

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

Ministerio de Salud

Subsecretaría de Redes Asistenciales

INDICE

I. Contenidos y Estructura del Manual:.....	3
1. Consideraciones generales.....	3
2. Sobre el Informe de Autoevaluación	3
3. Concepto de ámbito, componentes y características.....	3
II. Instrucciones y Criterios a emplear por las Entidades Acreditadoras.....	4
III. Reglas de Decisión	5
IV. Ambitos, Componentes y Características.....	11
1° AMBITO: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP).....	12
2° AMBITO GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL).....	13
3° AMBITO GESTIÓN CLINICA (GC)	14
4° AMBITO ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC).....	16
5° AMBITO COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)	17
6° AMBITO REGISTROS (REG).....	18
7° AMBITO SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ).....	19
8° AMBITO SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)	20

ANEXOS:

Ámbito de Servicios de Apoyo.....	Anexo 1
Glosario y Abreviaturas utilizadas.....	Anexo 2
Pauta de Cotejo	Anexo 3

I. Contenidos y Estructura del Manual

1. Consideraciones generales:

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

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

- Respeto a la dignidad del paciente
- Gestión de la calidad
- Gestión clínica.
- Acceso, oportunidad y continuidad de la atención
- Competencias del recurso humano
- Registros
- Seguridad del equipamiento
- Seguridad de las instalaciones
- Servicios de apoyo.

El Anexo 1, sobre el Ámbito de Servicios de Apoyo, el Anexo 2, sobre Glosario y Abreviaturas, y, el Anexo 3, sobre Pauta de Cotejo, deben entenderse, para todos los efectos, como parte integrante de los contenidos del presente Manual.

2. Sobre el Informe de Autoevaluación:

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

3. Concepto de ámbito, componentes, características y verificadores.

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

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

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

- *Los pacientes son informados sobre las características de los procedimientos a los que serán sometidos, incluyendo sus potenciales riesgos y se les solicita su consentimiento previo a su ejecución.*
- *Respecto de los pacientes que participan en investigaciones desarrolladas en la institución, se aplican procedimientos para resguardar su derecho al consentimiento, la seguridad y la confidencialidad.*
- *La institución cautela que las actividades docentes de pregrado no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los pacientes.*
- *El prestador institucional somete formalmente a evaluación ética las situaciones o eventos de esa índole que afectan la atención de los pacientes.*

Las **características** desagregan el componente en espacios menores de análisis en la evaluación. Son los requerimientos específicos de gestión sanitaria que se evalúan en cada componente, especificando lo que se busca evaluar. Siguiendo con el ejemplo, el componente *“El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno”* se descompone en las siguientes características:

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

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

II. Instrucciones y Criterios para las Entidades Acreditadoras

1. Instrucciones generales

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

La evaluación considera tanto una medición contemporánea, es decir al momento de la evaluación, como retrospectiva¹. El **alcance retrospectivo** de las mediciones abarcará el período de 6 meses anteriores al proceso de evaluación de la respectiva acreditación.. Una vez acreditado el prestador, el alcance retrospectivo en el siguiente proceso de acreditación será de tres años.

¹ Requiere contar con la permanencia de los elementos medibles por todo el periodo de tiempo evaluado en la acreditación.

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

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

2. Interpretación de las normas contenidas en este Manual

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

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

III. Reglas de Decisión

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

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

- a. Si se tratare de prestadores institucionales que, de conformidad con los criterios señalados en los Artículos 32 y 34 del D.S. N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, hubieren sido calificados como de **Alta o Mediana Complejidad** deberá haber dado, en todo caso, debido y obligatorio cumplimiento a las siguientes características, si le fueren aplicables:

Ámbito	Característica	
Respeto a la Dignidad del Paciente	DP 2.1	Se utilizan documentos específicos para el otorgamiento del consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo.
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	Existe una política explícita de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.
	CAL 1.2	Existe un responsable de coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en las Unidades, y se definen metas de calidad anuales en dichas unidades.
Gestión Clínica	GCL 1.1	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación pre - anestésica.
	GCL 1.5	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Criterios de ingreso y egreso a unidades de paciente crítico.
	GCL 1.7	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión.
	GCL 1.11	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.
	GCL 1.12	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Proceso de identificación del paciente.
	GCL 2.1	Se aplican medidas de prevención de los eventos adversos asociados a la atención: Prevención de eventos adversos asociados a procesos quirúrgicos.
	GCL 2.2	Se aplican medidas de prevención de los eventos adversos (EA) asociados a la atención: Prevención de eventos adversos asociados a procesos asistenciales.
	GCL 3.2	El establecimiento cuenta con un sistema de vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) que cumple con la normativa nacional.
	GCL 3.3	Se realizan actividades de supervisión que dan cuenta del cumplimiento de la normativa de Control y Prevención de las IIH.
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	Se utilizan procedimientos explícitos para proveer atención inmediata a los pacientes en situaciones de emergencia con riesgo vital dentro de la institución.
	AOC 1.2	El prestador institucional utiliza un sistema de priorización de la atención de urgencia.
	AOC 1.3	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.

Competencias del Recurso Humano	RH 1.1	Los profesionales médicos y cirujanos dentistas que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.
	RH 1.2	Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.
Registros	REG 1.1	El prestador institucional cuenta con ficha clínica única individual
Seguridad del Equipamiento	EQ 2.1	Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.
Seguridad de las Instalaciones	INS 1.1	El prestador institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo.
Servicios de Apoyo	APL 1.4	El laboratorio participa en un Programa de Control de Calidad Externo acorde a la normativa vigente.
	APL 1.5	El Laboratorio asegura las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso
	APF 1.3	Se mantiene un stock mínimo de medicamentos e insumos predefinido en las unidades de pacientes de mayor riesgo.
	APE 1.2	Las etapa de lavado, preparación y esterilización propiamente tal se realizan en forma centralizada
	APE 1.3	El material es procesado de acuerdo a métodos de esterilización basados en las normas técnicas vigentes en la materia y se evalúa su cumplimiento
	APD 1.2	El prestador aplica protocolos y normas actualizadas de las prácticas clínicas relevantes para la seguridad de los pacientes que reciben tratamiento de peritoneodiálisis y/o hemodiálisis y dispone de registros estandarizados.
	APA 1.2	El servicio de anatomía patológica aplica procedimientos explícitos y evalúa sistemáticamente los procesos de la etapa pre-analítica.
	APQ 1.3	El prestador 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.
	API 1.2	Los procedimientos imagenológicos que conllevan riesgo para los pacientes se realizan en condiciones seguras.
	APDs 1.2	El prestador institucional utiliza un sistema de registro que asegura la trazabilidad de componentes sanguíneos.

- b. Si se tratare de prestadores institucionales que, de conformidad con los criterios señalados en los Artículos 32 y 34 del D.S. N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, hubieren sido calificados como de **Baja Complejidad** deberá haber dado, en todo caso, debido y obligatorio cumplimiento a las siguientes características, si le fueren aplicables

Ámbito	Característica	
Respeto a la Dignidad del Paciente	DP 1.1.	Instrumento de difusión de derechos de los pacientes
	DP 2.1	Se utilizan documentos específicos para el otorgamiento del consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo.
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	Existe una política explícita de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.
Gestión Clínica	GCL 1.1	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación pre - anestésica.
	GCL 1.12	Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Proceso de identificación del paciente.
	GCL 3.1	Comité de Infecciones Intrahospitalarias
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	Se utilizan procedimientos explícitos para proveer atención inmediata a los pacientes en situaciones de emergencia con riesgo vital dentro de la institución.
	AOC 2.1	Sistema de derivación de pacientes
Competencias del Recurso Humano	RH 1.1	Los profesionales médicos y cirujanos dentistas que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.
	RH 1.2	Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.
Registros	REG 1.1	El prestador institucional cuenta con ficha clínica única individual
Seguridad de las Instalaciones	INS 3.2	Plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico y de agua potable.

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

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

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

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

a. Si el prestador institucional aspirare a su primera acreditación, se le exigirá:

- i. Para acreditar: el cumplimiento del 50% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;
- ii. Para acreditar con observaciones: haber cumplido todas las características obligatorias, según su complejidad y las reglas precedentes.

b. Si el prestador hubiere sido previamente acreditado por el umbral señalado en la letra a.i.) y aspirare a una segunda acreditación, se le exigirá:

- i. Para acreditar: el cumplimiento del 70% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;
- ii. Para acreditar con observaciones: el cumplimiento del 50% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación.

c. Si el prestador hubiere sido precedentemente acreditado por haber cumplido el umbral señalado en la letra b.i.) precedente y aspirare a una tercera acreditación, se le exigirá:

- i. Para acreditar: el cumplimiento del 95% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;

- ii. Para acreditar con observaciones: el cumplimiento del 70% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación.

