vigilancia de los eventos adversos<sup>2</sup> (EA) asociados a la atención.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN             |    |      |         |         |         |      |          |           |      |      |             |     |     |     |     |     |     | OBSERVACIONES |        |     |  |  |
|-----------------------|------------------------|--|------------------------------------|----|------|---------|---------|---------|------|----------|-----------|------|------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|--------|-----|--|--|
|                       |                        |  | Dirección o gerencia del prestador | PQ | *PRO | UPC Ad. | UPC Ped | UPC Neo | Med. | Cir. Ad. | Cir. Inf. | Ped. | Neo. | Obst - gine | APF | APQ | API | APA | APT | APR |               | Dental | URG |  |  |
| GCL-2.3               | Cumple: ≥ 75%          | <p><b>Elementos Medibles GCL-2.3</b></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"> <li>- Eventos adversos y eventos centinela a vigilar de acuerdo a realidad asistencial.</li> <li>- Sistema de vigilancia.</li> <li>- Procedimiento de reporte.</li> </ul> <p>Se han definido los responsables de su aplicación.</p> |                                    |    |      |         |         |         |      |          |           |      |      |             |     |     |     |     |     |     |               |        |     | * Procedimientos endoscópicos y hemodinamia. |  |
|                       |                        | Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención, que contempla al menos:  |                                    |    |      |         |         |         |      |          |           |      |      |             |     |     |     |     |     |     |               |        |     |  |  |
|                       |                        | - Eventos adversos y eventos centinela a vigilar de acuerdo a realidad asistencial.  |                                    |    |      |         |         |         |      |          |           |      |      |             |     |     |     |     |     |     |               |        |     |  |  |
|                       |                        | - Sistema de vigilancia.   |                                    |    |      |         |         |         |      |          |           |      |      |             |     |     |     |     |     |     |               |        |     |  |  |
|                       |                        | - Procedimiento de reporte.  |                                    |    |      |         |         |         |      |          |           |      |      |             |     |     |     |     |     |     |               |        |     |  |  |
|                       |                        | Se han definido los responsables de su aplicación.   |                                    |    |      |         |         |         |      |          |           |      |      |             |     |     |     |     |     |     |               |        |     |  |  |
|                       |                        | Existen registros implementados y en uso para reportes de EA de acuerdo al sistema de vigilancia local.  |                                    |    |      |         |         |         |      |          |           |      |      |             |     |     |     |     |     |     |               |        |     |  |  |
|                       |                        | Se constata análisis de eventos centinelas.  |                                    |    |      |         |         |         |      |          |           |      |      |             |     |     |     |     |     |     |               |        |     |  |  |

<sup>2</sup> Ejemplos de EA a vigilar: úlceras por presión, EA asociados a la anestesia, EA asociados a la cirugía, EA asociados a errores de medicación, caídas con lesión, muertes inesperadas, extravío de biopsias, EA asociados a la atención obstétrica, etc.

## GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

### GCL 3.1

#### Componente GCL-3

El prestador institucional ejecuta un Programa de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) de acuerdo a orientaciones técnicas vigentes del MINSAL<sup>3</sup>.

#### Característica

El prestador institucional cuenta con una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de prevención y control de las IIH.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                           | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|--|---------------|
| GCL-3.1               | Cumple: 100%           | <p><b>Elementos Medibles GCL-3.1</b></p> <p>Existe un Comité de Infecciones Intrahospitalarias designado por la Dirección del establecimiento, con descripción explícita de sus integrantes y su ámbito de acción.</p> <p>Existe un médico encargado del programa y una enfermera o matrona de Infecciones Intrahospitalarias que cuentan con la capacitación necesaria (al menos curso de 80 horas en la materia), descripción de sus funciones y tiempo asignado.</p> <p>Se constata funcionamiento del Comité de Infecciones Intrahospitalarias, verificándose al menos 3 reuniones anuales.</p> | <p><b>Dirección o gerencia del prestador</b></p> |               |

<sup>3</sup> El programa de infecciones intrahospitalarias de prestadores institucionales de atención cerrada de alta complejidad, será evaluado por el sistema de Evaluación de Infecciones Intrahospitalarias del Ministerio de Salud. Si en dicha evaluación resulta "Acreditado destacado", "Acreditado" o "Acreditado provisional" este componente, y sus tres características, se considerará cumplido, de lo contrario se considerará en incumplimiento.

## GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

### GCL 3.2

#### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                    | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|---|---------------|
| GCL-3.2               | Cumple: 100%           | <b>Elementos Medibles GCL-3.2</b>   | <b>Dirección o gerencia del prestador</b> |               |
|                       |                        | Existe un documento de carácter institucional que describe el sistema de vigilancia activo en infecciones intrahospitalarias, donde se explicitan IIH vigiladas, procedimiento de vigilancia y criterios de notificación. |   |               |
|                       |                        | Se han definido indicadores (tasas de IIH) y umbrales de cumplimiento para cada una de las IIH vigiladas.   |   |               |
|                       |                        | Existe constancia de que se ha realizado la vigilancia en forma periódica.  |   |               |

## GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

### GCL 3.3

#### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN |                  |                       |                       |                  |                  |                            |                  |                  |                  |        | OBSERVACIONES  |
|-----------------------|------------------------|--|------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|------------------|----------------------------|------------------|------------------|------------------|--------|--|
|                       |                        |  | PQ                     | Med.             | Cir. Ad.              | Cir. Infant           | Ped.             | Neo.             | Obst - gine                | APD              | APQ              | URG              | Dental |  |
| GCL-3.3               | Cumple: ≥ 75%          | <p><b>Elementos Medibles GCL-3.3</b></p> <p>Se describen en documentos de carácter institucional las medidas de prevención de IIH que consideran:</p> <p>1. Precauciones estándar.</p> <p>2. Aislamientos.*</p> <p>3. Prevención de infección de herida operatoria.</p> <p>4. Prevención de endometritis.</p> <p>5. Prevención de infecciones asociadas a procedimientos invasivos.**</p> <p>6. Uso de antisépticos y desinfectantes.</p> <p>Y se han definido los responsables de su aplicación.</p> <p>Se han definido indicadores y umbrales de cumplimiento.</p> <p>Existe constancia de que se ha realizado la evaluación en forma periódica.</p> | 1<br>2<br>3<br>5<br>6  | 1<br>2<br>5<br>6 | 1<br>2<br>3<br>5<br>6 | 1<br>2<br>3<br>5<br>6 | 1<br>2<br>5<br>6 | 1<br>2<br>5<br>6 | 1<br>2<br>3<br>4<br>5<br>6 | 1<br>2<br>5<br>6 | 1<br>2<br>5<br>6 | 1<br>2<br>5<br>6 | 1<br>6 | <p>* Precauciones específicas basadas en el mecanismo de transmisión.</p> <p>** Catéteres vasculares, catéter urinario permanente.</p> |

