

Acreditación institucional.





Acreditación certificada por
SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Introducción.

Definiciones de
calidad.

¿Qué es la calidad
en salud?



Acreditación certificada por
SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Introducción.

Etimológicamente la palabra calidad viene del latín *qualitas* y significa propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.

Para la OMS (2008) calidad en la atención de salud es aquella en que el paciente es diagnosticado y tratado de forma correcta según los conocimientos actuales de la ciencia médica y según los factores biológicos, con un costo mínimo de recursos, la mínima exposición de riesgo a un posible daño adicional y la máxima satisfacción del paciente.

En una forma más sencilla podemos decir que la calidad es el grado de aproximación entre lo que un cliente espera, en función de sus expectativas y necesidades y la atención que recibe, en función del conocimiento, tecnología y recursos

Dimensiones de la calidad.



Actividad formativa.

Defina brevemente las siguientes dimensiones de la calidad.

- Competencia profesional.
- Efectividad.
- Eficiencia.
- Accesibilidad.
- Satisfacción.
- Oportunidad.
- Legitimidad.
- Oportunidad.
- Continuidad.
- Seguridad clínica.

Dimensiones de la calidad.

Competencia profesional.

Hace referencia a la capacidad de utilizar los recursos y conocimientos para mejorar la salud y aportar satisfacción a los receptores de la atención médica.

Efectividad.

Se refiere al logro de cambios positivos en el estado de salud de la persona, dada la situación particular en que se encuentra y las condiciones existentes del entorno.

Dimensiones de la calidad.

Eficiencia.

Los resultados deben obtenerse al menor costo posible.

Accesibilidad.

Es la facilidad con la que la población puede recibir la atención que necesita, considerando barreras de tipo estructural como horario o distancia, económicas, organizativas, sociales y culturales.

Dimensiones de la calidad.

Satisfacción.

Grado en que la atención prestada satisface las expectativas de los usuarios.

Aceptabilidad.

Se refiere a que le haga sentido al paciente lo que se le está entregando y que comprometa su adherencia en el cumplimiento de ésta.

Dimensiones de la calidad.

Legitimidad.

Adecuación de la atención de salud a las expectativas de la sociedad, donde no hay discriminaciones arbitrarias, no se transgreden normas sociales ni se atenta con principios universales.

Oportunidad.

La atención o prestación se produce en el momento en que se espera que ésta ocurra

Dimensiones de la calidad.

Continuidad.

Se busca que el paciente perciba una continuidad en su atención, que no existen barreras entre una etapa y otra etapa dentro del proceso de atención.

Seguridad clínica.

Su definición entiende que la atención de salud debe estar libre de daños evitables, lo que supone desarrollar sistemas y procesos encaminados a reducir tanto, la aparición de fallas del sistema, así como errores de las personas, aumentando la probabilidad de detectarlos, mitigando así sus consecuencias

Proceso de acreditación.



Proceso de acreditación.

La acreditación es un proceso periódico de evaluación, al cual se someten los prestadores institucionales para verificar el cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad fijados y normados por el ministerio de salud.

Proceso de acreditación.

Características.

Voluntario.

Periódico.

Mejora continua.

Transparencia de la información.

Participantes del proceso.

Ministerio de salud.

Superintendencia de salud.

Entidades acreditadoras.

SEREMI.

Prestadores institucionales.

Proceso de acreditación.

Voluntario.

- La norma no exige que todos los centros participen del proceso, sin embargo, se establecen mecanismos legales y económicos para incentivar su participación.

Periódico.

- Evaluación cada 3 años.

Mejora continua.

- Promueve la mejora continua por parte de los prestadores, por cuanto asocia la fiscalización a la implementación de acciones correctivas.

Transparencia de la información.

- Implementación de registros públicos de los prestadores individuales e institucionales certificados y acreditados.

Proceso de acreditación.

Ministerio de salud.

- Orientar la definición de calidad asistencial.
- Definir los estándares de calidad que podrán ser exigidos a los prestadores de salud.

Superintendencia de salud.

- A través de su intendencia de prestadores, tiene el rol de fiscalizar a todos los prestadores de salud, públicos y privados, respecto de su acreditación y certificación.

Entidades acreditadoras.

- Persona jurídica, pública o privada, autorizada para ejecutar procesos de acreditación.

SEREMI.

- Entre sus responsabilidades se encuentra otorgar la autorización sanitaria, que permite el funcionamiento de los establecimientos prestadores de salud.

Prestadores institucionales.

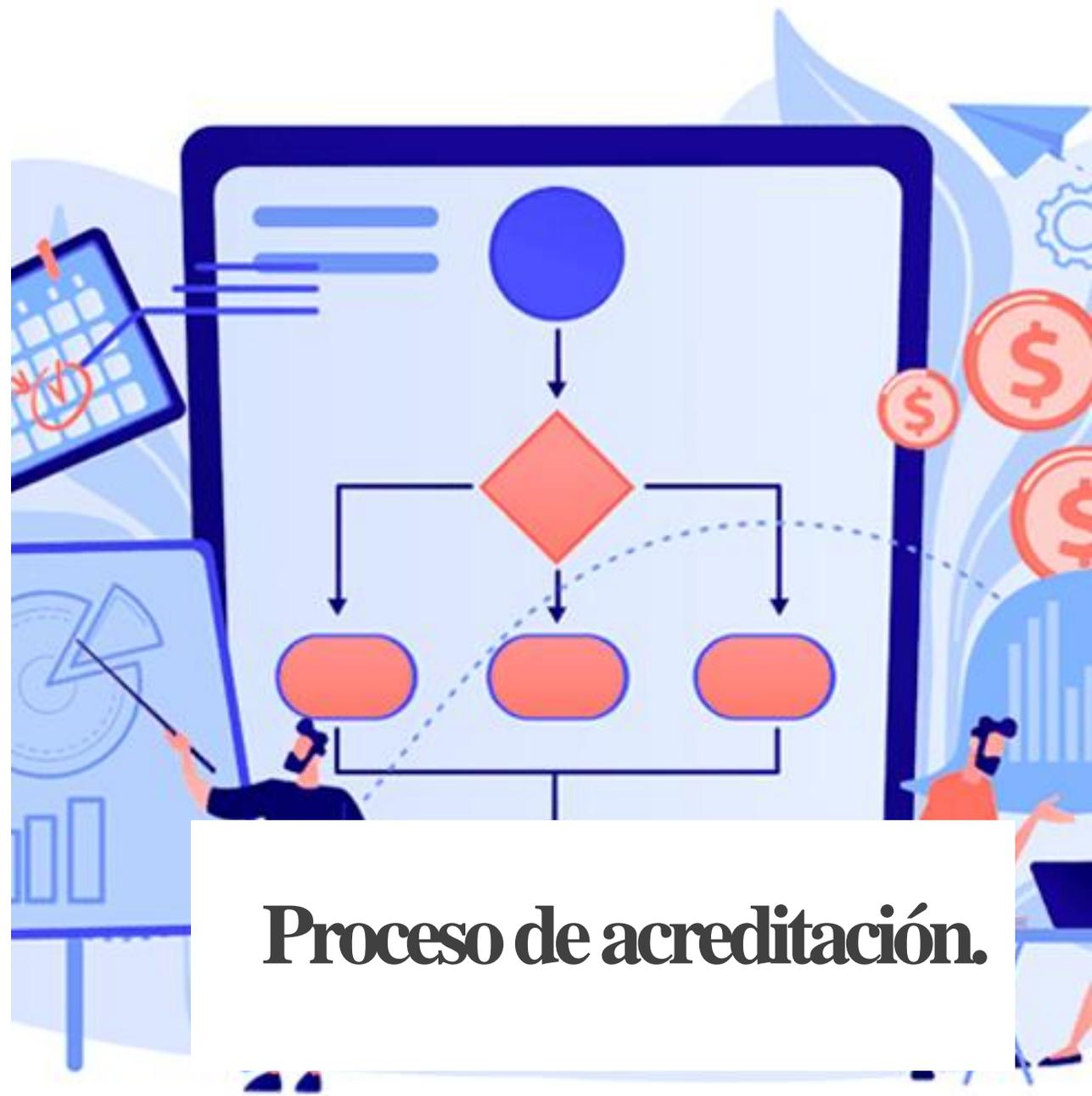
- Los prestadores institucionales de salud, son personas jurídicas (Consultorios, consultas, centros médicos, hospitales, o clínicas) que otorgan atenciones de salud a las personas beneficiarias.

Reacreditación.

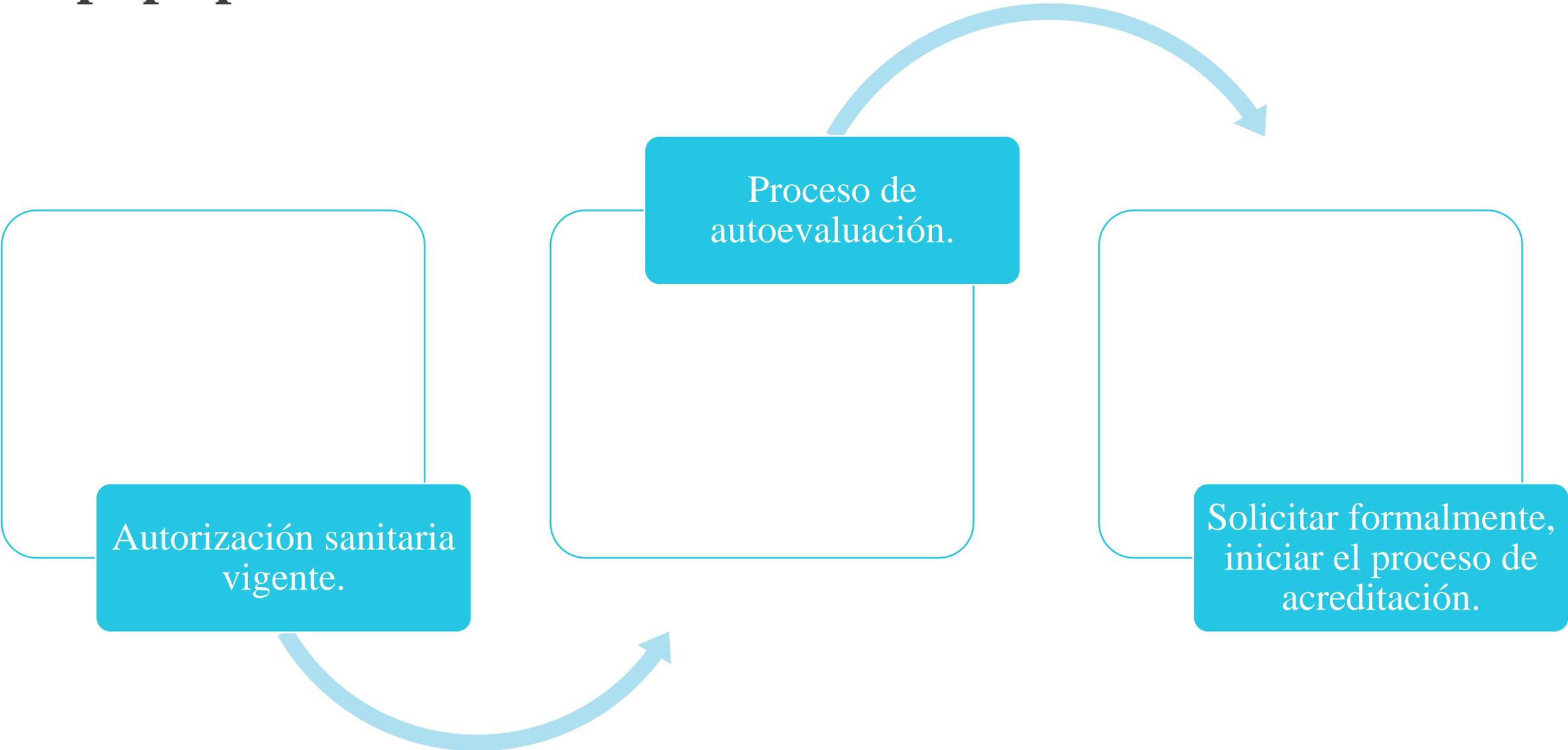
Etapa preparatoria.

