

MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA CENTROS DE DIÁLISIS



MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA CENTROS DE DIÁLISIS



POR UNA SALUD FUERTE

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD



CHILE

Manual del Estándar General
de Acreditación para
Centros de Diálisis

Superintendencia de Salud

Intendencia de Prestadores en Salud

ÍNDICE

I. Contenidos y Estructura del Manual	7
1. Consideraciones generales	7
2. Sobre el Informe de Autoevaluación	7
3. Concepto de Ámbito, Componentes, Características y Verificadores.	8
II. Instrucciones y Criterios a Emplear por las Entidades Acreditadoras	9
1. Instrucciones generales	9
2. Interpretación de las Normas Contenidas en este Manual	10
III. Reglas de Decisión	11
IV. Ámbitos, Componentes y Características	13
1 ^{er} ÁMBITO: RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)	14
2 ^o ÁMBITO: GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)	15
3 ^{er} ÁMBITO: GESTIÓN CLÍNICA (GCL)	16
4 ^o ÁMBITO: ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)	18
5 ^o ÁMBITO: COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)	19
6 ^o ÁMBITO: REGISTROS (REG)	21
7 ^o ÁMBITO: SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)	22
8 ^o ÁMBITO: SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)	23
9 ^o ÁMBITO: SERVICIOS DE APOYO (AP)	24
Componente APL-1 Laboratorio Clínico	24
Componente APE-1 Esterilización	24
Componente APT-1 Transporte de Pacientes	24
Componente APTr-1 Medicina Transfusional	24
V. Glosario y Abreviaturas	25
Anexo: Pauta de Cotejo	

I. CONTENIDOS Y ESTRUCTURA DEL MANUAL

1. Consideraciones Generales

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

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

Respeto a la Dignidad del Paciente

Gestión de la Calidad

Gestión Clínica

Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención

Competencias del Recurso Humano

Registros

Seguridad del Equipamiento

Seguridad de las Instalaciones

Servicios de Apoyo

La Pauta de Cotejo, adjunta a este Manual, debe entenderse, para todos los efectos, como parte integrante de los contenidos del 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 del tipo Centros de Diálisis que soliciten someterse al procedimiento de acreditación en virtud del presente Manual.

3. Concepto de Ámbito, Componentes, Características y Verificadores

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

Los **componentes** constituyen el primer nivel de desagregación del ámbito y proveen definiciones de aspectos más operacionales que contribuyen a cumplir con la intención del ámbito. En el ejemplo del Ámbito 1, los componentes son 3:

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

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

II. INSTRUCCIONES Y CRITERIOS A EMPLEAR POR LAS ENTIDADES ACREDITADORAS

1. Instrucciones Generales

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

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

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

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

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

2. Interpretación de las Normas Contenidas en este Manual

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

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

III. REGLAS DE DECISIÓN

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

Características Obligatorias

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

Ámbito	Característica	Denominación
Respeto a la dignidad del paciente	DP 1.1	Instrumento de difusión de derechos de los pacientes
Gestión de la calidad	CAL 1.1	Programa de mejora continua de la calidad a nivel institucional
Gestión clínica	GCL 1.1	Procedimientos de hemo y peritoneodiálisis
	GCL 1.6	Indicaciones de transfusión
Acceso. oportunidad y continuidad de la atención	AOC 2.1	Sistema de derivación de pacientes
Competencias del recurso humano	RH 1.1	Certificados de título de médicos con funciones permanentes o transitorias
	RH 1.3	Certificados de especialidad de los médicos que desempeñan alguna especialidad
Registros	REG 1.3	Informe de prestaciones
Seguridad del equipamiento	EQ 2.1	Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes

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

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

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

4. Si se han cumplido todas las características de obligatorio cumplimiento, la Entidad Acreditadora otorgará o denegará la Acreditación, o la concederá con Observaciones, siempre que, en este último caso, se 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 70% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;
- ii. Para acreditar con observaciones: el cumplimiento del 50% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación.