## 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<sup>4</sup>.

### AOC 1.1

#### Componente AOC-1

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

#### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                                      |   |                               |                  |     |                  |        |     | OBSERVACIONES |  |
|-----------------------|------------------------|---|---|---|-------------------------------|------------------|-----|------------------|--------|-----|---------------|--|
|                       |                        |   | Sectores de espera de público en consultas ambulatorias 1 * | Sectores de espera de público en consultas ambulatorias 2 * | Sectores de Hospitalización** | Toma de muestras | API | PRO Endoscópicos | APK*** | APQ |               |  |
| AOC-1.1               | Cumple: ≥ 75%          | <p><b>Elementos Medibles AOC-1.1</b></p> <p>Está descrito, en documento de carácter institucional, el sistema de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia.</p> <p>Se constata: conocimiento del procedimiento en personal entrevistado.</p> |   |   |                               |                  |     |                  |        |     |               | <p>* Elegir los 2 con mayor afluencia de público.</p> <p>** Elegir 3 al azar (excluir Unidades de Paciente Crítico).</p> <p>*** Unidad de Kinesioterapia – Rehabilitación ambulatoria.</p> |

<sup>4</sup> Para estos efectos, se consideran como factores de riesgo los que se asocian a aumento de la morbilidad o mortalidad.

## ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)

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

### AOC 1.2

#### Característica

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

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

## 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 en las áreas de Anatomía Patológica, Laboratorio e Imagenología.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN |     |     | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|--|------------------------|-----|-----|---------------|
|                       |                        |  | APL                    | APA | API |               |
| AOC-1.3               | Cumple: $\geq$ 75%     | <b>Elementos Medibles AOC-1.3</b>  |                        |     |     |               |
|                       |                        | Se describen en 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 de 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<sup>5</sup>.

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

<sup>5</sup> Esta característica será evaluada en aquellas instituciones que no disponen de Unidades de Pacientes Críticos.



## 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 y cirujanos dentistas que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                    | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|---|---------------|
| RH-1.1                | Cumple: $\geq$ 75%     | <b>Elementos Medibles RH-1.1</b>  | <b>Dirección o gerencia del prestador</b> |               |
|                       |                        | Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de los <b>médicos</b> 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).             |   |               |
|                       |                        | Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado, de los <b>cirujanos dentistas</b> que cumplen funciones permanentes.               |   |               |
|                       |                        | Certificados de título otorgados por una universidad reconocida por el Estado de los cirujanos dentistas 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.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                           | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|--|---------------|
| RH-1.2                | Cumple: $\geq$ 90%     | <p><b>Elementos Medibles RH-1.2</b></p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de las <b>enfermeras</b> que cumplen funciones permanentes.</p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de las enfermeras que cumplen funciones transitorias (durante último año).</p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de las <b>matronas</b> que cumplen funciones permanentes.</p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de las matronas que cumplen funciones transitorias (durante último año).</p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los <b>tecnólogos médicos</b> que cumplen funciones permanentes.</p> | <p><b>Dirección o gerencia del prestador</b></p> |               |

Continúa en Página Siguiente

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN   | OBSERVACIONES                       |
|-----------------------|------------------------|---|--|-------------------------------------|
|                       |                        | <p style="text-align: center;"><b>Elementos Medibles RH-1.2</b></p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los <b>tecnólogos médicos</b> que cumplen funciones transitorias (durante último año).</p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los <b>kinesiólogos</b> que cumplen funciones permanentes.</p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los <b>kinesiólogos</b> que cumplen funciones transitorias (durante último año).</p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los <b>sicólogos</b> que cumplen funciones permanentes.</p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los <b>sicólogos</b> que cumplen funciones transitorias (durante último año).</p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los <b>terapeutas ocupacionales</b> que cumplen funciones permanentes.</p> | <p style="text-align: center;"><b>Dirección o gerencia del prestador</b></p> | <p>Continúa en Página Siguiente</p> |

| CÓDIGO<br>CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE<br>CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN   | OBSERVACIONES                      |
|--------------------------|---------------------------|---|--|------------------------------------|
|                          |                           | <p style="text-align: center;"><b>Elementos Medibles<br/>RH-1.2</b></p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los terapeutas ocupacionales que cumplen funciones transitorias (durante último año).</p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de las <b>nutricionistas</b> que cumplen funciones permanentes.</p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de las nutricionistas que cumplen funciones transitorias (durante último año).</p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los <b>fonoaudiólogos</b> que cumplen funciones permanentes.</p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los fonoaudiólogos que cumplen funciones transitorias (durante último año).</p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los <b>químico farmacéuticos</b> que cumplen funciones permanentes.</p> | <p style="text-align: center;"><b>Dirección o<br/>gerencia del<br/>prestador</b></p> | <p>Continúa en Página Siguiete</p> |

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                           | OBSERVACIONES  |
|-----------------------|------------------------|--|--|--|
|                       |                        | <p><b>Elementos Medibles RH-1.2</b></p>  | <p><b>Dirección o gerencia del prestador</b></p> | <p>* 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 Higienista Dental, TNS Laboratorista Dental, TNS Laboratorio y Banco de Sangre, TNS en Radiología y Radioterapia.</p> <p>** Título de Técnico de Nivel Medio en Atención de Enfermería, otorgado por un establecimiento de educación técnico-profesional reconocido por el Estado.</p> <p>***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 2147/78 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> |
|                       |                        | <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los químicos farmacéuticos que cumplen funciones transitorias (durante último año).</p>   |  |  |
|                       |                        | <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los <b>bioquímicos</b> que cumplen funciones permanentes.</p>   |  |  |
|                       |                        | <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los bioquímicos que cumplen funciones transitorias (durante último año).</p>  |  |  |
|                       |                        | <p>Certificados de título de técnico de nivel superior* o medio de enfermería** o certificado de competencia*** emitido por la autoridad sanitaria, del personal que cumple funciones de <b>técnicos paramédicos</b> en forma permanente.</p>                |  |  |
|                       |                        | <p>Certificados de título de técnico de nivel superior* o medio de enfermería** o certificado de competencia*** emitido por la autoridad sanitaria, del personal que cumple funciones de técnicos paramédicos en forma transitoria (durante último año).</p> |  |  |

## 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 y odontólogos que se desempeñan en las distintas especialidades tienen las competencias requeridas evaluadas a través de la normativa vigente.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                    |  | OBSERVACIONES  |
|-----------------------|------------------------|--|---|--|--|
| RH-1.3                | Cumple: $\geq$ 50%     | <b>Elementos Medibles RH-1.3</b>   | <b>Dirección o gerencia del prestador</b> |  | A la fecha de publicación de este Manual: certificados otorgados por una universidad reconocida en Chile, CONACEM, CONACEO, Director del Servicio de Salud, o profesionales reconocidos como especialistas por Fonasa. |
|                       |                        | Certificados de especialidad médica emitidos por entidad competente de acuerdo a la legislación vigente.       |   |  |  |
|                       |                        | Certificados de especialidad odontológica emitidos por entidad competente de acuerdo a la legislación vigente. |   |  |  |