Etapa resolutiva.

Etapa evaluativa.



Etapa preparatoria.



Etapa preparatoria.

El primer requisito tanto para las instituciones de tipo abierta como cerrada, es poseer la autorización sanitaria vigente.

La autorización sanitaria constituye el permiso formal, otorgado por la autoridad sanitaria regional, que autoriza la instalación, funcionamiento, ampliación, modificación o traslado de un determinado establecimiento de salud.



El segundo paso de la etapa preparatoria considera la realización del proceso de autoevaluación.

La autoevaluación es un proceso periódico y documentado de evaluación de las actividades de mejora continua que realiza la misma Institución que pretende acreditarse.

Una vez finalizado el proceso de autoevaluación, el prestador institucional, debe elevar una solicitud a la superintendencia de salud, para solicitar formalmente, iniciar el proceso de acreditación.

El representante legal del prestador institucional interesado en ser acreditado debe presentar una solicitud ante la superintendencia de salud, utilizando el formulario electrónico y documentación en papel, firmado por el representante legal.

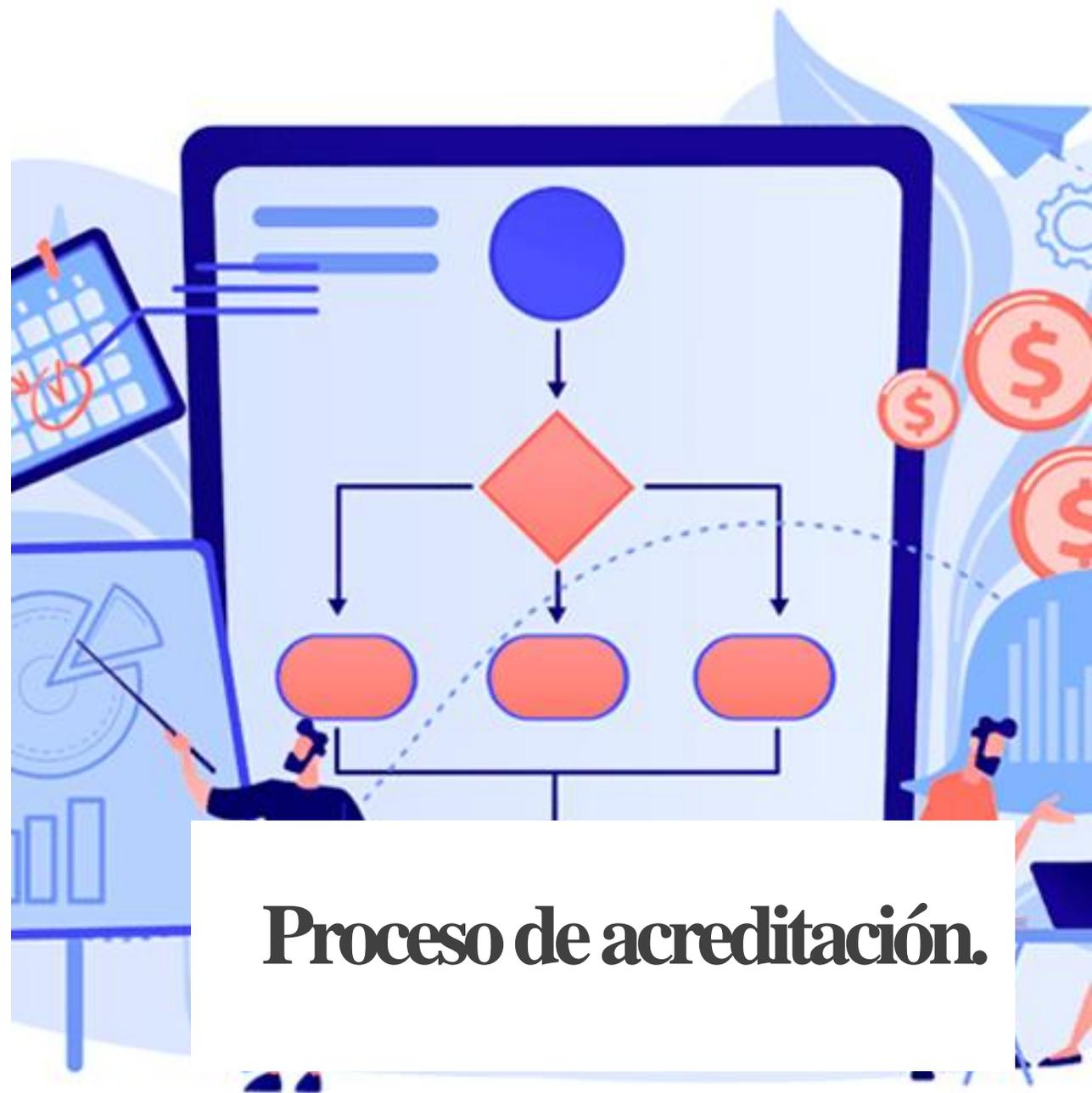
Si es aceptada la solicitud, la intendencia de prestadores designa aleatoriamente a la entidad acreditadora mediante un procedimiento de sorteo en el que se utiliza una tómbola y se permite la libre asistencia del público.

Reacreditación.

Etapa preparatoria.

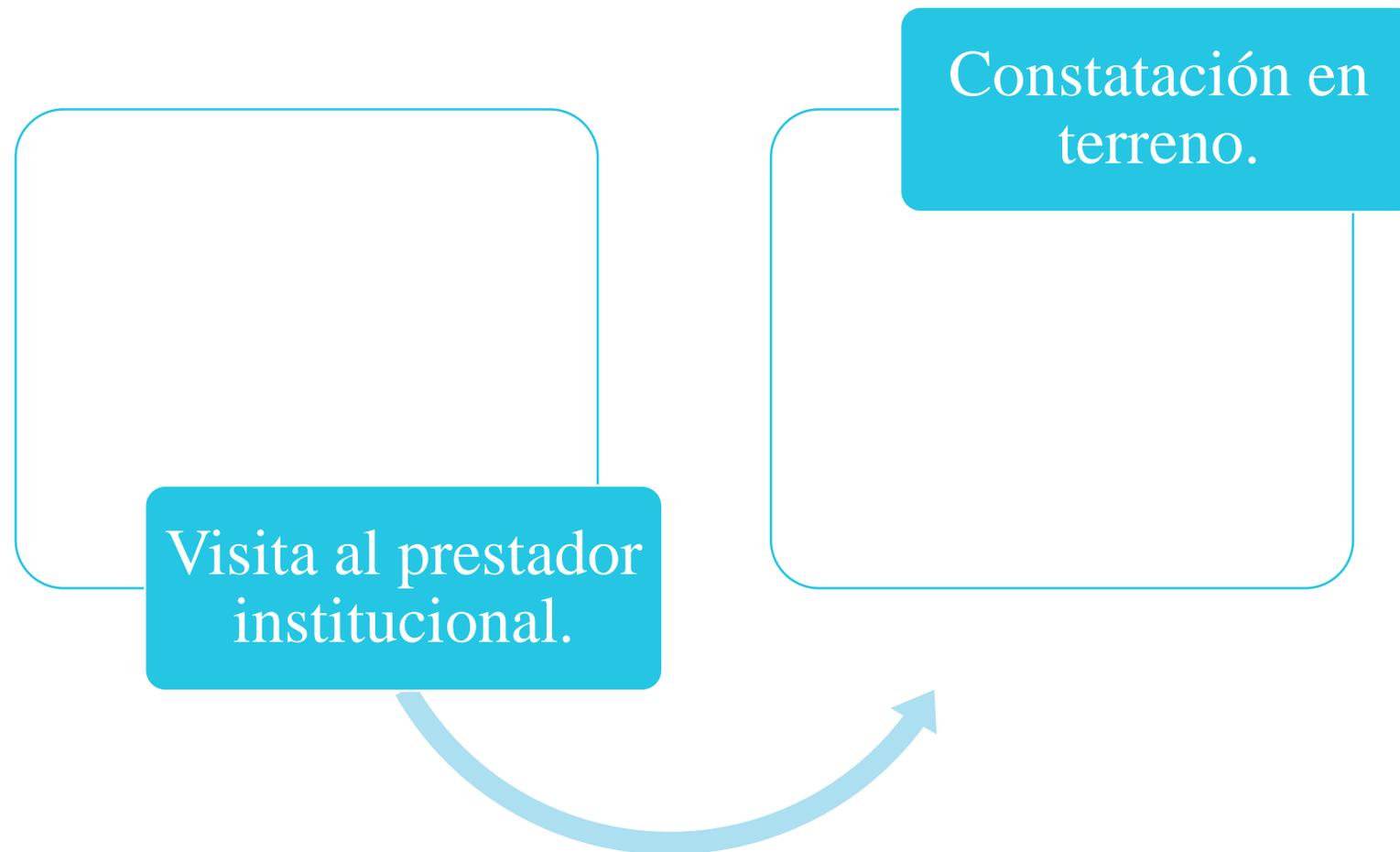
Etapa resolutiva.

Etapa evaluativa.



Proceso de acreditación.

Etapa evaluativa.



Etapa evaluativa.

Corresponde al proceso de acreditación propiamente tal, en donde la entidad acreditadora visita al prestador institucional.

En el proceso de evaluación, la entidad acreditadora contrastará las condiciones del prestador con los estándares aplicables para determinar si los cumple.

Reacreditación.

Etapa preparatoria.

Etapa
resolutiva.

Etapa
evaluativa.



Proceso de acreditación.

Etapas resolutiva.

Al completarse la etapa de evaluación y el análisis de la información recolectada por la entidad acreditadora, se ingresa el informe al sitio web de la superintendencia de salud.

Aquí, el informe es valorado en su consistencia, dicho procedimiento está a cargo de la unidad de fiscalización en calidad de la intendencia de prestadores o unidad de fiscalización del instituto de salud pública.

Etapa resolutive.

Atención cerrada de mediana o alta complejidad.

Acreditado.

Acreditado con observaciones.

Atención cerrada de baja complejidad.