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

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

IV. Ámbitos, Componentes y Características para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada

1ª AMBITO: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

2ª AMBITO: GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

3ª AMBITO: GESTIÓN CLINICA (GC)

4ª AMBITO: ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)

5ª AMBITO: COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

6ª AMBITO: REGISTROS (REG)

7ª AMBITO: SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

8ª AMBITO: SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

1ª AMBITO: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

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

Componente DP-1: El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno.

Características:

DP 1.1 Existe una definición de derechos explícitos, que se incorporan a las obligaciones jurídicas que la institución adquiere para con cada uno de sus pacientes, y que es informada por medios constatables:

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

DP 1.3 Se evalúa el efectivo respeto de los derechos de los pacientes, incluyendo mediciones de la percepción de los pacientes y demás usuarios.

Componente DP-2: Los pacientes son informados sobre las características de los procedimientos a los que serán sometidos, incluyendo sus potenciales riesgos, y se les solicita su consentimiento para someterse a ellos previo a su ejecución.

Característica

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

Componente DP-3: Respecto de los pacientes que participan en investigaciones en seres humanos desarrolladas en la institución, se aplican procedimientos para resguardar su derecho al consentimiento, la seguridad y la confidencialidad.

Característica

DP 3.1 Las investigaciones en seres humanos en las que participa la institución han sido previamente evaluadas y aprobada su ejecución por un comité de ética.

Componente DP-4 El prestador institucional cautela que las actividades docentes de pregrado que se realizan en ella no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los pacientes.

Características

DP 4.1 Las actividades docentes de pre-grado se regulan mediante convenios docente asistenciales y un marco reglamentario suficiente, que vela por proteger la seguridad de los pacientes, el respeto a los derechos y demás condiciones de

trato digno al usuario definidas por la institución, explicitando la precedencia de la actividad asistencial sobre la docente.

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

Componente DP-5 El prestador institucional somete formalmente a evaluación ética las situaciones o eventos de esa índole que afectan la atención de los pacientes.

Característica

DP 5.1 El prestador institucional dispone de, o tiene acceso a, un comité de ética donde se resuelven las materias de orden ético que se suscitan como consecuencia de la labor asistencial.

2ª AMBITO: GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

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

Componente CAL-1 El prestador institucional cuenta con políticas de calidad de nivel estratégico y una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de mejoría continua de la calidad.

Características

CAL 1.1 Existe una política explícita de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.

CAL 1.2 Existe un responsable de coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en las Unidades, y se definen metas de calidad anuales en dichas unidades.

3ª AMBITO: GESTIÓN CLINICA (GC)

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

Componente GCL-1 El prestador institucional cuenta con un sistema de evaluación de las prácticas clínicas.

Características

- GCL 1.1** Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación pre - anestésica.
- GCL 1.2** Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Atención de enfermería.
- GCL 1.3** Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación y manejo del dolor agudo.
- GCL 1.4** Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Reanimación cardiopulmonar.
- GCL 1.5** Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Criterios de ingreso y egreso a unidades de paciente crítico.
- GCL 1.6** Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de cesárea.
- GCL 1.7** Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión.
- GCL 1.8** Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Decisiones de tratamiento oncológico.
- GCL 1.9** Se aplica un programa de evaluación y mejoría de la contención física de pacientes en agitación psicomotora, para prevenir eventos adversos asociados a su uso.
- GCL 1.10** Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio.
- GCL 1.11** Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.
- GCL 1.12** Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Proceso de identificación del paciente.

GCL 1.13 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Uso anticoagulantes orales.

Componente GCL-2 El prestador institucional cuenta con programas para prevenir y vigilar la ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a la atención de los pacientes

Características

GCL 2.1 Se aplican medidas de prevención de los eventos adversos asociados a la atención: Prevención de eventos adversos asociados a procesos quirúrgicos.