## 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-2

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

## RH 2.1

### Característica

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

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





## COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

### RH 4.1

#### Componente RH-4

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

#### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN             |      |     |            |     |     |     |     | OBSERVACIONES |   |
|-----------------------|------------------------|---|------------------------------------|------|-----|------------|-----|-----|-----|-----|---------------|---|
|                       |                        |   | Dirección o gerencia del prestador | API* | APR | PRO Hemod. | APF | APQ | APA | APE |               |   |
| RH-4.1                | Cumple: $\geq$ 75%     | <p><b>Elementos Medibles RH-4.1</b></p> <p>Se ha designado el responsable institucional del Programa de Salud Laboral.</p> <p>Se describe en documento de carácter institucional el programa de control de riesgos que contempla acciones relacionadas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controles de dosimetría en procedimientos imagenológicos / hemodinamia.</li> <li>- Controles de dosimetría en radioterapia.</li> <li>- Examen de salud en personal involucrado en la manipulación y administración de drogas antineoplásicas.</li> <li>- Exposición a gases en Esterilización y Anatomía Patológica.</li> </ul> <p>Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de acuerdo a lo establecido.</p> |                                    |      |     |            |     |     |     |     |               | * Se verifica en todos los lugares donde se realicen procedimientos imagenológicos. |



## 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 4.3

#### Característica

Se aplica un programa de vacunación del personal.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                    | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|--|---|---------------|
| RH-4.3                | Cumple: $\geq$ 66%     | <b>Elementos Medibles RH-4.3</b>   | <b>Dirección o gerencia del prestador</b> |               |
|                       |                        | Se describe en un documento el programa de vacunación del personal que incluye al menos vacuna anti hepatitis B. |   |               |
|                       |                        | Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con la cobertura del personal de riesgo.           |   |               |
|                       |                        | Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.  |   |               |

Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales  
Atención Cerrada

ÁMBITO REGISTROS (REG)

## REGISTROS (REG)

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

### REG 1.1

#### Componente REG-1

El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica.

#### Característica

El prestador institucional cuenta con ficha clínica única individual.

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





## REGISTROS (REG)

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

### REG 1.4

#### Característica

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

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

## ÁMBITO SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

## SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

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

### Componente EQ-1

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

### EQ 1.1

#### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                    | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|---|---------------|
| EQ-1.1                | Cumple: 100%           | <b>Elementos Medibles EQ-1.1</b>  | <b>Dirección o gerencia del prestador</b> |               |
|                       |                        | Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento para la adquisición de equipamiento que considera al menos:<br><ul style="list-style-type: none"><li>- Responsable de la adquisición.</li><li>- Participación de personal técnico y usuario.</li><li>- Sistema de evaluación de la calidad técnica del equipamiento a ser adquirido.</li></ul> |   |               |
|                       |                        | 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.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                    | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|---|---------------|
| EQ-1.2                | Cumple: $\geq$ 50%     | <b>Elementos Medibles EQ-1.2</b><br><br>Existe un documento de carácter institucional donde se describe un sistema de seguimiento de vida útil del equipamiento relevante para la seguridad de los usuarios que incluye al menos:<br><ul style="list-style-type: none"><li>- Equipamiento de anestesia.</li><li>- Equipos de monitorización hemodinámica, monitores desfibriladores, ventiladores fijos y de transporte, monitores de diálisis e incubadoras.</li></ul><br>Existe un informe anual de las necesidades de reposición del equipamiento crítico. | <b>Dirección o gerencia del prestador</b> |               |

## 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-2

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

## EQ 2.1

### 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                    | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|---|---------------|
| EQ-2.1                | Cumple: 100%           | <b>Elementos Medibles EQ-2.1</b>  | <b>Dirección o gerencia del prestador</b> |               |
|                       |                        | 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:<br>- Equipos de monitorización hemodinámica.<br>- Monitores desfibriladores.<br>- Ventiladores fijos y de transporte.<br>- Máquinas de anestesia.<br>- Ambulancias de urgencia.<br>- Incubadoras. |   |               |
|                       |                        | 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 2.2

#### Característica

Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes en las Unidades de Apoyo.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                           | OBSERVACIONES  |
|-----------------------|------------------------|--|--|--|
| EQ-2.2                | Cumple: $\geq 50\%$    | <p><b>Elementos Medibles EQ-2.2</b></p> <p>Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoclaves.</li> <li>- Campana de flujo laminar.*</li> <li>- Equipos de laboratorio:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contadores hematológicos.</li> <li>- Equipos para determinación de electrolitos y gases.</li> <li>- Analizadores automatizados de Química Clínica.</li> <li>- Equipos automatizados para Microbiología, Hormonas e Inmunología.</li> <li>- Microscopio de fluorescencia.</li> <li>- Lectores de ELISA.</li> </ul> </li> <li>- Refrigeradores y congeladores para sangre y hemoderivados.</li> <li>- Equipos de diálisis y tratamiento de agua.</li> <li>- Equipos de imagenología (todos).</li> <li>- Equipos de radioterapia (todos).</li> </ul> <p>Existe constancia que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa, en los equipos mencionados.</p> | <p><b>Dirección o gerencia del prestador</b></p> | <p>* Todas las en uso en la Institución, incluidas las que pueden estar en uso en Laboratorio Clínico.</p> |

## 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-3

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

## EQ 3.1

### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                    |  | OBSERVACIONES                    |
|-----------------------|------------------------|---|---|--|----------------------------------|
| EQ-3.1                | Cumple: 100%           | <b>Elementos Medibles EQ-3.1</b>  | <b>Dirección o gerencia del prestador</b> |  | * Equipos referidos en EQ - 2.2. |
|                       |                        | 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:<br>- Ventiladores fijos y de transporte.<br>- Monitores desfibriladores.<br>- Máquinas de anestesia.<br>- Autoclaves.<br>- Equipos de laboratorio.*<br>- Equipos de diálisis.<br>- Equipos de radioterapia.<br>- Equipos 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.