Acreditado.

Acreditado con observaciones.

Etapa resolutive.

Atención cerrada de mediana o alta complejidad.

Acreditado.

- El prestador institucional cumple en su primer proceso con al menos el 50% de las características que le fueron aplicables del estándar correspondiente, incluidas todas las obligatorias.

Acreditado con observaciones.

- Se entiende por acreditado con observaciones cuando el prestador institucional en su primer proceso cumple al menos, el 50% de las características que le fueron aplicables, permitiendo un incumplimiento máximo de 3 características obligatorias aplicadas en este proceso de acreditación.

Atención cerrada de baja complejidad.

Acreditado.

- El prestador institucional cumple en su primer proceso con al menos el 50% de las características que le fueron aplicables del estándar correspondiente, incluidas todas las obligatorias.

Acreditado con observaciones.

- Se entiende por acreditado con observaciones cuando el prestador institucional en su primer proceso cumple al menos, el 50% de las características que le fueron aplicables, permitiendo un incumplimiento máximo de 2 características obligatorias aplicadas en este proceso de acreditación.

Etapas resolutiva.

En los casos de ser acreditado con observaciones, la entidad acreditadora comunicará dicha condición en el informe final y solicitará al prestador que presente, en un plazo no mayor de diez días, un plan de corrección de las deficiencias detectadas, con un cronograma de cumplimiento con un plazo máximo de seis meses.

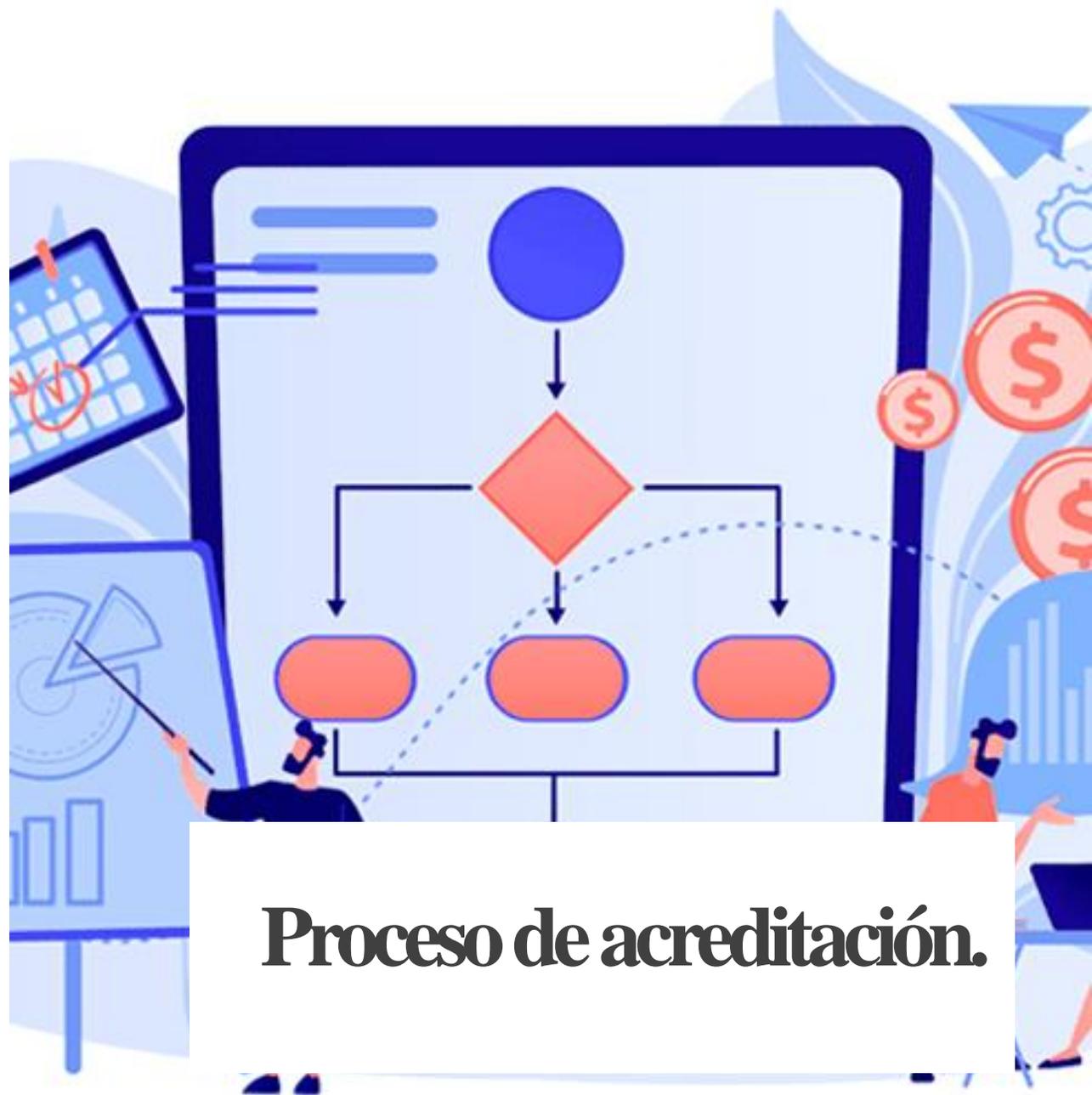
En caso de ser rechazado el plan por insuficiente, la entidad acreditadora, dentro de cinco días hábiles, declarará no acreditado al prestador, por el contrario, y en el mismo plazo, si el plan es aprobado lo declarará “Acreditado con observaciones”, enviando copia de estos informes a la Intendencia de Prestadores.

Reacreditación.

Etapa preparatoria.

Etapa resolutiva.

Etapa evaluativa.



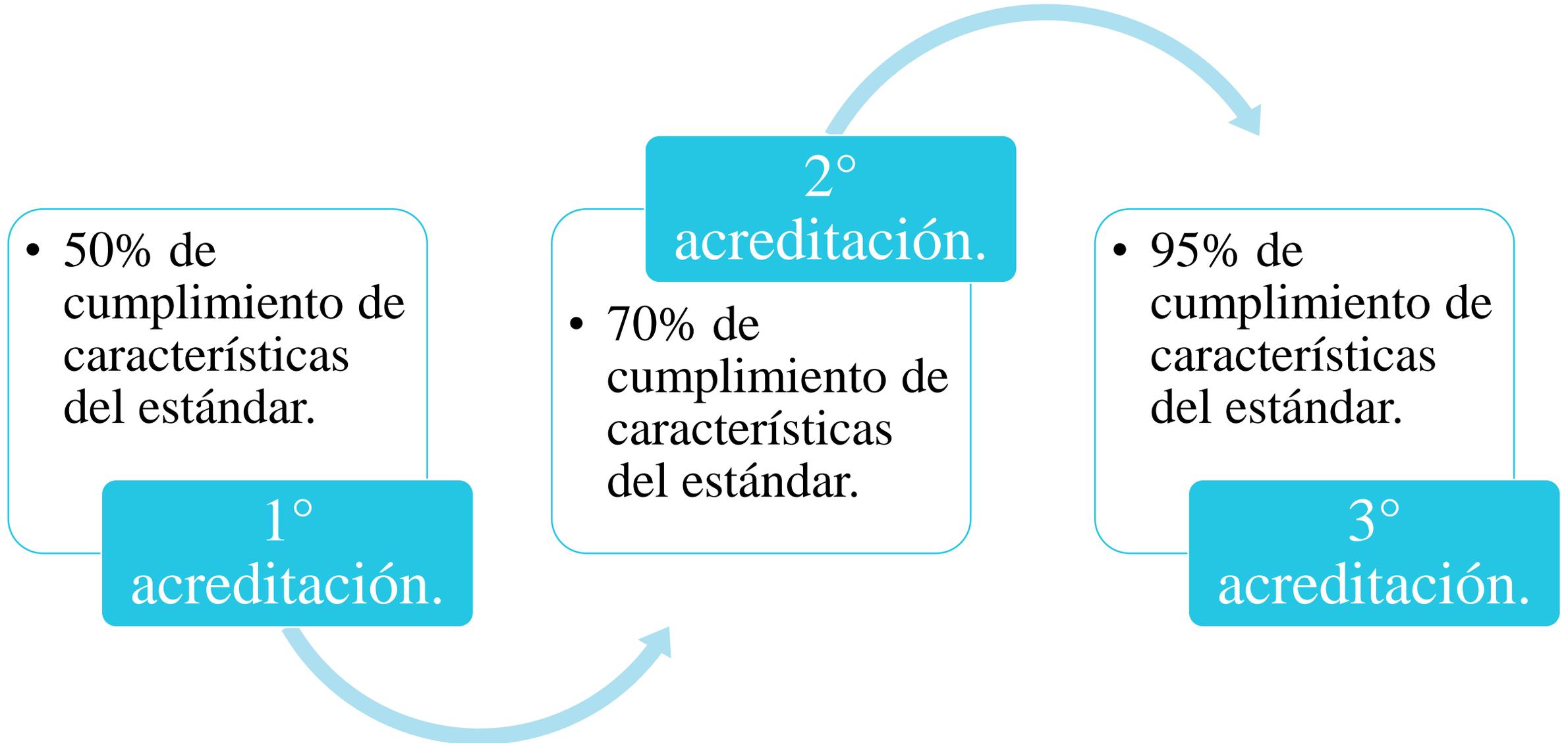
Reacreditación.

Los prestadores institucionales de salud deben solicitar su reacreditación cada tres años contados desde la fecha de la última obtención.

Considerando lo anterior, la vigencia de la acreditación anterior se mantendrá hasta el término del proceso solicitado, siempre que no se excedan los cinco años desde aquella fecha.

El proceso de reacreditación implica que el prestador debe demostrar una evaluación retrospectiva de tres años.

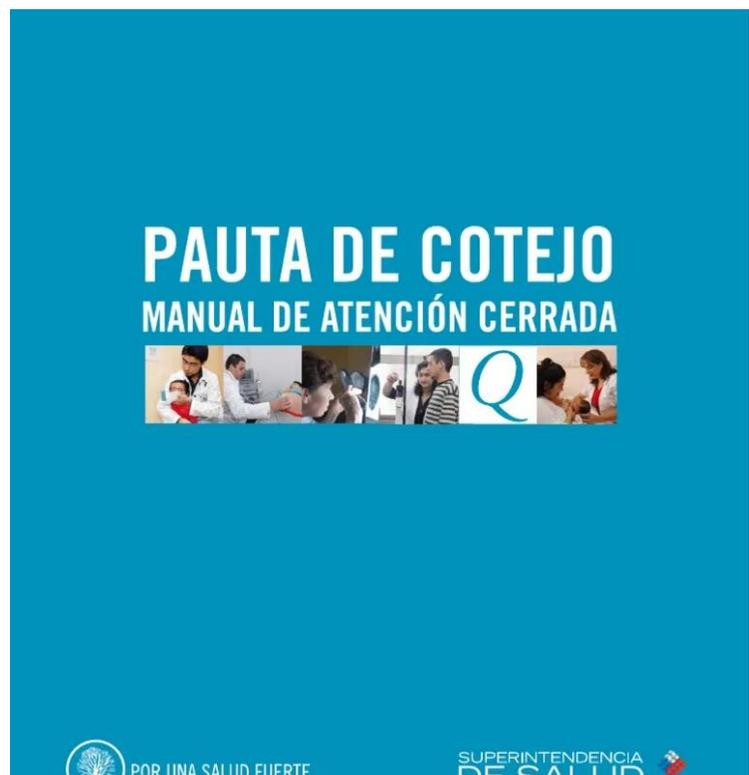
Reacreditación.