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

- i. Para acreditar: el cumplimiento del 95% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;
- ii. Para acreditar con observaciones: el cumplimiento del 70% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación

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

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

IV. ÁMBITOS, COMPONENTES Y CARACTERÍSTICAS

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

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

3^{er} ÁMBITO: GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

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

6^o ÁMBITO: REGISTROS (REG)

7^o ÁMBITO: SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

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

9^o ÁMBITO: SERVICIOS DE APOYO (AP)

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

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

Componente DP-1:

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

Características:

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

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

Componente DP-2:

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 2.1 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-3:

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

Característica:

DP 3.1 El prestador institucional dispone de, o tiene acceso a, un comité de ética donde se resuelven las materias de orden ético que se suscitan como consecuencia de la labor asistencial.

2º Ámbito: Gestión de la Calidad (CAL)

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

Componente CAL-1:

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

Característica:

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

3^{er} Ámbito: Gestión Clínica (GCL)

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

Componente GCL-1:

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

Características:

- GCL 1.1 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.
- GCL 1.2 El prestador ejecuta un programa de capacitación en manejo de peritoneodiálisis, dirigido a pacientes y sus familiares, y orientado a prevenir eventos adversos asociados al procedimiento.
- GCL 1.3 Se ejecuta un programa de control de calidad del agua tratada para hemodiálisis.
- GCL 1.4 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Atención de enfermería.
- GCL 1.5 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Reanimación cardiopulmonar.
- GCL 1.6 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión.
- GCL 1.7 El prestador mantiene actualizado y evalúa periódicamente los procedimientos relacionados con la toma de muestra y su traslado.
- GCL 1.8 Existe una estructura organizacional de carácter técnico que gestiona la incorporación de medicamentos e insumos.
- GCL 1.9 El prestador estandariza procedimientos relacionados con medicamentos.
- GCL 1.10 El almacenamiento de material estéril se realiza de acuerdo a normas técnicas vigentes en la materia.

Componente GCL-2:

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

Característica:

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

Componente GCL-3:

El prestador institucional aplica medidas de vigilancia, prevención y control de infecciones en hemodiálisis.

Características:

GCL 3.1 El prestador institucional cuenta con un sistema de vigilancia de infecciones asociadas a accesos vasculares

GCL 3.2 Se realizan actividades de supervisión que dan cuenta del cumplimiento de la normativa de Prevención de Infecciones en Hemodiálisis, de acuerdo a orientaciones técnicas del MINSAL.

² Ejemplos de EA a vigilar: caídas con lesión, muertes inesperadas, etc.

4° Ámbito: Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención (AOC)

El prestador institucional posee una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus pacientes, en forma oportuna, expedita y coordinada, tomando en consideración prioridades dadas por la gravedad de los cuadros clínicos y la presencia de factores de riesgo³.

Componente AOC-1:

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

Característica:

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.

Componente AOC-2:

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

Características:

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

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

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

5° Ámbito: Competencias del Recurso Humano (RH)

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

Componente RH-1:

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

Características:

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

Componente RH-2:

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

Característica:

- RH 2.1 El prestador institucional cuenta con programas de orientación que enfatizan aspectos específicos del funcionamiento de la Unidad relacionados con la seguridad de los pacientes y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa al Centro de Diálisis.

Componente RH-3:

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

Característica:

RH 3.1 El prestador institucional incluye en su programa la capacitación en reanimación cardiopulmonar y prevención de infecciones en hemodiálisis, destinada al personal que participa en atención directa de pacientes.

Componente RH-4:

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

Características:

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

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

6° Ámbito: Registros (REG)

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

Componente REG-1:

El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica.

Características:

REG 1.1 El prestador institucional cuenta con ficha clínica única.

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.

7° Ámbito: Seguridad del Equipamiento (EQ)

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

Componente EQ-1:

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

Características:

- EQ 1.1 El procedimiento establecido para la adquisición del equipamiento incluye la definición de sus responsables y considera la participación de los profesionales usuarios.
- EQ 1.2 El prestador institucional conoce la vida útil y las necesidades de reposición del equipamiento crítico para la seguridad de los usuarios

Componente EQ-2:

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

Característica:

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

8º Ámbito: Seguridad de las Instalaciones (INS)

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

Componente INS-1:

El prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de sus instalaciones.

Característica:

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

Componente INS-2:

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

Características:

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

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

Componente INS-3:

Las instalaciones relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidas a un programa de mantenimiento preventivo y se dispone de plan de contingencia por 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.