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



## SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

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

### INS 2.2

#### Característica

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

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

## SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

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

### Componente INS-3

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

## INS 3.1

### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                    | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|---|---------------|
| INS-3.1               | Cumple: 100%           | <b>Elementos Medibles INS-3.1</b>   | <b>Dirección o gerencia del prestador</b> |               |
|                       |                        | Se ha designado un responsable Institucional del mantenimiento preventivo de las instalaciones.   |   |               |
|                       |                        | Se documenta un programa de mantenimiento preventivo que incluye al menos:<br>- Ascensores.<br>- Calderas.<br>- Sistema de aspiración y gases clínicos.<br>- Techumbre.<br>- Sistemas de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes. |   |               |
|                       |                        | 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 eléctrico y de agua potable.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                           | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|--|---------------|
| INS-3.2               | Cumple: $\geq 75\%$    | <p><b>Elementos Medibles INS-3.2</b></p> <p>Se ha designado el responsable Institucional del plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico y de agua potable.</p> <p>Se documenta un plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico y de agua potable.</p> <p>Existen registros que dan cuenta de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantenimiento preventivo y realización de pruebas de los sistemas de iluminación de emergencia.</li> <li>- Mantenciones preventivas del sistema de provisión de agua de emergencia.</li> <li>- Revisión periódica de calidad del agua de estanques de reserva.</li> </ul> <p>Se constata:</p> <p>Operación de generadores de energía de emergencia.</p> <p>Calidad macroscópica del agua de estanques de reserva.</p> | <p><b>Dirección o gerencia del prestador</b></p> |               |

## **SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO**

## LABORATORIO CLÍNICO (APL)

## SERVICIOS DE APOYO - LABORATORIO CLÍNICO (APL)

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

### APL 1.1

#### Componente APL

Los exámenes de Laboratorio Clínico se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes.

#### Característica

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

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



## SERVICIOS DE APOYO - LABORATORIO CLÍNICO (APL)

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

### APL 1.3

#### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN |             |            | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|------------------------|-------------|------------|---------------|
|                       |                        |   | Microbiología          | Hematología | Bioquímica |               |
| APL-1.3               | Cumple: $\geq$ 75%     | <b>Elementos Medibles APL-1.3</b>   |                        |             |            |               |
|                       |                        | Se describen en documento(s) los procedimientos respecto de:<br>- Técnicas de ejecución de los exámenes.<br>- Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda.<br>- Tiempos de respuesta de exámenes. |                        |             |            |               |
|                       |                        | Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con: tiempo de respuesta de exámenes urgentes o provenientes de unidades críticas.  |                        |             |            |               |
|                       |                        | Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.   |                        |             |            |               |
|                       |                        | Se constata ejecución de controles de calidad internos en las diferentes áreas del Laboratorio Clínico en forma periódica de acuerdo a procedimiento local.   |                        |             |            |               |

## SERVICIOS DE APOYO - LABORATORIO CLÍNICO (APL)

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

### APL 1.4

#### Característica

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

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

## SERVICIOS DE APOYO - LABORATORIO CLÍNICO (APL)

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

### APL 1.5

#### Característica

El Laboratorio asegura las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso.

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

## UNIDAD DE FARMACIA (APF)

## SERVICIOS DE APOYO - FARMACIA (APF)

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

### Componente APF-1

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

## APF 1.1

### Característica

Los preparados antineoplásicos y/o fórmulas de nutrición parenteral comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                    |  | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|--|---|--|---------------|
| APF-1.1               | Cumple: 100%           | <b>Elementos Medibles APF-1.1</b>  | <b>Dirección o gerencia del prestador</b> |  |               |
|                       |                        | Se verifica que la compra de prestaciones se realiza solamente a prestadores formalizados por la autoridad sanitaria competente. |   |  |               |

## SERVICIOS DE APOYO - FARMACIA (APF)

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

### APF 1.2

#### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN |    |        |         |         |          | OBSERVACIONES |   |
|-----------------------|------------------------|--|------------------------|----|--------|---------|---------|----------|---------------|---|
|                       |                        |  | Unidad de Farmacia**   | PQ | UPC Ad | UPC Ped | UPC Neo | Medicina |               | APD   |
| APF-1.2               | Cumple: ≥ 50%          | <b>Elementos Medibles APF-1.2</b>  |                        |    |        |         |         |          |               | * U otra estructura organizacional de carácter técnico.<br>** Si es necesario debe verificarse en Abastecimiento. |
|                       |                        | Se constata formalización y funcionamiento del Comité de Farmacia.*  |                        |    |        |         |         |          |               |   |
|                       |                        | Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de medicamentos que considera su evaluación técnica. |                        |    |        |         |         |          |               |   |
|                       |                        | Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de adquisición de insumos, que considera su evaluación técnica.     |                        |    |        |         |         |          |               |   |
|                       |                        | Se constata: participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de medicamentos.   |                        |    |        |         |         |          |               |   |
|                       |                        | Se constata: participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de insumos.  |                        |    |        |         |         |          |               |   |

## SERVICIOS DE APOYO - FARMACIA (APF)

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

### APF 1.3

#### 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%     | <b>Elementos Medibles APF-1.3</b>  | <b>Unidad de Farmacia**</b> |               |
|                       |                        | Se ha designado el responsable de la mantención del stock mínimo de medicamentos e insumos en las unidades críticas de la institución. |                             |               |
|                       |                        | Se documenta una definición del stock mínimo de medicamentos e insumos en dichas unidades.   |                             |               |
|                       |                        | Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de reposición del stock y periodicidad de éste.                       |                             |               |
|                       |                        | Existe constancia de que el stock mínimo se repone oportunamente.  |                             |               |

\*\* Si es necesario debe verificarse en Abastecimiento.

## SERVICIOS DE APOYO - FARMACIA (APF)

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

### APF 1.4

#### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|--|------------------------|---------------|
| APF-1.4               | Cumple: ≥ 66%          | <p><b>Elementos Medibles APF-1.4</b></p> <p>Se describen en un documento(s) elaborado por Farmacia, los siguientes procedimientos :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotulación de medicamentos.</li> <li>- Envasado de medicamentos e insumos.</li> <li>- Despacho de medicamentos e insumos.</li> <li>- Sistema de eliminación de medicamentos expirados, en mal estado o sin rotulación adecuada.</li> <li>- Sistema de reposición de stock mínimo de la Unidad de Farmacia.</li> </ul> | Unidad de Farmacia     |               |
|                       |                        | Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.   |                        |               |
|                       |                        | Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.  |                        |               |



## SERVICIOS DE APOYO - FARMACIA (APF)

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

### APF 1.6

#### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN     | OBSERVACIONES          |
|-----------------------|------------------------|--|----------------------------|------------------------|
| APF-1.6               | Cumple: 100%           | <b>Elementos Medibles APF-1.6</b>  | <b>Unidad de Farmacia*</b> | * Farmacia Oncológica. |
|                       |                        | Se describen en documento(s) los procedimientos de preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos de acuerdo a la normativa vigente y se ha definido responsable(s) de su aplicación. |                            |                        |
|                       |                        | Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.   |                            |                        |
|                       |                        | Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.  |                            |                        |