**Estándar de
acreditación.**

Pauta de cotejo.



Pauta de cotejo.

La pauta de cotejo es la tabla de trabajo en la que se valoran los elementos medibles requeridos en determinados puntos de constatación o también llamados puntos de verificación.

Para que las características sean consideradas cumplidas, las verificaciones realizadas deben alcanzar cierto umbral, que es específico para cada característica y que se señala en cada caso en la pauta de cotejo.



Actividad formativa.

Utilizando manual del estándar y pauta de cotejo de atención cerrada, defina los siguientes elementos:

Ámbitos.

Componentes.

Características.

Verificadores.

Actividad formativa.

Ámbitos.

De una manera simple, podemos decir que corresponde al área de acción de la atención en salud.

Contienen los alcances de política pública sanitaria para el otorgamiento de una atención de salud que cumpla condiciones mínimas de seguridad.

Componentes.

Constituye el primer nivel de desagregación del ámbito y define aspectos más operacionales que contribuyen a cumplir la intención del ámbito. Son 35 componentes.

Actividad formativa.

Características.

Desagregan el componente, son los requerimientos específicos de gestión sanitaria que se evalúan en cada componente, especificando lo que se busca evaluar. Son 106 características.

Verificadores.

Son los requisitos específicos que se deben medir para calificar el cumplimiento de cada característica. Los encontrarás en la pauta de cotejo como los elementos medibles requeridos en determinados puntos de verificación. Son 955 elementos medibles.

RESUMEN



GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

Ámbitos

Componente GCL-1

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

Componente

GCL 1.1

Característica

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

Característica

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN			OBSERVACIONES
			PQ General	PQ Obst - gine	Pabellón de CMA	
GCL-1.1	Cumple: ≥ 75%	Elementos Medibles GCL-1.1				
Verificables		Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de evaluación pre anestésica que considera anestesia general y regional y se han definido los responsables de su aplicación.				
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.				
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.				
		Se constata: presencia de evaluación pre-anestésica en pacientes intervenidos.				

Puntos de Verificación



Ámbitos.

Ámbito respeto a la dignidad del paciente (DP).

Ámbito gestión de la calidad (CAL).

Ámbito gestión clínica (GCL).

Ámbito acceso, oportunidad y continuidad de la atención (AOC).

Ámbito competencias del recurso humano (RH).

Ámbito registros (REG).

Ámbito seguridad del equipamiento (EQ).

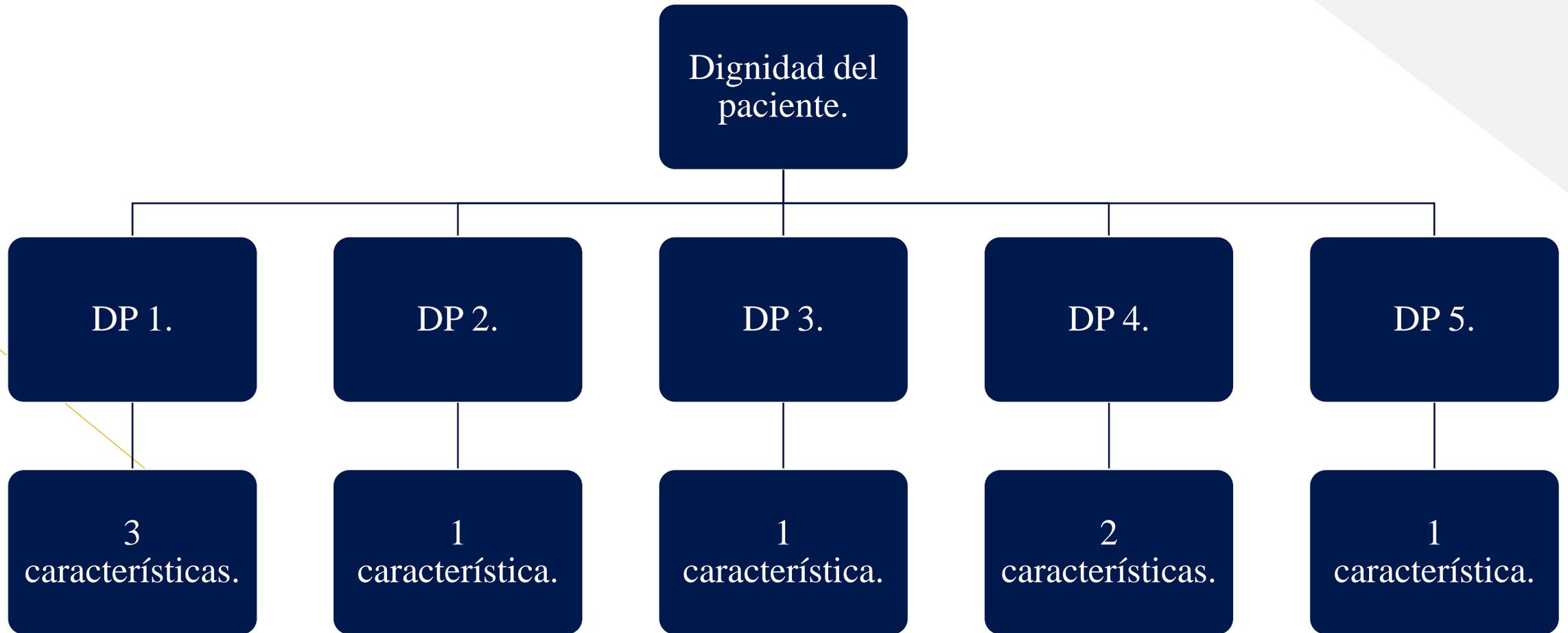
Ámbito seguridad de las instalaciones (INS).

Ámbito servicios de apoyo (AP).

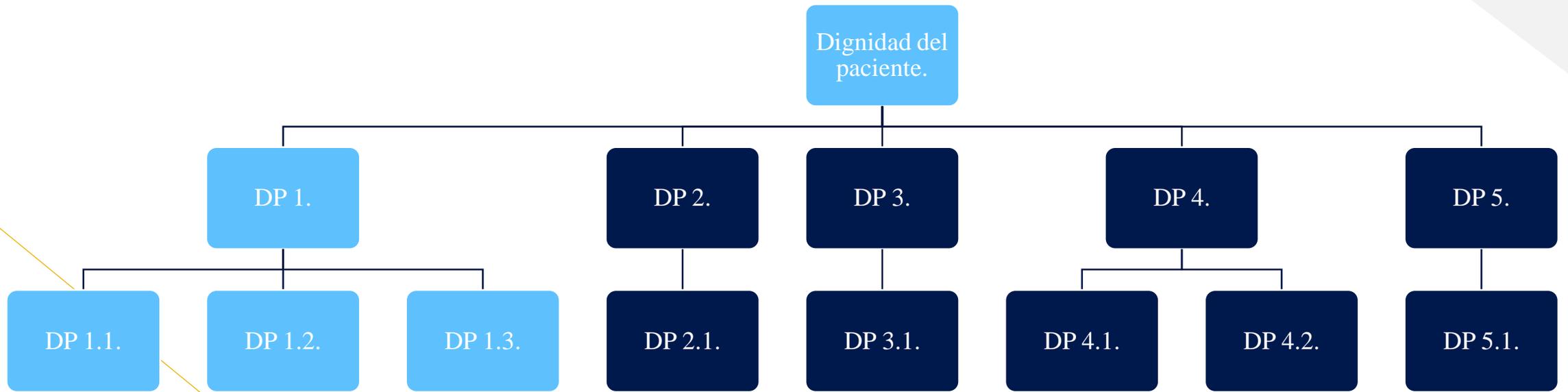


**Ámbito dignidad del
paciente.**

DP.



DP.



DP 1.

DP 1.

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

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.

DP 1.1: Carta de Derechos y Deberes

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.

| 1

DP 1.1

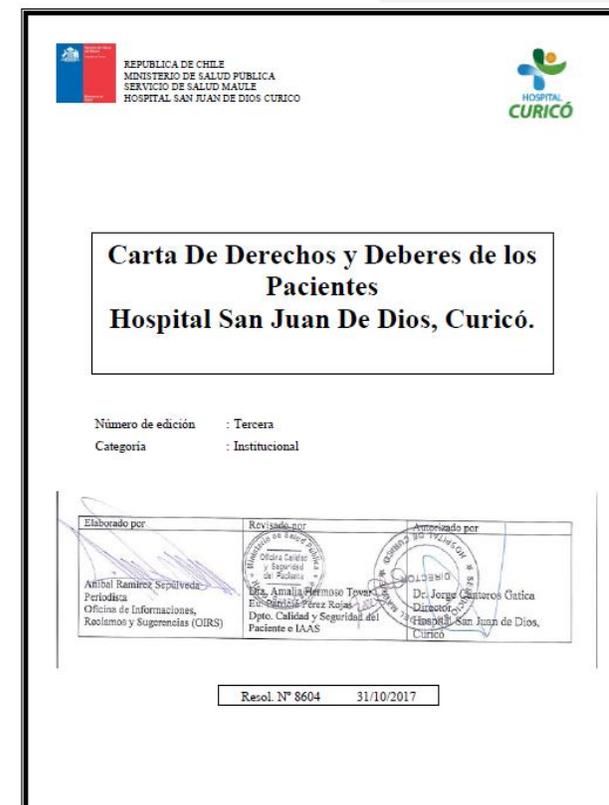
Componente DP-1

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.

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



DP 1.2: Sistema de Reclamos

DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

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

DP 1.2

Característica

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

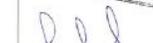
CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Sectores de Hospitalización*	Sectores de espera de público**	Urgencia	
DP- 1.2	Cumple: 100%	<p>Elementos Medibles DP-1.2</p> <p>Se describe en un documento de carácter 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>* Elegir tres al azar.</p> <p>** Elegir los tres con mayor flujo de pacientes.</p> <p>*** Se verificará presencia de libro de reclamos, buzones u otros sistemas para efectuar la formulación del reclamo en cantidad suficiente para asegurar el acceso.</p>

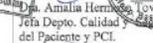
REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ



PROTOCOLO GESTIÓN DE SOLICITUDES CIUDADANAS

Número de edición : Octava
Fecha creación manual : Octubre 2020
Carácter : Institucional

Elaborado por: 
Srta. Patricia Quijada Valdés
Jefa Unidad Satisfacción Usuaría.

Revisado por: 
Sr. Amalia Hernández
Jefa Depto. Calidad del Paciente y PCI.