9º Ámbito: Servicios de Apoyo (AP)

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

Componente APL: Laboratorio clínico

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

Característica:

APL 1.1 Los exámenes de laboratorio comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

Componente APE: Esterilización

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

Característica:

APE 1.1 Las prestaciones de esterilización compradas a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad

Componente APT: Transporte de pacientes

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

Característica:

APT 1.1 Los sistemas de transporte de pacientes comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad

Componente APTr: Medicina Transfusional

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

Característica:

APTr 1.1 Los servicios de medicina transfusional comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

V. GLOSARIO Y ABREVIATURAS

Fuentes de Referencia

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

Glosario de Términos

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

Agua tratada o purificada: agua que cumple con los estándares de calidad química y bacteriológica específicas para determinada prestación de salud (hemodiálisis, laboratorio, farmacia, esterilización, etc.)

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

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

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

Desinfección de alto nivel (DAN): eliminación total de los microorganismos incluyendo los virus resistentes y *Mycobacterium tuberculosis*.

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

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

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

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

Equipos de soporte vital: equipos médicos indispensables para mantener y/o recuperar las funciones vitales de un paciente.

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

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

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

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

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

Indicador: expresión matemática de un criterio de evaluación.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sustancias peligrosas: todas aquellas que por su naturaleza, producen o puede producir daños momentáneos o permanentes a la salud humana, animal o vegetal, a los bienes y/o al medio ambiente.

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

Abreviaturas

Servicios de Apoyo Diagnóstico o Terapéutico

APE:	Esterilización
APL:	Laboratorio Clínico
APT:	Transporte de Pacientes o Servicio de Movilización
APTr:	Medicina Transfusional

Otras abreviaturas

EA:	Evento Adverso
-----	----------------

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD 
INTENDENCIA DE PRESTADORES

Material de uso para el proceso de
acreditación para Centros de Diálisis
Edición Impresa 2010

PAUTA DE COTEJO MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA CENTROS DE DIÁLISIS



POR UNA SALUD FUERTE

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD



Pauta de Cotejo

Manual del Estándar General
de Acreditación para
Centros de Diálisis

Superintendencia de Salud

Intendencia de Prestadores en Salud

A. Elementos Medibles y Puntos de Verificación

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

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

Elementos Medibles

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

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

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

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

Se constata el cumplimiento de.....

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

Verificador: Procedimientos de enfermería

Elementos medibles GCL-1.3	Dirección o gerencia del prestador	
Se describe en documento (s) los procedimientos de: 1. Instalación de vía venosa periférica. 2. Administración de medicamentos durante el proceso de hemodiálisis. 3. Manejo de acceso vascular. 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.		

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

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

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

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

Además, consignará “no aplica” en los casos en que:

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

B. Requisitos para el Cumplimiento de los Elementos Medibles

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La evaluación del proceso puede recaer sobre un funcionario involucrado directamente en el proceso -por ejemplo, en el jefe de la unidad donde se realiza- o en uno ajeno a él, por ejemplo, en la unidad de calidad, una unidad de auditoría, una subdirección médica, o en alguien que cumple funciones de supervisión. Los indicadores y umbrales de cumplimiento deben estar referidos a los lugares de verificación y deben estar disponibles en el lugar de verificación (idealmente) o en otra unidad con funciones de supervisión.

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

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

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

En segunda instancia el evaluador debe comprobar que los datos utilizados en la evaluación sean fidedignos. Para ello podrá revisar una muestra de los registros originales utilizados en el período (por ejemplo, fichas clínicas, protocolos de procedimientos o cirugías, registros de actividades clínicas y no clínicas, registros computacionales), y/o en fuentes secundarias (informes parciales, pautas de supervisión, registros compilados, etc.). En caso de inconsistencias no atribuibles al azar, el elemento medible debe considerarse no cumplido. En el caso de que la evaluación sea realizada en forma centralizada, esta información será corroborada en el lugar desde donde emanó la evaluación.

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

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

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

C. Condiciones de Cumplimiento de las Características

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

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

ÁMBITO DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

RESPECTO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

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

DP 1.1

Componente DP-1

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

Característica

Existe una definición de derechos explícitos, que se incorporan a las obligaciones jurídicas que la institución adquiere para con cada uno de sus pacientes y que es informada por medios constatables a los pacientes que se atienden en el establecimiento.