## SERVICIOS DE APOYO - FARMACIA (APF)

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

### APF 1.7

#### Característica

La elaboración, almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral se realiza bajo condiciones seguras para los pacientes.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN    | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|---------------------------|---------------|
| APF-1.7               | Cumple: 100%           | <b>Elementos Medibles APF-1.7</b>   | <b>Unidad de Farmacia</b> |               |
|                       |                        | Se describe en documento(s) el procedimiento de preparación, almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral, acorde a la normativa vigente y se ha definido responsable(s) de su aplicación. |                           |               |
|                       |                        | Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.  |                           |               |
|                       |                        | Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.   |                           |               |

## SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN (APE)

## SERVICIOS DE APOYO - ESTERILIZACIÓN (APE)

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

### Componente APE

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

### APE 1.1

#### Característica

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

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



## SERVICIOS DE APOYO - ESTERILIZACIÓN (APE)

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

### APE 1.3

#### Característica

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

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



## SERVICIOS DE APOYO - ESTERILIZACIÓN (APE)

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

### APE 1.5

#### Característica

La Desinfección de Alto Nivel (DAN) se realiza de acuerdo a normas técnicas vigentes en la materia y se evalúa su cumplimiento.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN              | OBSERVACIONES   |
|-----------------------|------------------------|---|-------------------------------------|---|
| APE-1.5               | Cumple: $\geq 66\%$    | <b>Elementos Medibles APE-1.5</b>   | <b>Servicio de Esterilización *</b> | * Sala de DAN.<br>** Comité de IIH en caso de Servicio de Esterilización externalizado. |
|                       |                        | Se describe en un documento elaborado por el Servicio de Esterilización** el procedimiento de desinfección de alto nivel. |                                     |   |
|                       |                        | Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.  |                                     |   |
|                       |                        | Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.   |                                     |   |

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

## SERVICIOS DE APOYO - TRANSPORTE DE PACIENTES (APT)

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

### Componente APT

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

## APT 1.1

### Característica

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

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

## SERVICIOS DE APOYO - TRANSPORTE DE PACIENTES (APT)

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

### APT 1.2

#### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                          | OBSERVACIONES               |
|-----------------------|------------------------|---|---|-----------------------------|
| APT-1.2               | Cumple: 100%           | <p><b>Elementos Medibles APT-1.2</b></p> <p>Se describe en documento(s) de carácter institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipos de móvil, su equipamiento y personal.</li> <li>- Procedimientos relacionados con la fijación y disposición del paciente y acompañantes en el móvil.</li> <li>- Procedimiento de entrega de pacientes al centro receptor y límites de responsabilidad establecidos.</li> </ul> <p>Se constata:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema de fijación y disposición del paciente en el móvil.</li> <li>- Condición de operación de equipamiento de soporte(de acuerdo a complejidad del móvil).</li> <li>- Condiciones operativas del móvil.*</li> </ul> | <p><b>Unidad de Transporte de Pacientes</b></p> | * Revisión Técnica Vigente. |

## UNIDAD DE DIÁLISIS (APD)

## SERVICIOS DE APOYO - DIÁLISIS (APD)

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

### Componente APD

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

### APD 1.1

#### Característica

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

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

## SERVICIOS DE APOYO - DIÁLISIS (APD)

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

### APD 1.2

#### Característica

El prestador institucional aplica protocolos y normas actualizadas de las prácticas clínicas relevantes para la seguridad de los pacientes que reciben tratamiento de peritoneodiálisis y/o hemodiálisis y dispone de registros estandarizados.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN    | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|---------------------------|---------------|
| APD-1.2               | Cumple: $\geq 66\%$    | <b>Elementos Medibles APD-1.2</b><br><br>Se describe en documentos elaborados por la Unidad de Diálisis:<br><ul style="list-style-type: none"><li>- Procedimientos de hemodiálisis.</li><li>- Procedimiento de peritoneodiálisis.</li><li>- Sistema estandarizado de registros de los procedimientos de hemodiálisis.</li></ul> Y se han definido los responsables de su aplicación.<br><br>Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.<br><br>Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica. | <b>Unidad de Diálisis</b> |               |

## SERVICIOS DE APOYO - DIÁLISIS (APD)

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

### APD 1.3

#### Característica

El prestador institucional aplica protocolos y normas actualizadas de las prácticas clínicas relevantes para prevenir infecciones asociadas a peritoneodiálisis y/o hemodiálisis y evalúa su cumplimiento.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN           | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|----------------------------------|---------------|
| APD-1.3               | Cumple: ≥ 66%          | <p><b>Elementos Medibles APD-1.3</b></p> <p>Se describe en documentos elaborados por la Unidad de Diálisis:</p> <p>El Programa de capacitación a pacientes y/o familiares en peritoneodiálisis.</p> <p>Los procedimientos relacionados con :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo de pacientes con infecciones virales.</li> <li>- Reutilización de dializadores y líneas.</li> <li>- Desinfección de monitores.</li> <li>- Manejo de accesos vasculares.</li> </ul> <p>Y se han definido los responsables de su aplicación.</p> | <p><b>Unidad de Diálisis</b></p> |               |
|                       |                        | Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.  |                                  |               |
|                       |                        | Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.   |                                  |               |

## SERVICIOS DE APOYO - DIÁLISIS (APD)

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

### APD 1.4

#### Característica

Se ejecuta un programa de control de calidad del agua tratada para hemodiálisis.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN           | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|----------------------------------|---------------|
| APD-1.4               | Cumple: $\geq 66\%$    | <p><b>Elementos Medibles APD-1.4</b></p> <p>Existe un documento elaborado por la Unidad de Diálisis que describe el programa de control de calidad del agua tratada de la unidad que incluye descripción del procedimiento y periodicidad de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medición de la calidad del agua tratada para hemodiálisis y reutilización de dializadores.</li> <li>- Controles externos químico y microbiológico del agua tratada para hemodiálisis y reutilización de dializadores.</li> <li>- Controles externos microbiológicos del agua tratada en llave de alimentación de monitores de diálisis y en líquido de diálisis después del dializador.</li> </ul> <p>Se han definido los responsables de su aplicación.</p> | <p><b>Unidad de Diálisis</b></p> |               |
|                       |                        | Se constata cumplimiento de control de calidad según regulación vigente.  |                                  |               |
|                       |                        | Existe constancia de acciones de mejora en caso de que los controles excedan los límites permitidos.  |                                  |               |

## SERVICIO DE RADIOTERAPIA (APR)

## SERVICIOS DE APOYO - RADIOTERAPIA (APR)

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

### Componente APR

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

### APR 1.1

#### Característica

Los procedimientos de Radioterapia contratados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