Aprobado por: 
Sr. María Salazar Cortés
Directora Hospital San Juan de Dios Curicó

Resol. N° 4884 del 23/10/2020

DP 1.3: Satisfacción Usuaría en el respeto de los Derechos y Deberes

DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

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

DP 1.3

Característica

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

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

| 3




REPÚBLICA DE CHILE
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 SERVICIO DE SALUD MAULE
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ

**Protocolo de Evaluación del Respeto
de los Derechos y Deberes de los
Pacientes**

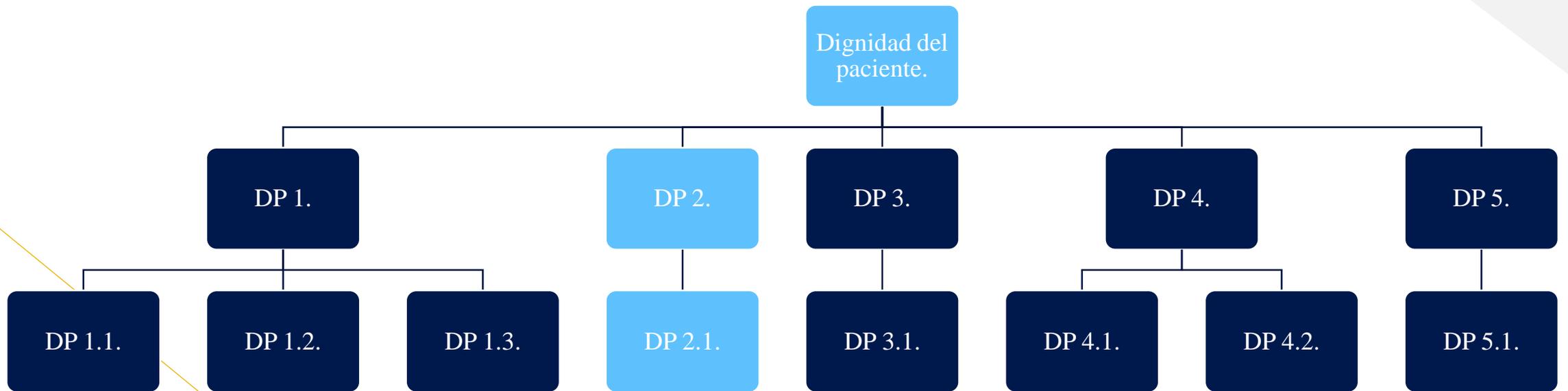
Número de edición : Tercera.
 Fecha creación manual : Abril 2022.
 Categoría : Institucional

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 Sr. Anibal R�mirez Sepúlveda Jefe de Unidad de Comunicaciones y Relaciones de Paciente. Dpto. De Calidad y Seguridad	 Sr. Miguel Sánchez Director Hospital de Curicó. Dpto. De Calidad y Seguridad	 Srta. Pamela Quijano Jefa Unidad de Satisfacción Usuaría
 		

Hospital San Juan de Dios Curicó

Resolución Excm N  3912 del 12/05/2022

DP.



DP 2.

DP 2.

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

DP 2.1.

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

DP 2.1: Consentimiento Informado



**Protocolo
Procedimiento de Aplicación del
Consentimiento Informado**

Número de edición :Decima
Fecha creación manual :Agosto 2022
Categoría :Institucional

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 Dra. Carolina Espinoza Dpto. Calidad y Seguridad	 Dra. Paola Velázquez M. Jefe(s) Servicio de Cirugía.	 Dra. Mariana Arriaga Subdirectora Gestión

DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

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

Componente DP-2

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

DP 2.1

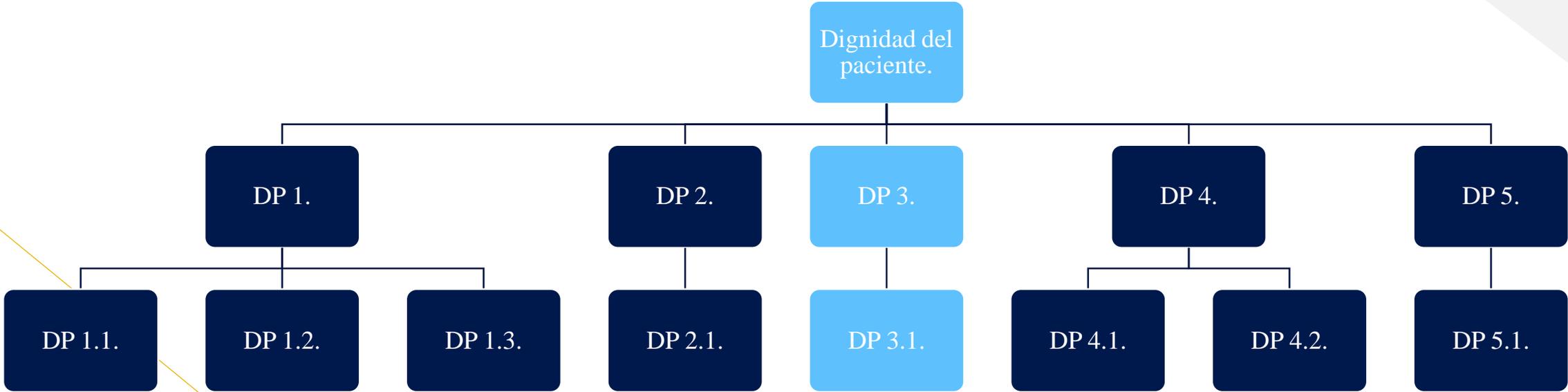
Característica

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

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN							OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Cirugía Adulto	Cirugía Infantil	Sub Especialidad Quirúrgicas	API	PRO Endoscópico	Hemodinam.	
DP-2.1	Cumple: ≥ 80%	Elementos Medibles DP-2.1								
		Se describen en documento(s) de carácter institucional: - Casos en que debe requerirse el consentimiento, considerando al menos los siguientes: cirugías mayores, procedimientos endoscópicos, procedimiento de hemodinamia y otros procedimientos de imagenología intervencional.								
		Se describen en documento(s) de carácter institucional las características del consentimiento escrito: - Debe especificar el procedimiento a realizar - Debe establecer que mediante su firma el paciente o sus familiares expresan que recibieron, de parte de quien efectuará el procedimiento, información sobre los objetivos de la intervención, sus características y potenciales riesgos. - Debe registrar nombre y firma del paciente y del profesional responsable del procedimiento y la fecha de la obtención del consentimiento.								

Continúa en Página Siguiete

DP.



DP 3.

DP 3.

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

DP 3.1.

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

DP 3.1: Investigación en Seres Humanos

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.

| 6

DP 3.1

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

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

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	General	
DP-3.1	Cumple: ≥ 66%	Elementos Medibles DP-3.1			* 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 un documento de carácter Institucional la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos en las que participe la institución.*			
		Se constatan registros de investigaciones realizadas en la institución, aprobadas por un comité de ética y autorizadas por el prestador.			
		Se constata: conocimiento de dicha obligación, en al menos 90% de los profesionales médicos entrevistados.			




Protocolo para Aprobación Ética en Investigaciones en Seres Humanos Hospital San Juan de Dios Curicó

Número de edición : Tercera
 Fecha creación manual : Junio 2021
 Categoría : Institucional

Elaborado por:



Dra. Annela Hattorno Tovar
Médico Unidad Docente
Asistencial

Revisado por:



Dra. Mónica Orellana Arraño
Subdirección Gestión
Asistencial

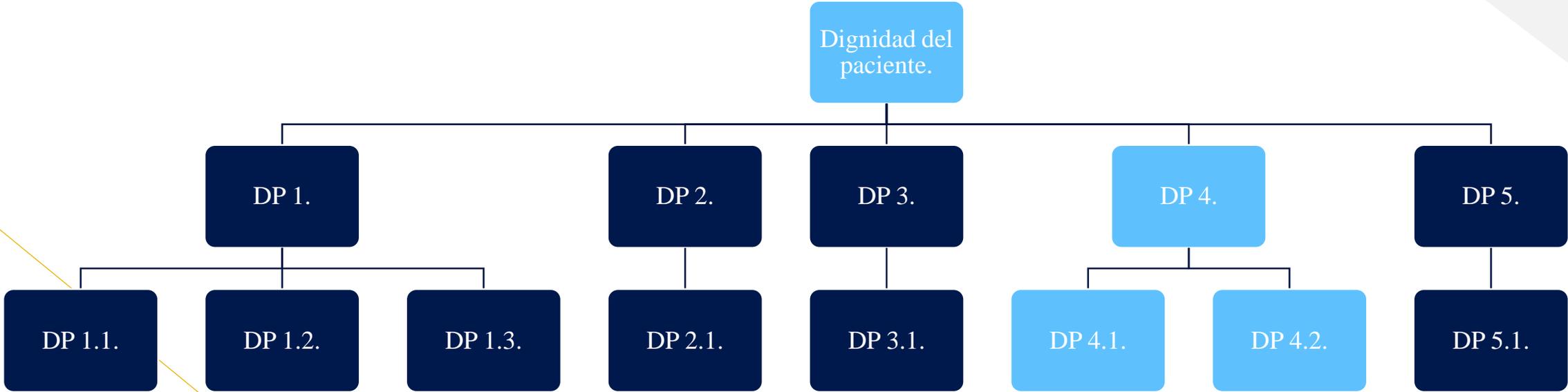
Aprobado por:



Sr. Mauro Salinas Cortés
Director Hospital San Juan de
Curicó

Resol. Ex. N° 3532 del 09/07/2021

DP.



DP 4

DP 4.

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

DP 4.1.

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.

DP 4.1: Convenios Docente Asistencial

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.

| 7

Componente DP-4

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

DP 4.1

Característica

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

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

DP 4.2: Supervisión de practicas clínicas de la actividad Docente de Pregrado

REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ



**Protocolo Regulación de Actividad
Docente Asistencial del
Hospital San Juan de Dios de Curicó**

Número de edición : Cuarta
Fecha creación manual : Diciembre 2019

Elaborado por:
Patricia Pérez Rojas
EU. Dept. de Calidad y Seguridad de Paciente.

Revisado por:
Amalia Hermoso Tovar.
Médico Jefe Departamento Calidad, Seguridad del

Aprobado por:
Sr. Jorge Salgado Cortés
Director Hospital Curicó.

Elaborado por:
Carolina Rojas Vergara
EU. Dept. de Calidad y Seguridad de Paciente.