Verificador

Instrumento de difusión de derechos de los pacientes

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN			OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Sector de acceso *	Sectores de espera de público 1	
DP-1.1	Cumple \geq 80%	Elementos Medibles DP-1.1				* Acceso principal.
		Existe un instrumento de difusión de carácter institucional que incluye los derechos relativos a: <ul style="list-style-type: none">- No discriminación.- Respeto a la privacidad y pudor.- Respeto a la confidencialidad.- Información al paciente o responsables.				
		El instrumento es fácilmente accesible, legible y comprensible.				

DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

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

DP 1.2

Característica

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

Verificador

Sistema de gestión de reclamos

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
DP-1.2	Cumple: 100%	<p>Elementos Medibles DP-1.2</p> <p>Se describe en un documento de carácter Institucional el procedimiento de gestión de los reclamos.</p> <p>Existe un análisis global de los reclamos que considera al menos: evaluación por áreas, causas principales y oportunidad de respuesta.</p> <p>Se constata que existe fácil acceso al sistema de formulación de reclamos.*</p>	<p>Dirección o gerencia del prestador</p>	<p>General</p>	<p>* Se verificará presencia de libro de reclamos, buzones u otro sistema para efectuar la formulación del reclamo.</p>

DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

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

Componente DP-2

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 2.1

Característica

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

Verificador

Aprobación ética de investigaciones en seres humanos

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
DP-2.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles DP-2.1	Dirección o gerencia del prestador		¹ Si el prestador institucional define como política no realizar investigaciones en seres humanos, se solicitará documento que explicita esta declaración y se constatará que esté en conocimiento de los profesionales médicos de la institución.
		Se describe en documento de carácter institucional la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos que se realicen en la institución ¹ .			
		Se constatan registros de investigaciones realizadas en la institución, aprobadas por un comité de ética y autorizadas por el prestador.			

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

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

DP 3.1

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.

Verificador

Identificación de comité de ética y evaluaciones realizadas

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
DP-3.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles DP-3.1	Dirección o gerencia del prestador	
		Se constata Identificación formal del Comité de Ética del que dispone o al que puede acceder el prestador.		
		Se ha definido un procedimiento para la presentación de casos al Comité de Ética.		
		Se constatan registros de casos sometidos al Comité de Ética.		

GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

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

CAL 1.1

Componente CAL-1

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

Característica

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

Verificador

Programa de mejoría continua de la calidad a nivel Institucional

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
CAL-1.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles CAL-1.1	Dirección o gerencia del prestador	² En el proceso de acreditación en que el componente retrospectivo es de 6 meses, este elemento medible será considerado cumplido si el prestador presenta una evaluación semestral.
		Existe un documento de carácter institucional que describe la política de calidad de la institución.		
		Existe un profesional a cargo del programa de calidad a nivel Institucional. La descripción del cargo del responsable específica: a) funciones y b) horas asignadas.		
		Cuenta con un programa de calidad que incorpora un sistema de evaluación de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes.		
		Existe un informe que da cuenta de la evaluación anual, que incluye un análisis de los resultados obtenidos ² .		

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

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.

Verificador

Procedimientos de hemodiálisis y peritoneodiálisis

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
GCL-1.1	Cumple: $\geq 66\%$	Elementos Medibles GCL-1.1 Se describe en documentos de carácter institucional: - Procedimientos de hemodiálisis. - Procedimientos de peritoneodiálisis. 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.	Unidad de diálisis	

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.2

Característica

El prestador ejecuta un programa de capacitación en manejo de peritoneodiálisis, dirigido a pacientes y sus familiares, y orientado a prevenir eventos adversos asociados al procedimiento.

Verificador

Capacitación en procedimiento de peritoneodiálisis ambulatoria

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
GCL-1.2	Cumple: 100%	Elementos Medibles GCL-1.2	Dirección o Gerencia del Prestador		
		Se describe en documento de carácter institucional, el programa de capacitación del procedimiento de peritoneodiálisis a pacientes y/o familiares. Y se ha definido los responsables de su aplicación.			
		Existe constancia que se ha realizado la capacitación a todos los pacientes y/o familiares que ingresan al programa.			