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

## SERVICIOS DE APOYO - RADIOTERAPIA (APR)

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

### APR 1.2

#### Característica

El prestador institucional aplica protocolos actualizados respecto a los procedimientos de Radioterapia.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN          | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|--|---------------------------------|---------------|
| APR-1.2               | Cumple: 100%           | <b>Elementos Medibles APR-1.2</b>  | <b>Servicio de Radioterapia</b> |               |
|                       |                        | Se describe en documento(s) elaborados por el Servicio de Radioterapia los procedimientos relacionados con: <ul style="list-style-type: none"><li>- Planificación.</li><li>- Simulación.</li><li>- Aplicación de teleterapia y braquiterapia.</li></ul> Se han definido los responsables de su aplicación. |                                 |               |
|                       |                        | Se constata, mediante revisión de registros, que se han realizado los procedimientos de acuerdo a lo estipulado.   |                                 |               |

## SERVICIOS DE APOYO - RADIOTERAPIA (APR)

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

### APR 1.3

#### Característica

El prestador institucional cuenta con un sistema de control de calidad de los procedimientos de Radioterapia.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN   | OBSERVACIONES  |
|-----------------------|------------------------|--|--------------------------|--|
| APR-1.3               | Cumple: $\geq 66\%$    | <p><b>Elementos Medibles APR-1.3</b></p> <p>Se describe en documento(s) elaborado por el Servicio de Radioterapia el sistema de control de calidad de la radioterapia, con los siguientes contenidos mínimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aseguramiento de dosis: funcionamiento normal del acelerador lineal mediante chequeo diario, mensual y anual de dosis, simetría y plenitud.</li> <li>- Vigencia de elemento radioactivo en telecobaltoterapia*.</li> <li>- Posicionamiento de pacientes.</li> <li>- Braquiterapia.</li> </ul> <p>Se han definido los responsables de su aplicación.</p> | Servicio de Radioterapia | * Vigencia de cobalto instalado de hasta 5 años como máximo. |
|                       |                        | Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.   |                          |  |
|                       |                        | Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.  |                          |  |
|                       |                        |  |                          |  |

## SERVICIOS DE APOYO - RADIOTERAPIA (APR)

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

### APR 1.4

#### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN   | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|--------------------------|---------------|
| APR-1.4               | Cumple: $\geq 75\%$    | <p><b>Elementos Medibles APR-1.4</b></p> <p>Se describen en documento(s) elaborado por el Servicio de Radioterapia, las características de los registros clínicos que contempla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsables del llenado y contenidos mínimos a llenar por cada registro.</li> <li>- Legibilidad.</li> </ul> <p>Debe incluir al menos los registros de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación.</li> <li>- Simulación.</li> <li>- Evolución clínica diaria que considera registro de tiempo y dosis de exposición.</li> <li>- Epicrisis.</li> </ul> | Servicio de Radioterapia |               |
|                       |                        | Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.  |                          |               |
|                       |                        | Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.   |                          |               |
|                       |                        | Se constata legibilidad y contenidos mínimos de evolución diaria.   |                          |               |

## SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA (APA)



POR UNA SALUD FUERTE

SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD



GOBIERNO DE CHILE

## SERVICIOS DE APOYO - ANATOMÍA PATOLÓGICA (APA)

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

### Componente APA

Los servicios de Anatomía Patológica aportan resultados confiables y oportunos.

## APA 1.1

### Característica

Los exámenes de Anatomía Patológica comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

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

## SERVICIOS DE APOYO - ANATOMÍA PATOLÓGICA (APA)

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

### APA 1.2

#### Característica

El Servicio de Anatomía Patológica aplica procedimientos explícitos y evalúa sistemáticamente los procesos de la etapa pre-analítica.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                 | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|--|---------------|
| APA-1.2               | Cumple: $\geq 66\%$    | <b>Elementos Medibles APA-1.2</b><br><br>Se describe en un documento elaborado por la unidad:<br><ul style="list-style-type: none"><li>- Datos mínimos que debe contener la solicitud de estudio anatomopatológico.</li><li>- Obtención de muestras:<ul style="list-style-type: none"><li>- Criterios generales.</li><li>- Rotulación.</li></ul></li><li>- Traslado de muestras.</li><li>- Criterios de rechazo de muestras.</li></ul> Y se han definido los responsables de su aplicación. | <b>Servicio de Anatomía Patológica</b> |               |
|                       |                        | Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.  |  |               |
|                       |                        | Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.   |  |               |

## SERVICIOS DE APOYO - ANATOMÍA PATOLÓGICA (APA)

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

### APA 1.3

#### Característica

El Servicio de Anatomía Patológica aplica procedimientos explícitos y evalúa sistemáticamente los procesos de las etapas analítica y post analítica.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN          | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|---------------------------------|---------------|
| APA-1.3               | Cumple: 100%           | <p><b>Elementos Medibles APA-1.3</b></p> <p>Se describe en documento(s) elaborado por el Servicio de Anatomía Patológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asignación de responsabilidad respecto a la realización de los exámenes, la validación de resultados y la entrega de informes, incluyendo biopsias rápidas.</li> <li>- Procedimiento de respaldo de los informes, láminas histológicas y tacos.</li> <li>- Técnicas de procesamiento de muestras.</li> <li>- Protocolo de control de calidad.</li> <li>- Plazos de entrega de resultados de los exámenes.</li> </ul> <p>Se han definido los responsables de su aplicación.</p> | Servicio de Anatomía Patológica |               |
|                       |                        | Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento. Al menos debe incluir indicador relacionado a control de calidad interno.  |                                 |               |
|                       |                        | Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.   |                                 |               |

## SERVICIOS DE APOYO - ANATOMÍA PATOLÓGICA (APA)

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

### APA 1.4

#### Característica

El Servicio de Anatomía Patológica asegura las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                 | OBSERVACIONES          |
|-----------------------|------------------------|--|--|------------------------|
| APA-1.4               | Cumple: 100%           | <b>Elementos Medibles APA-1.4</b>  | <b>Servicio de Anatomía Patológica</b> | * Xilol, Formaldehído. |
|                       |                        | Se describen en un documento las condiciones de bioseguridad en la Unidad, que incluyen al menos: precauciones estándar, manejo de desechos orgánicos y almacenamiento de sustancias peligrosas. |  |                        |
|                       |                        | Se constata: almacenamiento de sustancias peligrosas* de acuerdo a procedimiento local.  |  |                        |

## UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA (APQ)

## SERVICIOS DE APOYO - QUIMIOTERAPIA (APQ)

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

### Componente APQ

El prestador institucional provee condiciones que garantizan la seguridad de los procedimientos de Quimioterapia.