GCL 2.2 Se aplican medidas de prevención de los eventos adversos (EA) asociados a la atención: Prevención de eventos adversos asociados a procesos asistenciales.

GCL 2.3 Se realiza vigilancia de los eventos adversos² (EA) asociados a la atención

Componente GCL-3 El prestador institucional ejecuta un Programa de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias de acuerdo a orientaciones técnicas vigentes del MINSAL³

Característica

GCL 3.1 El prestador institucional cuenta con una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de prevención y control de las IIH.

GCL 3.2 El prestador institucional cuenta con un sistema de vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) que cumple con la normativa nacional.

GCL 3.3 Se realizan actividades de supervisión que dan cuenta del cumplimiento de la normativa de Control y Prevención de las IIH.

² 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.

³ 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.

4ª AMBITO: ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)

El prestador institucional posee una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus pacientes, en forma oportuna, expedita y coordinada, tomando en consideración prioridades dadas por la gravedad de los cuadros clínicos y la presencia de factores de riesgo⁴.

Componente AOC-1 La atención se realiza según criterios de acceso y oportunidad relacionados con la gravedad y el nivel de riesgo de los pacientes.

Características

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

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

AOC 1.3 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.

Componente AOC-2 El prestador institucional vela por la continuidad de la atención en aspectos relevantes para la seguridad de los pacientes.

Características

AOC 2.1 El prestador institucional dispone de un sistema de derivación de los pacientes que presentan urgencias que exceden su capacidad de resolución⁵.

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

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

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

5ª AMBITO: COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

Componente RH-1 Los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional están habilitados.

Características

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

Componente RH-2 El prestador institucional realiza actividades para asegurar que el personal que ingresa adquiera conocimientos generales y específicos acerca del funcionamiento y normas locales, con énfasis en materias que afectan la seguridad de los pacientes.

Características

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

Componente RH-3 El prestador institucional programa y prioriza la capacitación del personal que participa en atención directa de pacientes, en materias relevantes para su seguridad.

Característica

- RH 3.1** El prestador institucional incluye en su programa de capacitación temas relacionados con prevención y control de infecciones y reanimación cardiopulmonar. Todos ellos destinados al personal que participa en atención directa de pacientes.

Componente RH-4 El prestador institucional desarrolla acciones programadas de salud en su personal.

Características

RH 4.1 El prestador institucional ejecuta un programa de control de riesgos a exposiciones.

RH 4.2 El prestador institucional ejecuta acciones frente a accidentes laborales con material contaminado con sangre o fluidos corporales de riesgo y sustancias peligrosas.

RH 4.3 Se aplica un programa de vacunación del personal.

6ª AMBITO: REGISTROS (REG)

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

Componente REG-1 El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica.

Características

REG 1.1 El prestador institucional cuenta con ficha clínica única individual

REG 1.2 El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registros clínicos.

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

REG 1.4 Se aplican procedimientos establecidos para evitar pérdidas, mantener la integridad de los registros y su confidencialidad, por el tiempo establecido en la regulación vigente.

7ª AMBITO: SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

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

Componente EQ-1 Se aplica un procedimiento establecido para la adquisición y reposición del equipamiento en la institución, que vela por mantener la calidad de éste.

Características

EQ 1.1 El procedimiento establecido para la adquisición del equipamiento incluye la definición de sus responsables y considera la participación de los profesionales usuarios.

EQ 1.2 El prestador institucional conoce la vida útil y las necesidades de reposición del equipamiento crítico para la seguridad de los usuarios.

Componente EQ-2 Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidos a un programa de mantenimiento preventivo.

Características

EQ 2.1 Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.

EQ 2.2 Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes en las Unidades de Apoyo

Componente EQ-3 Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes son utilizados por personas autorizadas para su operación.

Característica

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

8ª AMBITO: SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

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

Componente INS-1 El prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de sus instalaciones.

Característica

INS1.1 El prestador institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo.

Componente INS-2 El prestador institucional cuenta con planes de emergencia frente a accidentes o siniestros, que permiten la evacuación oportuna de los usuarios y el personal.

Características

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

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

Componente INS-3 Las instalaciones relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidas a un programa de mantenimiento preventivo y se dispone de un plan de contingencias en caso de interrupción de servicios básicos.

Características

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

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