Revisado por:
Sergio Balboa Moroyoa
Jefe departamento Docente Asistencial



DIRECTOR

Resol. Ex. N° 8 Del 03/01/2020

DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

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

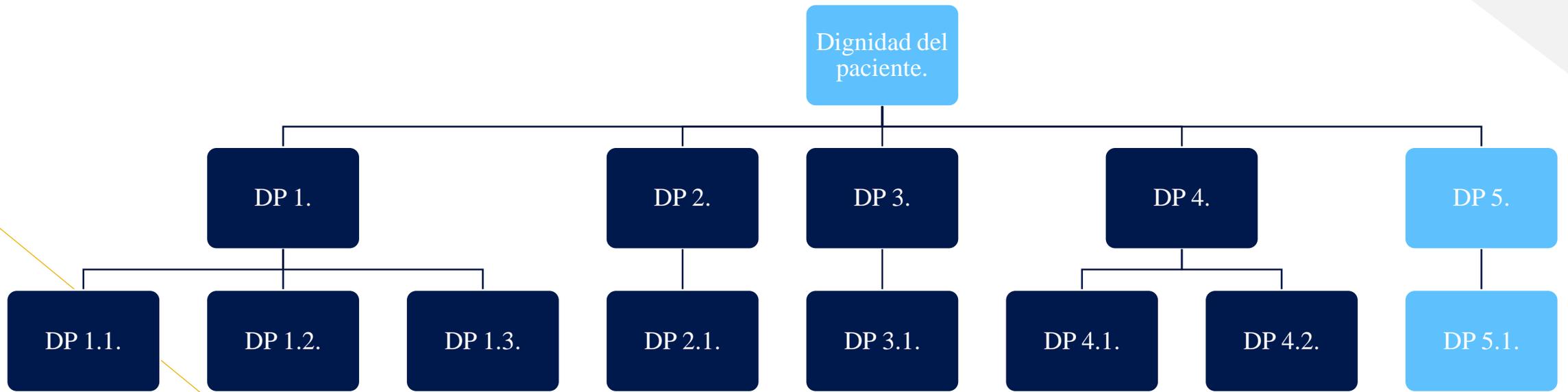
DP 4.2

Característica

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

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

DP.



DP 5.

DP 5.

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

DP 5.1.

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.

DP 5.1: Comité Docente Asistencial

DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

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

Componente DP-5

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

DP 5.1

Característica

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

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

| 9





Ámbito calidad.

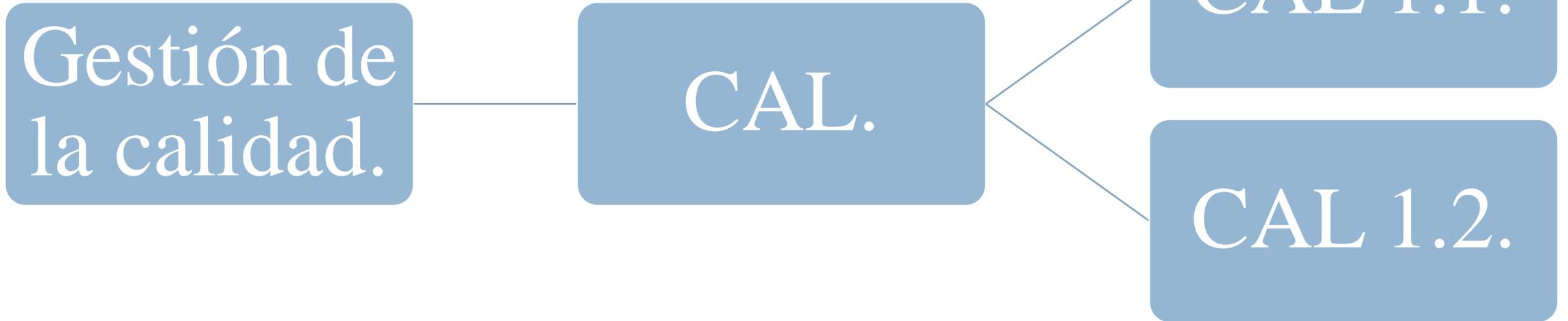
CAL.

Gestión de
la calidad.

CAL.

CAL 1.1.

CAL 1.2.



CAL.

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.

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.

CAL 1.1: POLÍTICAS, ENCARGO Y PROGRAMA DE CALIDAD INSTITUCIONAL

GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

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

CAL 1.1

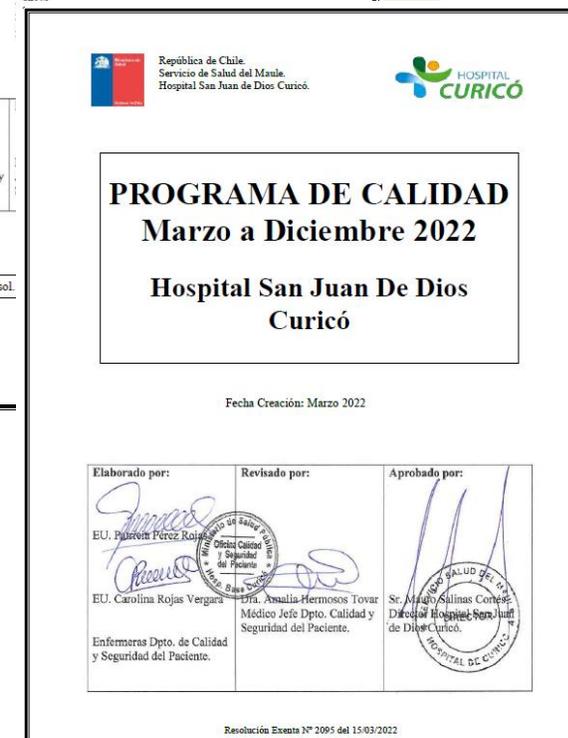
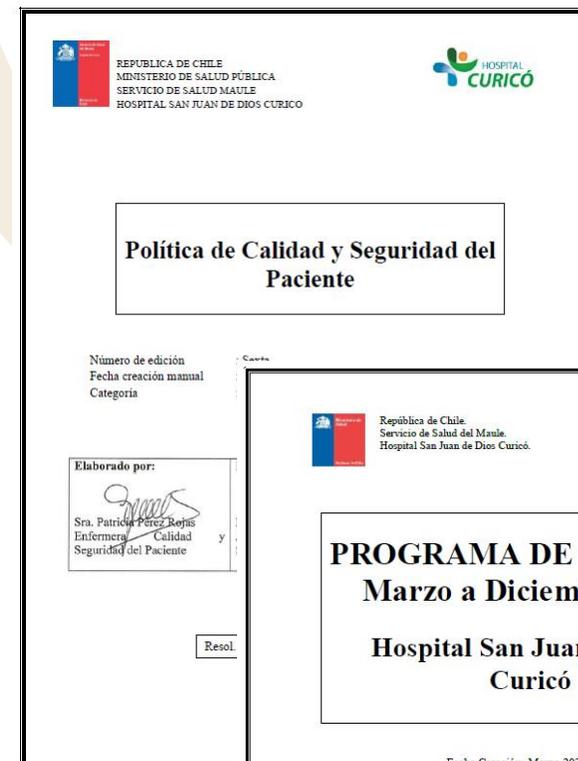
Componente CAL-1

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

Característica

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

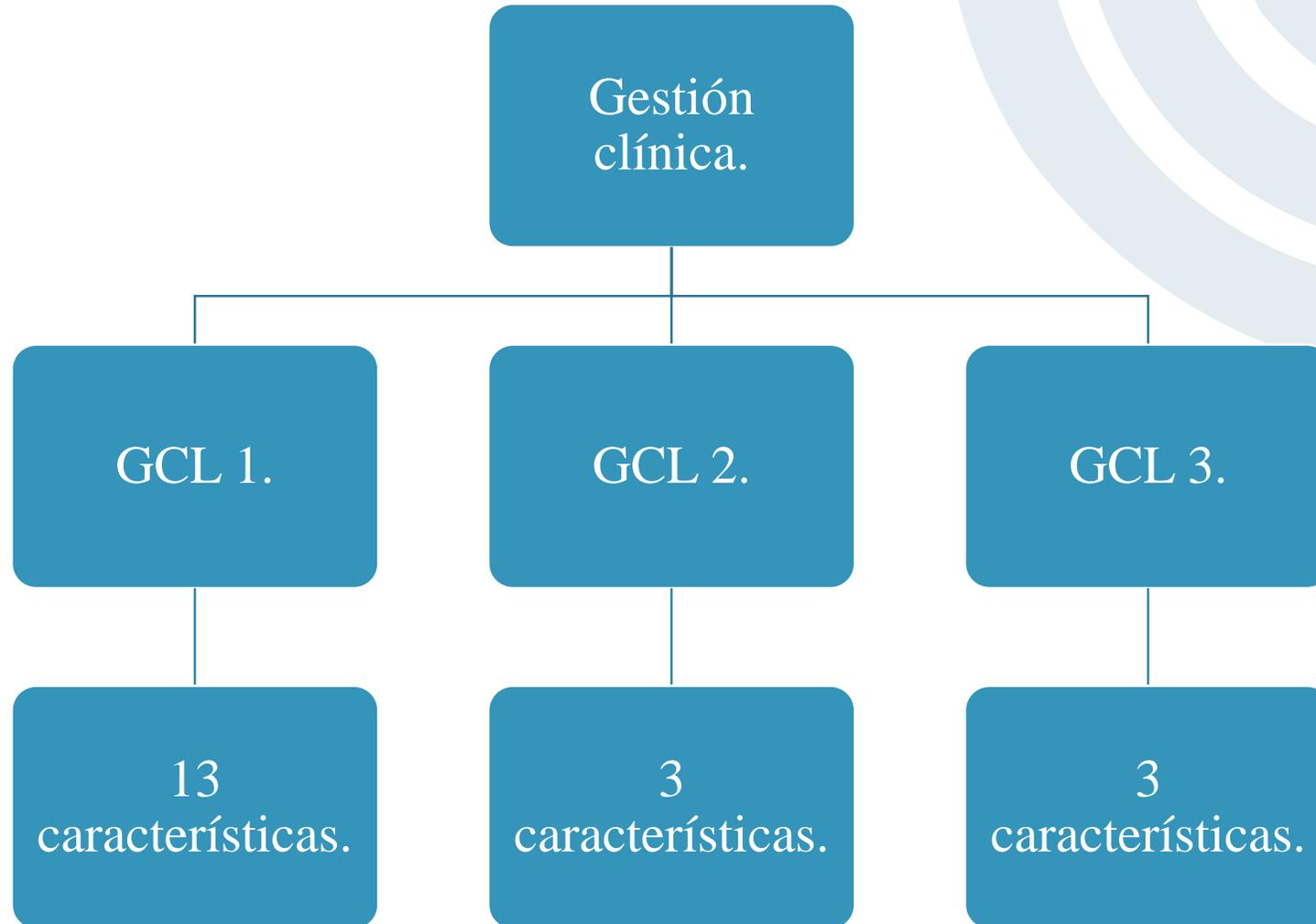
CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
CAL-1.1	Cumple: 100%	<p>Elementos Medibles CAL-1.1</p> <p>Existe un documento de carácter institucional que describe la política de calidad de la Institución.</p> <p>Existe un profesional a cargo del Programa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