### APQ 1.1

#### Característica

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

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

## SERVICIOS DE APOYO - QUIMIOTERAPIA (APQ)

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

### APQ 1.2

#### Característica

El prestador institucional aplica protocolos actualizados y sistemas de registros específicos para las prácticas relacionadas con Quimioterapia.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN         | OBSERVACIONES   |
|-----------------------|------------------------|--|--------------------------------|---|
| APQ-1.2               | Cumple: 100%           | <b>Elementos Medibles APQ-1.2</b>  | <b>Unidad de Quimioterapia</b> | * Se aceptarán los protocolos vigentes de PINDA y PANDA cuando sean aplicables. |
|                       |                        | Se describe en documentos:<br>Protocolos de tratamiento de quimioterapia.* |                                |   |
|                       |                        | Procedimiento de registro para las atenciones de quimioterapia.            |                                |   |
|                       |                        | Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.                         |                                |   |
|                       |                        | Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.          |                                |   |

## SERVICIOS DE APOYO - QUIMIOTERAPIA (APQ)

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

### APQ 1.3

#### Característica

El prestador institucional aplica procedimientos actualizados y ejecuta un programa de supervisión periódica de las prácticas relacionadas con Quimioterapia y realiza vigilancia de las infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN  | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|--|---|---------------|
| APQ-1.3               | Cumple: 100%           | <p data-bbox="478 513 655 570"><b>Elementos Medibles APQ-1.3</b></p> <p data-bbox="401 623 726 708">Se describen en documentos de carácter institucional los procedimientos relacionados con:</p> <ul data-bbox="401 727 726 1057" style="list-style-type: none"> <li>- Administración de medicamentos antineoplásicos.</li> <li>- Disposición y eliminación de desechos de medicamentos antineoplásicos y residuos contaminados.</li> <li>- Instalación y manejo de procedimientos invasivos relacionados con quimioterapia.</li> <li>- Vigilancia de infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales.</li> </ul> <p data-bbox="401 1076 726 1133">Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.</p> <p data-bbox="401 1153 726 1209">Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.</p> | <p data-bbox="764 513 890 570"><b>Unidad de Quimioterapia</b></p> |               |

## SERVICIO DE IMAGENOLÓGÍA (API)

## SERVICIOS DE APOYO - IMAGENOLOGÍA (API)

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

### Componente API

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

## API 1.1

### Característica

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

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

## SERVICIOS DE APOYO - IMAGENOLÓGÍA (API)

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

### API 1.2

#### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                 | OBSERVACIONES   |
|-----------------------|------------------------|--|--|---|
| API-1.2               | Cumple: $\geq 66\%$    | <p><b>Elementos Medibles API-1.2</b></p> <p>Con respecto a los exámenes imagenológicos que involucran procedimientos invasivos, uso de medio de contraste, sedación y/o anestesia, se describe en un documento elaborado por la unidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El procedimiento imagenológico.*</li> <li>- Protocolo de sedación y/o anestesia.</li> <li>- Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenosos, sedación y /o anestesia.</li> </ul> <p>Se han definido los responsables de su aplicación.</p> | <p><b>Servicio de Imagenología</b></p> | <p>* Cuando está involucrado un procedimiento invasivo.</p> |
|                       |                        | Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.   |  |   |
|                       |                        | Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.  |  |   |

## SERVICIOS DE APOYO - IMAGENOLÓGÍA (API)

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

### API 1.3

#### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                                |                                   |                                       |                            | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|---|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------|
| API-1.3               | Cumple: ≥ 66%          | <p><b>Elementos Medibles API-1.3</b></p> <p>Se describe en documentos elaborados por el Servicio de Imagenología:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los requisitos que deben cumplir las solicitudes de exámenes.</li> <li>2. Las indicaciones que deben entregarse a los pacientes antes y después de los procedimientos imagenológicos según corresponda.</li> </ol> <p>Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.</p> <p>Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.</p> | <p><b>Servicio de Imagenología</b></p> <p>1<br/>2</p> | <p><b>UPC Adulto</b></p> <p>1</p> | <p><b>Medicina</b></p> <p>1<br/>2</p> | <p><b>URG</b></p> <p>1</p> |               |

## SERVICIO DE KINESIOTERAPIA (APK)

## SERVICIOS DE APOYO - KINESIOTERAPIA (APK)

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

### Componente APK

El prestador institucional provee condiciones que garantizan la seguridad de los procedimientos de Kinesioterapia y Rehabilitación Kinésica.

## APK 1.1

### Característica

Los procedimientos de Kinesioterapia y Rehabilitación Kinésica comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

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

## SERVICIOS DE APOYO - KINESIOTERAPIA (APK)

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

### APK 1.2

#### Característica

El prestador institucional resguarda la seguridad de la atención en la aplicación de kinesioterapia respiratoria.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN   |         |         |           | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|--|--------------------------|---------|---------|-----------|---------------|
|                       |                        |  | Unidad de Kinesioterapia | UPC Ad. | UPC Ped | Pediatría |               |
| APK-1.2               | Cumple: $\geq$ 75%     | <p><b>Elementos Medibles APK-1.2</b></p> <p>Se describen en un documento elaborado por la Unidad de Kinesioterapia:</p> <p>Los requisitos de preparación del paciente previo a la ejecución de procedimientos de kinesioterapia respiratoria.</p> <p>Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.</p> <p>Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.</p> |                          |         |         |           |               |

## SERVICIOS DE APOYO - KINESIOTERAPIA (APK)

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

### APK 1.3

#### Característica

El prestador institucional resguarda la seguridad de la atención en la aplicación de rehabilitación kinésica.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN          | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|--|---------------------------------|---------------|
| APK-1.3               | Cumple: $\geq$ 66%     | <b>Elementos Medibles APK-1.3</b>  | <b>Unidad de Kinesioterapia</b> |               |
|                       |                        | Se describen en un documento elaborado por la Unidad de Kinesioterapia:<br>Contraindicaciones para ejecución de procedimientos específicos.<br>Prevención de eventos adversos relacionados con la rehabilitación kinésica. |                                 |               |
|                       |                        | Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.   |                                 |               |
|                       |                        | Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.  |                                 |               |

## UNIDAD DE MEDICINA TRANSFUSIONAL (APT<sub>r</sub>)

## SERVICIOS DE APOYO - MEDICINA TRANSFUSIONAL (APTr)

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

### APTr 1.1

#### Componente APTr

El prestador institucional provee condiciones que garantizan la calidad de los componentes sanguíneos.