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.3

Característica

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

Verificador

Programa de control de calidad del agua tratada para hemodiálisis

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
GCL-1.3	Cumple: \geq 66%	Elementos Medibles GCL-1.3 Existe un documento de carácter institucional que describe el programa de control de calidad del agua tratada de la Unidad que incluye descripción del procedimiento y periodicidad de: <ul style="list-style-type: none">- Medición de la calidad del agua tratada para hemodiálisis y reutilización de dializadores.- Controles externos químicos y microbiológicos del agua tratada para hemodiálisis y reutilización de dializadores.- Controles externos microbiológicos del agua tratada en llave de alimentación de monitores de diálisis y en líquido de diálisis después del dializador. Se ha definido los responsables de su aplicación. Se constata cumplimiento de control de calidad según procedimiento establecido. Existe constancia de acciones de mejora en caso de que los controles excedan los límites permitidos.	Unidad de diálisis	

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: Atención de enfermería.

Verificador

Procedimientos de enfermería

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
GCL-1.4	Cumple: \geq 66%	Elementos Medibles GCL-1.4 Se describe en documento (s) los procedimientos de: <ol style="list-style-type: none">1. Instalación de vía venosa periférica.2. Administración de medicamentos durante el proceso de hemodiálisis.3. Manejo de acceso vascular.4. Punción venosa y/o arterial para toma de exámenes de sangre.5. Manejo catéter de peritoneodiálisis. 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.	Dirección o gerencia del prestador	

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.5

Característica

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

Verificador

Protocolos de reanimación cardiopulmonar básica y/o avanzada

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
GCL-1.5	Cumple: 100%	Elementos Medibles GCL-1.5 Se describe en documento(s) de carácter institucional el protocolo de reanimación cardiopulmonar básica y/o avanzada y se ha definido los responsables de su aplicación.	Dirección o gerencia del prestador		

GESTIÓN 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 transfusión.

Verificador

Criterios de indicación de transfusión

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
GCL-1.6	Cumple: 100%	Elementos Medibles GCL-1.6	Dirección o gerencia del prestador		
		Se describe en un documento de carácter institucional los criterios de indicación médica de transfusión, considerando 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 de la indicación, en la totalidad de las transfusiones realizadas.			

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.7

Característica

El prestador mantiene actualizado y evalúa periódicamente los procedimientos relacionados con la toma de muestra y su traslado.

Verificador

Procedimiento de toma y traslado de muestras

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
GCL-1.7	Cumple: $\geq 66\%$	<p>Elementos Medibles GCL-1.7</p> <p>Se describen en documento(s) de carácter institucional los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrucciones de preparación del paciente. - Procedimiento de toma de muestra para los exámenes realizados. - Rotulación de las muestras. - Conservación de la muestra. - Traslado de la muestra. - Criterios de rechazo de muestras. <p>Y se han definido los responsables de su aplicación.</p>	Dirección o gerencia del prestador		
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento relacionado con problemas de la toma de muestra detectados en el Laboratorio.			
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.			

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.8

Característica

Existe una estructura organizacional de carácter técnico que gestiona la incorporación de medicamentos e insumos.

Verificador

Procedimiento para la adquisición de medicamentos e insumos

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
GCL-1.8	Cumple: $\geq 75\%$	Elementos Medibles GCL-1.8	Dirección o gerencia del prestador		
		Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de incorporación de nuevos fármacos que considera su evaluación técnica.			
		Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de incorporación de nuevos insumos, que considera su evaluación técnica.			
		Se constata: Participación de los usuarios en la evaluación técnica de fármacos.			
		Se constata: Participación de los usuarios en la evaluación técnica de insumos.			

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.9

Característica

El prestador estandariza procedimientos relacionados con medicamentos.

Verificador

Procedimientos relacionados con medicamentos

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

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.10

Característica

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

Verificador

Almacenamiento de material estéril

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
GCL-1.10	Cumple: 100%	Elementos Medibles GCL-1.10	Dirección o gerencia del prestador		
		Se describe en documento de carácter institucional el procedimiento de almacenamiento de material estéril.			
		Se constata en terreno almacenamiento de material estéril de acuerdo a norma local que considera las orientaciones del MINSAL.			