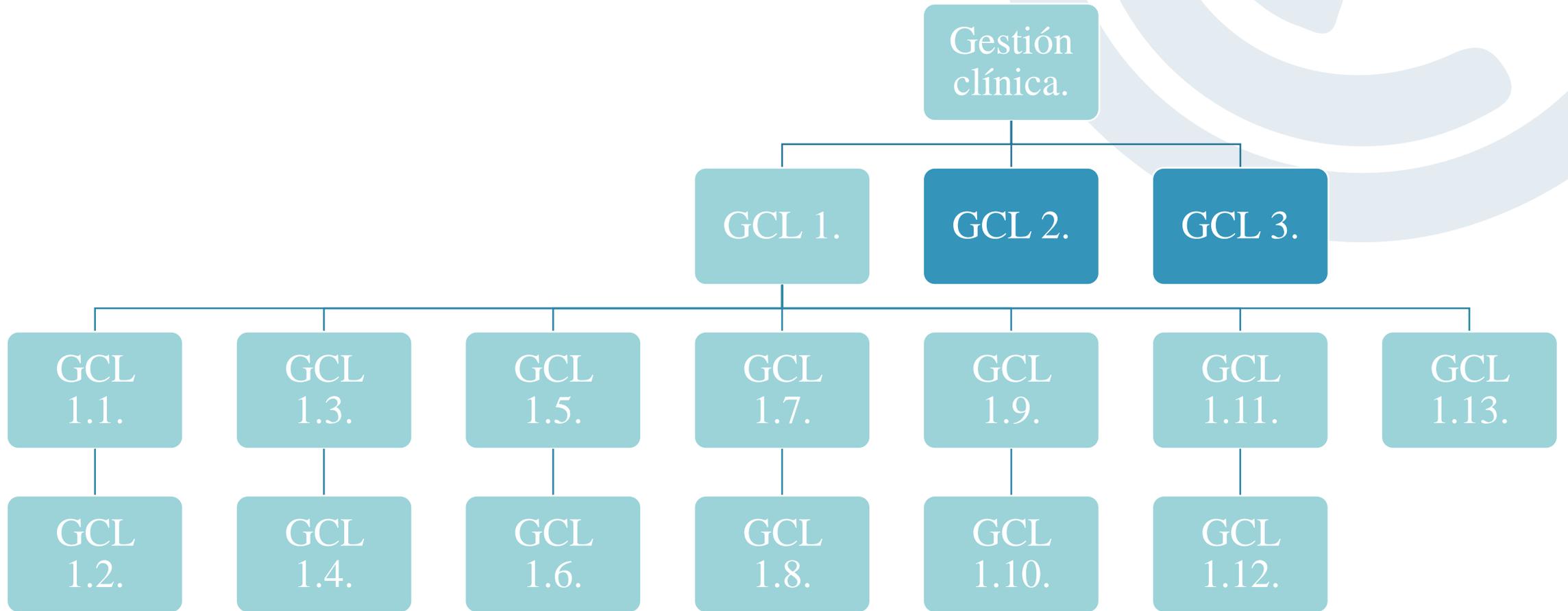


Ámbito GCL.

GCL.



GCL 1.



GCL 1.

GCL 1.

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

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 1.1.



GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

Componente GCL-1

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

GCL 1.1

Característica

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

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN			OBSERVACIONES
			PQ General	PQ Obst - gine	Pabellón de CMA	
GCL-1.1	Cumple: $\geq 75\%$	Elementos Medibles GCL-1.1				
		Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de evaluación pre anestésica que considera anestesia general y regional y se han definido los responsables de su aplicación.				
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.				
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.				
		Se constata: presencia de evaluación pre-anestésica en pacientes intervenidos.				

GCL 1.2.

República de Chile
Ministerio de Salud Pública
Servicio de Salud del Maule
Hospital San Juan de Dios Curicó.

HOSPITAL
CURICÓ

PROTOCOLO INSTALACIÓN DE CATÉTER URINARIO Y PREVENCIÓN DE INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA AL USO DE CATÉTER URINARIO PERMANENTE (ITU/CUP)

Número de edición : Décima
Fecha creación : Noviembre 2021
Categoría : Institucional

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 E.U. Alejandra Díaz Torres Enfermera Coordinadora Pensamiento.	 Dra. Mónica Cepeda Arriano. Subdirectora Clínica Asistencial.	 Sr. Mauro Saifán Cortés. Coordinador General San Juan de Dios Curicó.

Hospital San Juan de Dios Curicó.

Resolución Ejecuta N° 6291 del 23/11/2021

CUP.

- Catéter urinario permanente. Es aquél catéter que permanece por más de 24 horas instalado.

CUI.

- Catéter urinario intermitente. Es aquel que se introduce en la vía urinaria con la finalidad de vaciarla según necesidad o indicación, no permaneciendo el catéter in situ luego de dicho proceso.

VMI.

- Procedimiento de apoyo a la función ventilatoria normal, que requiere una vía área artificial en un paciente determinado a través de equipo específico y especializado.

TQT.

- Es un procedimiento quirúrgico realizado con objeto de crear una abertura dentro de la tráquea a través de una incisión ejecutada en el cuello con la inserción de un tubo o cánula para facilitar el paso del aire a los pulmones.

GCL 1.2.

República de Chile
Ministerio de Salud Pública
Servicio de Salud del Maule
Hospital San Juan de Dios Curicó.

HOSPITAL
CURICÓ

PROTOCOLO INSTALACIÓN DE CATÉTER URINARIO Y PREVENCIÓN DE INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA AL USO DE CATÉTER URINARIO PERMANENTE (ITU/CUP)

Número de edición : Décima
Fecha creación : Noviembre 2021
Categoría : Institucional

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 E.U. Alejandra Díaz Torres Enfermera Coordinadora Pensionada.	 Dra. Mónica Cepeda Arrau Subdirectora Clínica Asistencial.	 Sr. Mauro Saifried Cortés Cargado de Infección San Juan de Dios Curicó.

Hospital San Juan de Dios Curicó.

Resolución Ejecuta Nº 6291 del 23/11/2021

TET.

- Es un catéter que se inserta en la tráquea con el propósito de establecer y mantener una vía aérea permeable.

Manejo VVP – VVC.

- Es la canalización de un vaso venoso o arterial realizada por medio de un catéter a través de una punción o a través de una incisión cuya duración es variable en el tiempo, acorde necesidad y eventuales complicaciones.

Administración de medicamento EV.

- Administrar medicamentos al torrente sanguíneo, a través de vías venosas periféricas o centrales, aplicando estándares de seguridad para el paciente, minimizando riesgos asociados a la atención.

Vacuna.

- Preparado de antígenos que se inocula al organismo con el fin de generar una respuesta inmunitaria.

Cadena de frío.

- Se denomina al conjunto de sistemas de conservación, manejo, transporte y distribución de las vacunas para garantizar su estabilidad e inmunogenicidad desde su fabricación hasta su administración en el paciente.

GCL 1.3.

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ

HOSPITAL
CURICÓ

**PROTOCOLO
MANEJO DEL DOLOR AGUDO**

Número de edición : Cuarta
Fecha creación manual : Enero 2018
Categoría : Institucional

Elaborado por:	Revisado:	Aprobado:
Dr. Lorenzo Urrutia S. EU. Mariabel Cáceres G. Pabellón de Operaciones y Rec. de Anestesia	Dr. Rubén Navarrete Jefe de Pabellón de Operaciones y Rec. de Anestesia	Dr. Jorge Cameros Gatica Director Hospital San Juan de Dios Curicó
	Dra. Amalia Hermoso T. Jefe Depto. Calidad y Seguridad del Paciente	

Resol. Exenta N° 202 02/01/2018

Manejo del dolor agudo.

- El dolor agudo es uno de los síntomas que experimentan más frecuentemente los pacientes con relación a una enfermedad, injuria traumática, quirúrgica, o como resultado de un procedimiento.
- Un inadecuado tratamiento del dolor agudo, tiene consecuencias fisiológicas que exponen a nuestro paciente a complicaciones que aumentan la morbimortalidad.

GCL 1.3.

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.3

Característica

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

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES
			PQ*	CIR Ad	Trauma- tología	Obst- gine	
GCL-1.3	Cumple: \geq 50%	Elementos Medibles GCL-1.3					* Recuperación.
		Se describe en un documento el procedimiento de evaluación y manejo del dolor agudo y se ha definido los responsables de su aplicación.					
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.					
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.					
		Se constata: evaluación y manejo del dolor agudo en pacientes post-operados de acuerdo al procedimiento local.					

GCL 1.4.

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD DEL MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ

HOSPITAL
CURICÓ

**PROTOCOLO
REANIMACION
CARDIOPULMONAR
ADULTOS**

Número edición : Cuarta
Fecha manual : Octubre 2018

Elaborado por:
Dra. Aída Sánchez Massardo
Unidad de Paciente Crítico

Revisado por:
Dra. Amanda Hermoso Tovar,
Eñ. Patricia Pérez Rojas,
Eñ. Carolina Rojas Vergara,
Depto. Calidad y Seguridad del Paciente

Autorizado por:
Dr. Jorge Cuatrecasas Gatica
Director
Hospital San Juan de Dios,
Curicó

Resol. 10155 8/11/2018

Reanimación adulto.

- Es el conjunto de maniobras encaminadas a revertir un PCR, logrando obtener flujo sanguíneo eficiente.

Reanimación neonatal.

- Aproximadamente el 10% de los recién nacidos requieren alguna ayuda para empezar a respirar al nacer, y menos del 1% requieren medidas más complejas de reanimación para sobrevivir. La gran mayoría de los recién nacidos (90%) hace la transición de la vida intrauterina a la vida extrauterina sin ninguna dificultad.

Reanimación pediátrica.

- El paro cardíaco por causa primaria es infrecuente en la población pediátrica; sin embargo últimas revisiones han encontrado hasta un 15% de fibrilación ventricular en pacientes pediátricos. De esta manera, la causa más frecuente de PCR está dada por enfermedades que producen insuficiencia respiratoria o circulatoria que progresa a la falla cardiorrespiratoria.

GCL 1.4.

REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD DEL MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ



**PROTOCOLO
REANIMACION
CARDIOPULMONAR
ADULTOS**

Número edición : Cuarta
Fecha manual : Octubre 2018

<p>Elaborado por:  Dra. Aída Sánchez Massardo Unidad de Paciente Crítico</p>	<p>Revisado por:  Dra. Amanda Hermoso Tovar Ea. Patricia Pérez Rojas Ea. Carolina Rojas Vergara Dpto. Calidad y Seguridad del Paciente</p>	<p>Autorizado por:  Dr. Jorge Cañeros Gatica Director Hospital San Juan de Dios, Curicó</p>
--	--	---

Resol. 10155 8/11/2018

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.4

Característica

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

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

GCL 1.5.

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ

HOSPITAL
CURICÓ

**PROTOCOLO DE
INGRESO Y EGRESO A
UNIDAD DE PACIENTE
CRÍTICO**

Número de edición : Séptima
Fecha creación manual : Enero 2020
Carácter : Institucional

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Dr. Jorge Canteros Otaola Médico Jefe Unidad de Paciente Crítico. EU Laura Valenzuela Núñez EU Jefe (S) Unidad de Paciente Crítico.	Dra. Amalia Pizarro Tovar. Médico Jefe Departamento Calidad, Seguridad del Paciente y PCI.	Sr. Mauro Salinas Cortés. Director Hospital San Juan de Dios de Curicó.

Resol. N° 511 Del 21/01/2020

Ingreso y egreso a UPC.