#### Característica

Los servicios de Medicina Transfusional comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

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

## SERVICIOS DE APOYO - MEDICINA TRANSFUSIONAL (APTr)

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

### APTr 1.2

#### Característica

Se aplican procedimientos para que las transfusiones cumplan las condiciones necesarias para la seguridad de los pacientes.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                         | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|--|---------------|
| APTr-1.2              | Cumple: 100%           | <p><b>Elementos Medibles APTr-1.2</b></p> <p>Se describen en documentos elaborados por la Unidad los siguientes procedimientos relacionados con el proceso de transfusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinación de grupos A, B, 0 y Rh - D y detección de anticuerpos irregulares (todos aquellos con significación clínica)</li> <li>- Eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión.</li> <li>- Condiciones de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos.</li> <li>- Gestión del stock.</li> <li>- Estudios de compatibilidad donante / paciente.</li> <li>- Control A, B, 0 y Rh –D pre-transfusional.</li> <li>- Administración de transfusiones.</li> <li>- Vigilancia activa de eventos adversos asociados a las transfusiones de componentes sanguíneos.</li> </ul> <p>Y se han definido los responsables de su aplicación.</p> | <p><b>Unidad de Medicina Transfusional</b></p> |               |
|                       |                        | Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.  |  |               |
|                       |                        | Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.   |  |               |
|                       |                        | <p>Se constata la existencia y vigencia de los siguientes registros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Calificación inmuno-hematológica.</li> <li>- Temperatura de almacenamiento y transporte de componentes sanguíneos.</li> <li>- Eliminación de componentes sanguíneos.</li> <li>- Estudios de compatibilidad.</li> <li>- Unidades de componentes sanguíneos transfundidos.</li> </ul>   |  |               |

## SERVICIOS DE APOYO - MEDICINA TRANSFUSIONAL (APTr)

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

### APTr 1.3

#### Característica

El prestador institucional utiliza un sistema de registro que asegura la trazabilidad de los componentes sanguíneos.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                  | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|---|---------------|
| APTr-1.3              | Cumple: 100%           | <b>Elementos Medibles APTr-1.3</b>  | <b>Unidad de Medicina Transfusional</b> |               |
|                       |                        | Existe un sistema de registro establecido de los componentes sanguíneos que permita su trazabilidad o seguimiento inequívoco desde el donante que lo origina hasta el receptor del componente específico. |   |               |
|                       |                        | Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos.  |   |               |
|                       |                        | Se constata trazabilidad de los componentes sanguíneos.   |   |               |

## UNIDAD DE DONANTES DE SANGRE (APDs)

## SERVICIOS DE APOYO - ATENCIÓN DE DONANTES (APDs)

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

### APDs1.1

#### Componente APDs

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

#### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                       | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|--|---------------|
| APDs-1.1              | Cumple: $\geq 66\%$    | <p><b>Elementos Medibles APDs-1.1</b></p> <p>Se describen en documentos elaborados por la Unidad los procedimientos de donación de sangre que abordan los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación y codificación del donante.</li> <li>- Selección del donante.</li> <li>- Obtención de consentimiento informado.</li> <li>- Extracción de sangre.</li> <li>- Transporte de bolsas de sangre.</li> <li>- Manejo de eventos adversos asociado a la donación.</li> </ul> <p>Y se han definido los responsables de su aplicación.</p> | <p><b>Unidad de Atención de Donantes</b></p> |               |
|                       |                        | Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.  |  |               |
|                       |                        | Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.   |  |               |

## SERVICIOS DE APOYO - ATENCIÓN DE DONANTES (APDs)

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

### APDs1.2

#### Característica

El prestador institucional utiliza un sistema de registro que asegura la trazabilidad de los componentes sanguíneos.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|---------------------------------------|---------------|
| APDs-1.2              | Cumple: 100%           | <b>Elementos Medibles APDs-1.2</b>  | <b>Unidad de Atención de Donantes</b> |               |
|                       |                        | Existe un sistema de registro establecido de los componentes sanguíneos que permita su trazabilidad o seguimiento inequívoco desde el donante que lo origina hasta el receptor del componente específico. |                                       |               |
|                       |                        | Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos.  |                                       |               |
|                       |                        | Se constata trazabilidad de los componentes sanguíneos.   |                                       |               |

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

**CENTRO DE SANGRE (APCs)**



## SERVICIOS DE APOYO - CENTRO DE SANGRE (APCs)

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

### APCs1.1

#### Componente APCs

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

#### Característica

Los servicios y productos del Centro de Sangre recibidos de terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES  | PUNTOS DE VERIFICACIÓN                    |  | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|--|---|--|---------------|
| APCs-1.1              | Cumple: 100%           | <b>Elementos Medibles APCs-1.1</b>   | <b>Dirección o gerencia del prestador</b> |  |               |
|                       |                        | Se constata que los productos recibidos provienen solamente de terceros acreditados. |   |  |               |

## SERVICIOS DE APOYO - CENTRO DE SANGRE (APCs)

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

### APCs1.2

#### Característica

El Centro de Sangre aplica procedimientos para la entrega de productos seguros y efectivos.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|------------------------|---------------|
| APCs-1.2              | Cumple: 100%           | <p><b>Elementos Medibles APCs-1.2</b></p> <p>En documentos elaborados por la Unidad se describe lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procedimiento de preparación de hemocomponentes.</li> <li>- Procedimiento y criterios de eliminación de bolsas de sangre no aptas para la producción.</li> <li>- Procedimiento y criterios de eliminación de hemocomponentes no aptos para transfusión.</li> <li>- Calificación microbiológica de las unidades de sangre donadas.</li> <li>- Calificación inmunohematológica de las unidades de sangre donadas.</li> <li>- Procedimiento de liberación y etiquetado de unidades producidas.</li> <li>- Almacenamiento y gestión de stock.</li> <li>- Transporte de hemocomponentes.</li> </ul> <p>Y se han definido los responsables de su aplicación.</p> | Centro de Sangre       |               |
|                       |                        | Se han definido indicador y umbral de cumplimiento.   |                        |               |
|                       |                        | Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.   |                        |               |

## SERVICIOS DE APOYO - CENTRO DE SANGRE (APCs)

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

### APCs1.3

#### Característica

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

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN  | OBSERVACIONES                 |
|-----------------------|------------------------|---|-------------------------|-------------------------------|
| APCs-1.3              | Cumple: 100%           | <b>Elementos Medibles APCs-1.3</b><br><br>Existen registros de participación en Programas de Evaluación Externa de la Calidad en las prestaciones correspondientes.*<br><br>Se documenta análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo. | <b>Centro de Sangre</b> | * Calificación microbiológica |

## SERVICIOS DE APOYO - CENTRO DE SANGRE (APCs)

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

### APCs1.4

#### Característica

El prestador institucional utiliza un sistema de registro que asegura la trazabilidad de componentes sanguíneos.

| CÓDIGO CARACTERÍSTICA | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO | VERIFICADORES   | PUNTOS DE VERIFICACIÓN  | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------------|---|-------------------------|---------------|
| APCs-1.4              | Cumple: 100%           | <b>Elementos Medibles APCs-1.4</b>  | <b>Centro de Sangre</b> |               |
|                       |                        | Existe un sistema de registro establecido de los componentes sanguíneos que permita su trazabilidad o seguimiento inequívoco desde el donante que lo origina hasta el receptor del componente específico. |                         |               |
|                       |                        | Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos.  |                         |               |
|                       |                        | Se constata trazabilidad de los componentes sanguíneos.   |                         |               |