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 2.1

Componente GCL-2

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

Característica

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

Verificador

Programa de vigilancia de eventos adversos

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

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 aplica medidas de vigilancia, prevención y control de infecciones en hemodiálisis.

Característica

El prestador institucional cuenta con un sistema de vigilancia de infecciones asociadas a accesos vasculares.

Verificador

Sistema de vigilancia de infecciones asociadas a accesos vasculares

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
GCL-3.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles GCL-3.1	Dirección o gerencia del prestador		
		Existe un documento de carácter institucional donde se explicita el sistema de vigilancia de infección del torrente sanguíneo asociada a accesos vasculares que incluye el procedimiento y criterios de notificación.			
		Existe constancia que se ha realizado la vigilancia de infección del torrente sanguíneo asociada a accesos vasculares en forma periódica.			

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 3.2

Característica

Se realizan actividades de supervisión que dan cuenta del cumplimiento de la normativa de Prevención de Infecciones en Hemodiálisis, de acuerdo a orientaciones técnicas del MINSAL.

Verificador

Supervisión de prácticas de prevención de IIH

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
GCL-3.2	Cumple: 100%	Elementos Medibles GCL-3.2	Dirección o gerencia del prestador		
		Se describen en documentos de carácter institucional las medidas de prevención de IIH que consideran: 1. Precauciones estándar. 2. Prevención de infecciones asociadas a accesos vasculares. 3. Uso de antisépticos y desinfectantes. 4. Manejo de pacientes con infecciones virales. 5. Desinfección de monitores. 6. Reutilización de dializadores y líneas. Y se ha definido los responsables de su aplicación.			
		Se han definido indicadores y umbrales de cumplimiento.			
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación en forma periódica.			

ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)

El prestador institucional posee una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus pacientes, en forma oportuna, expedita y coordinada, tomando en consideración prioridades dadas por la gravedad de los cuadros clínicos y la presencia de factores de riesgo³.

AOC 1.1

Componente AOC-1

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

Característica

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

Verificador

Procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
AOC-1.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles AOC-1.1	Dirección o gerencia del prestador		* Elegir 3 al azar
		Está descrito, en documento de carácter institucional, el sistema institucional de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia.			
		Se constata conocimiento del procedimiento en personal entrevistado.			

³ 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 2.1

Componente AOC-2

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

Característica

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

Verificador

Sistema de derivación

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

ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)

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

AOC 2.2

Característica

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

Verificador

Normativa institucional sobre sistema de entrega de turnos

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
AOC-2.2	Cumple: 100%	Elementos Medibles AOC-2.2	Dirección o gerencia del prestador	
		Se describe en documento(s) de carácter institucional el sistema de entrega de turnos, que contempla al menos: datos mínimos a informar y registrar por enfermeras.		
		Se constatan registros de entrega de turno de enfermeras.		

COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

RH 1.1

Componente RH-1

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

Característica

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

Verificador

Certificados de título de médicos con funciones permanentes o transitorias

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

COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

RH 1.2

Característica

Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.

Verificador

Certificados de título de técnicos y profesionales del personal permanente o transitorio del prestador

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
RH-1.2	Cumple: 100%	<p>Elementos Medibles RH-1.2</p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de las enfermeras 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 nutricionistas que cumplen funciones permanentes.</p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de las nutricionistas que cumplen funciones transitorias (durante último año).</p> <p>Certificados de título de técnico de nivel superior⁴ o medio de enfermería⁵ o certificado de competencia⁶ emitido por la autoridad sanitaria, del personal que cumple funciones de técnicos paramédicos en forma permanente.</p> <p>Certificados de título de técnico de nivel superior o medio de enfermería o certificado de competencia emitido por la autoridad sanitaria, del personal que cumple funciones de técnicos paramédicos en forma transitoria (durante último año).</p>	<p>Dirección o gerencia del prestador</p>	<p>⁴ Título de Técnico de Nivel Superior (TNS), otorgado por un establecimiento de educación superior reconocido por el Estado en las siguientes áreas de desempeño en salud: TNS en Enfermería,</p> <p>⁵ Título de Técnico de Nivel Medio en Atención de Enfermería, otorgado por un establecimiento de educación técnico-profesional reconocido por el Estado.</p> <p>⁶ 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).</p>

COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

RH 1.3

Característica

Los médicos que se desempeñan en las distintas especialidades tienen las competencias requeridas evaluadas a través de la normativa vigente⁷.

Verificador

Certificados de especialidad de médicos que desempeñan alguna especialidad

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
RH-1.3	Cumple: 100%	Elementos Medibles RH-1.3 Certificados de especialidad médica emitidos por entidad competente de acuerdo a la legislación vigente. ⁸	Dirección o gerencia del prestador		⁸ A la fecha de publicación de este manual: otorgados por universidad, CONACEM o Director del Servicio de Salud respectivo o profesionales reconocidos como especialistas por FONASA.

⁷ De acuerdo al Reglamento de Centros de Diálisis (DS 2357 publicado en el Diario Oficial del 31.12.94) el Director del Centro de Diálisis debe ser especialista en Nefrología o Medicina Interna.

COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

RH 2.1

Componente RH-2

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

Característica

El prestador 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 al Centro de Diálisis.

Verificador

Programas de orientación

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
RH-2.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles RH-2.1	Dirección o gerencia del prestador		
		Se describe en un documento el programa de orientación que enfatiza temas relacionados con la seguridad de la atención. El programa considera al menos: médicos, enfermeras y técnicos paramédicos.			
		Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de orientación establecido en todo el personal que ingresa al Centro de Diálisis.			

COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

RH 3.1

Componente RH-3

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

Característica

El prestador institucional incluye en su programa la capacitación en reanimación cardiopulmonar y prevención de infecciones en hemodiálisis, destinada al personal que participa en atención directa de pacientes.

Verificador

Programa de capacitación

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
RH-3.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles RH-3.1	Dirección o gerencia del prestador		
		Se describe en un documento de carácter institucional el programa de capacitación institucional anual, en el que se incluyen temas relacionados con: <ul style="list-style-type: none">- Prevención de infecciones en hemodiálisis.- Reanimación cardiopulmonar.			
		La cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas asegura que el personal reciba una actualización al menos cada 5 años en este tema.			

COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

RH 4.1

Componente RH-4

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

Característica

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

Verificador

Programa de control de riesgos a exposiciones

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
RH-4.1	Cumple: 100%	<p>Elementos Medibles RH-4.1</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"> - Exposición a gases (formaldehído). <p>Existe constancia de que se han ejecutado el programa de acuerdo a lo establecido.</p>	<p>Dirección o gerencia del prestador</p>	

COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

RH 4.2

Característica

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

Verificador

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

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
RH-4.2	Cumple: \geq 75%	Elementos Medibles RH-4.2	Dirección o gerencia del prestador		
		Se describe en documento(s) de carácter institucional el procedimiento establecido para el manejo de accidentes relacionados con: - Sangre o fluidos corporales de riesgo.			
		Existen registros implementados y en uso de los accidentes ocurridos.			
		Existe un análisis global que da cuenta de la evaluación de los accidentes ocurridos y las decisiones adoptadas al respecto.			
		Se constata conocimiento del procedimiento local para el manejo de estos accidentes por parte del personal.			

Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales
Centros de Diálisis

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.

Verificador

Sistema de ficha clínica.

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

REGISTROS (REG)

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

REG 1.2

Característica

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

Verificador

Registros clínicos

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
REG-1.2	Cumple: \geq 75%	Elementos Medibles REG-1.2 Se describe en documento de carácter institucional las características de los registros clínicos que contempla: <ul style="list-style-type: none">- Responsables del llenado y contenidos mínimos a llenar por cada registro.- Legibilidad. Debe incluir al menos los registros de: <ul style="list-style-type: none">- Hoja diaria del uso y residuo del filtro mayor.- Hoja de enfermería (peso inicial, peso seco post tratamiento, tiempo de diálisis).- Evolución médica de los pacientes, que incluye plan terapéutico.	Dirección o gerencia del prestador	
		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: hoja de enfermería.		

REGISTROS (REG)

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

REG 1.3

Característica

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

Verificador

Informes de prestaciones

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

SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

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

EQ 1.1

Componente EQ-1

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

Característica

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

Verificador

Procedimiento de adquisición de equipamiento

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

SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

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

EQ 1.2

Característica

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

Verificador

Seguimiento de vida útil de equipamiento crítico

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
EQ-1.2	Cumple: \geq 50%	Elementos Medibles EQ-1.2 Existe un sistema de seguimiento de vida útil del equipamiento relevante para la seguridad de los usuarios que incluye al menos: - Equipos de monitorización de parámetros vitales, monitores desfibriladores, monitores de diálisis. Existe un informe anual de las necesidades de reposición del equipamiento crítico.	Dirección o gerencia del prestador	

SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

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

EQ 2.1

Componente EQ-2

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

Característica

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

Verificador

Programa de mantenimiento preventivo propio o contrato con empresa externa

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

ÁMBITO SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

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

INS 1.1

Componente INS-1

El prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de sus instalaciones.

Característica

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

Verificador

Plan de prevención de incendios

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
INS-1.1	Cumple: 100%	<p>Elementos Medibles INS-1.1</p> <p>Se ha designado un responsable institucional del plan de prevención de incendios.</p> <p>Se documenta un plan institucional de prevención de incendios.</p> <p>Se constata: Recarga vigente de extintores. Red seca y húmeda accesibles. Cumplimiento de mantenimiento preventivo de red seca, húmeda y sistemas automatizados de mitigación de incendios.</p>	<p>Dirección o gerencia del prestador</p>	<p>General</p>	

SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

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

INS 2.1

Componente INS-2

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

Característica

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

Verificador

Plan de evacuación

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
INS-2.1	Cumple: $\geq 75\%$	<p>Elementos Medibles INS-2.1</p> <p>Dirección o gerencia del prestador</p>		
		Se ha designado un responsable institucional del plan de evacuación.		
		<p>Se documenta un plan institucional de evacuación, que contempla al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las funciones y responsables locales de la aplicación del plan en caso de un evento como incendio, sismo o inundación. - Procedimiento de evacuación. - Sistemas de comunicación alternativos. 		
		Existe constancia de que se han ejecutado anualmente simulacros y/o simulaciones del plan de evacuación.		
		Se constata: Personal entrevistado tiene conocimiento de aspectos generales del plan de evacuación.		

SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

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

INS 2.2

Característica

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

Verificador

Señalética de vías de evacuación

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN			OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Sectores de acceso de público	Pasillos de circulación	
INS-2.2	Cumple: \geq 66%	Elementos Medibles INS-2.2				
		Se ha designado el responsable institucional del mantenimiento y actualización periódica de la señalética de vías de evacuación del establecimiento.				
		Se constata el cumplimiento de : - Disponibilidad de señalética de vías de evacuación. - Considerar iluminación, posición, tamaño, claridad de lectura o interpretación.				

SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

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

INS 3.1

Componente INS-3

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

Característica

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

Verificador

Mantenimiento preventivo de instalaciones

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

Verificador

Plan de contingencias en caso de interrupción del suministro eléctrico

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
INS-3.2	Cumple: \geq 75%	Elementos Medibles INS-3.2	Dirección o gerencia del prestador	
		Se ha designado el responsable institucional del plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico.		
		Se documenta un plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico.		
		Existen registros que dan cuenta de: mantenimiento preventivo y realización de pruebas de los sistemas de generación eléctrica de emergencia.		
		Se constata: operación de generadores de energía de emergencia.		

SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO

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

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

APL 1.1

Componente APL-1 Laboratorio clínico

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

Característica

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

Verificador

Compra de prestaciones a terceros acreditados

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

Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales
Centros de Diálisis

ESTERILIZACIÓN (APE)



SERVICIOS DE APOYO - ESTERILIZACIÓN (APE)

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

APE 1.1

Componente APE-1 Esterilización

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

Característica

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

Verificador

Compra de prestaciones a terceros acreditados

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

SERVICIOS DE APOYO - TRANSPORTE DE PACIENTES (APT)

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

APT 1.1

Componente APT-1 Transporte de pacientes

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

Característica

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

Verificador

Compra de prestaciones a terceros acreditados

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

SERVICIOS DE APOYO - MEDICINA TRANSFUSIONAL (APTr)

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

APTr 1.1

Componente APTr- 1 Medicina transfusional

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

Característica

Los servicios de medicina transfusional comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.

Verificador

Compra de prestaciones a terceros acreditados

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