- Se define como paciente crítico a aquel, cuya condición patológica, determina un serio riesgo vital a corto plazo y que, teniendo condiciones de reversibilidad de esa patología, hacen aconsejable la aplicación de recursos especiales de monitoreo, vigilancia y terapias especiales, solamente disponibles en unidades de pacientes críticos (UPC) ya sea área de intensivo o intermedio.

GCL 1.5.

REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ



PROTOCOLO DE INGRESO Y EGRESO A UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO

Número de edición : Séptima
Fecha creación manual : Enero 2020
Carácter : Institucional

Elaborado por:
Dr. Jorge Canteros Gatica
Médico Jefe Unidad de
Paciente Crítico

EU Laura Valenzuela Núñez
EU Jefe (S) Unidad de
Paciente Crítico

Revisado por:
Dra. Amalia Fernández Tovar.
Médico Jefe Departamento
Calidad, Seguridad del
Paciente y PCI.

Aprobado por:
Sr. Mauro Salinas Cortés.
Director Hospital San Juan
de Dios de Curicó

Resol. N° 511 Del 21/01/2020

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.5

Característica

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

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

GCL 1.

GCL 1.

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

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 1.6.

Indicación de cesárea.

- Es el acto quirúrgico mediante el cual se extrae el feto, la placenta y los anexos a través de una incisión en el útero (Histerotomía) y pared abdominal (Laparotomía). Es un procedimiento de cirugía mayor, y a pesar de los avances, la morbilidad materna sigue siendo 3 veces mayor que en un parto vaginal.

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD DEL MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CURICO

HOSPITAL CURICO

**PROTOCOLO
INDICACION DE CESAREA
SERVICIO DE OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA**

Número de edición : Quinta
Fecha creación : Marzo 2022
Carácter : Institucional

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 Elizabeth Leyón Bobadilla Matrona Jefe Dpto. Matronería Servicio Obstetricia	 Dra. Lana Paredes Saurer Jefe Servicio Gineco-Obstetricia	 Sr. Mauro Salinas Cortes Director Hospital San Juan de Dios Curico
 Mónica Escobar de la Cruz Médica Jefe de calidad Servicio Obstetricia	 Dra. Amaliti Hermoso Tovar Jefe Dpto. Calidad y Seguridad del Paciente	 DIRECTOR

GCL 1.6.



REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD DEL MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CURICO



HOSPITAL
CURICO

**PROTOCOLO
INDICACION DE CESAREA
SERVICIO DE OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA**

Número de edición : Quinta
Fecha creación : Marzo 2022
Carácter : Institucional

Elaborado por:
Elizabeth Leyón Bobadilla
Matrona Jefe Dpto. Matronería
Servicio Obstetricia

Aprobado por:
Mónica Becerra de la Cruz
Médica Jefe de Calidad
Servicio Obstetricia

Dr. Carlos Álvarez Sandoval
Médico Jefe de Ginecología
Responsable de la Clínica de
Cesárea, Servicio Gineco-
Obstetricia

Revisado por:
Dr. Luis Aguilar Muñoz
Jefe Servicio Gineco-Obstetricia

Dr. Amalia Hermoso Tovar
Jefe Dpto. Calidad y Seguridad del
Paciente

Aprobado por:

Dr. Mauro Salinas Cortes
Director Hospital San Juan de
Dios Curico

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.6

Característica

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

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
GCL-1.6	Cumple: ≥ 66%	<p>Elementos Medibles GCL-1.6</p> <p>Se describen en un documento de carácter institucional los criterios de indicación de cesárea y se han definido los responsables de su aplicación.</p> <p>Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.</p> <p>Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.</p>	<p>Obstetricia - Ginecología</p>	

GCL 1.7.

Indicación de transfusión.

- La terapia transfusional es la reposición de sangre o alguno de sus componentes por productos, similares de origen humano, obtenido y procesado en unidades especializadas mediante procesos estandarizados y de calidad.

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ

HOSPITAL
CURICÓ

**PROTOCOLO
MEDICINA TRANSFUSIONAL:
“INDICACIÓN DE
TRANSFUSIÓN”
HOSPITAL DE CURICÓ**

Número de edición : Séptima
Fecha creación manual : Agosto 2020
Carácter : Institucional

Elaborado por Dra. María de la Luz Maturana Salas. TM: Romina Fariñas Bravo. Equipo Médico Macrored Sur	Revisado por: Dra. Carolina Espinoza Tovar Jefe División Gestión y Seguridad del Paciente Sr. Anibal López Cornejo Subdirección de Apoyo a la Gestión Asistencial	Aprobado por: Sr. Mauro Salinas Cortés Director Subred de Salud de Dios Curicó DIRECTOR HOSPITAL DE CURICÓ
--	---	---

Resol. N° 4881 del 23/10/2020

GCL 1.7.



REPÚBLICA DE CHILE
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 SERVICIO DE SALUD MAULE
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ



PROTOCOLO MEDICINA TRANSFUSIONAL: “INDICACIÓN DE TRANSFUSIÓN” HOSPITAL DE CURICÓ

Número de edición : Séptima
 Fecha creación manual : Agosto 2020
 Caracter : Institucional

Elaborado por  Dra. María de la Luz Maturana Salas. TM: Romina Fariñas Bravo. Equipo Médico Macrorred Sur	Revisado por:  Dra. Constanza Figueroa Tovar Jefe de Clínica y Seguridad del Paciente  Sr. Amibál Lobos Cornejo Subdirección de Apoyo a la Gestión Asistencial	Aprobado por:  Sr. Mauro Salinas Cortés Director del Hospital de Curicó 
--	--	---

Resol. N° 4881 del 23/10/2020

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.7

Característica

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

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

GCL 1.8.

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.8

Característica

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

| 8

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

GCL 1.9.

Contención física en agitación psicomotora.

- Procedimiento que permite limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo mediante un sistema de inmovilización física, a fin de garantizar la seguridad del paciente y de quien les rodean, e impedir la manipulación o autoretiro de dispositivos.

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CURICO

HOSPITAL
CURICO

Protocolo
Procedimiento de contención física en pacientes con agitación psicomotora

Número de edición : Sexta
Fecha creación manual : Noviembre 2018

Elaborado por:	Revisado por:	Autorizado por:
 E. Graciela San Martín Benavente E. Jefe Unidad de Paciente Crítico E. Patricia Robles García E. Jefe Servicio Medicina	 E. Alicia Ortega Bravo Subdirectora Gestión del Cuidado	 Dr. Jorge Canteros Gatica Director Hospital San Juan de Dios, Curico

Resol. 10156 8/11/2018

GCL 1.9.



REPUBLICA DE CHILE
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 SERVICIO DE SALUD MAULE
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CURICO



Protocolo
Procedimiento de contención física en pacientes
con agitación psicomotora

Número de edición : Sexta

Fecha creación manual : Noviembre 2018

Elaborado por:	Revisado por:	Autorizado por:
Eu. Graciela San Martín Benavente Eu. Jefe Unidad de Paciente Crítico Eu. Patricia Robins García Edo. Jefe Servicio Medicina	Eu. Alicia Ortega Bravo Subdirectora Gestión del Cuidado	Dr. Jorge Canteros Gatica Director Hospital San Juan de Dios, Curico
Dra. Angélica Hernández Torres Eo. Patricia Pérez Rojas Dpto. Calidad y Seguridad del Paciente		

Resol. 10156 8/11/2018

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.9

Característica

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

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES
			UPC Ad	Psiquiatría	Med.	URG	
GCL-1.9	Cumple: $\geq 75\%$	Elementos Medibles GCL-1.9 Se describe en un documento el procedimiento de contención física de pacientes en agitación psicomotora que contiene la descripción explícita de las medidas de prevención para evitar los eventos adversos asociados a dicha contención. Se han definido los responsables de su aplicación. Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento. Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica. Se constata adecuado procedimiento de contención física y/o la presencia de los elementos necesarios para realizar el procedimiento.					

GCL 1.10.

Derivación en intento suicida.

- El suicidio se define como todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable en la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil.

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ

HOSPITAL
CURICÓ

**Protocolo Ingreso, Egreso Y
Derivación Paciente Con Intento
Suicida Hospital San Juan De Dios
de Curicó**

Número edición : Cuarta
Fecha de elaboración : Septiembre 2018
Categoría : Institucional

Elaborado Por	Revisado Por	Aprobado Por
Dr. Jorge Alberto Conzatti Ps. Antonio Ignacio Ibarra Leal Servicio de Psiquiatría	Dra. Graciela Rodríguez Tovar E.U. Eugenia Pérez Rojas E.U. Cecilia Rojas Vergara Dpto. de Calidad y Seguridad del Paciente	Dr. Jorge Guillermo Gutiérrez Directo Hospital San Juan de Dios Curicó

Resol. Ex. 10150 08/11/2018

GCL 1.10.

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ



Protocolo Ingreso, Egreso Y Derivación Paciente Con Intento Suicida Hospital San Juan De Dios de Curicó

Número edición : Cuarta
Fecha de elaboración : Septiembre 2018
Categoría : Institucional

Elaborado Por	Revisado Por	Aprobado Por
 Dr. Jorge Estrovo Conaigleri Ps. Antonio Ignacio Ibarra Leal Servicio de Psiquiatría	 Dra. Cecilia Rodríguez Tovar FU. Cecilia Pérez Rojas FU. Cecilia Rojas Vergara Depto. de Calidad y Seguridad del Paciente	 Dr. Jorge Contreras Gutiérrez Director Hospital San Juan de Dios Curicó

Resol. Ex. 10150
08/11/2018

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.10

Característica

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

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

GCL 1.

GCL 1.

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

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 de anticoagulantes orales.

GCL 1.11.

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ

HOSPITAL
CURICÓ

Protocolo
Identificación, Rotulación, Recepción, Procesamiento y
Entrega de Muestras de Biopsias

Número de edición : Décima
Fecha creación manual : Mayo 2018.
Categoría : Institucional

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 TM. Marcela Cifuentes Passeron Encargado de Calidad UAP	 Dra. Melissa Carmona Jefe I.I.A.P.  Dra. Amalia Hermoso E.U. Carolina Rodríguez Departamento de Diagnóstico y Seguridad de la Atención Hospital San Juan de Dios Curicó	 Dr. Jorge Canteros Gatica Director Hospital San Juan de Curicó

Manejo de biopsias.

- La obtención de muestras para estudio anatómo patológico, con fines diagnósticos y/o para estudio de una patología dada, se realiza mediante procedimientos médicos invasivos o no, e intervenciones quirúrgicas. El análisis oportuno y seguro de las piezas biológicas proporcionan al médico clínico un elemento importante para el diagnóstico y con ello pronóstico y tratamiento, que debe definir como el más adecuado para cada paciente en particular.

GCL 1.11.

REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ



Protocolo
Identificación, Rotulación, Recepción, Procesamiento y
Entrega de Muestras de Biopsias

Número de edición : Décima
Fecha creación manual : Mayo 2018.
Categoría : Institucional

<p>Elaborado por:  TM. Marcela Cifuentes Passeron Encargado de Calidad UAP</p>	<p>Revisado por:  Dra. Melissa Carmona Jefe I.I.A.P.  Dra. Amalia Fiermoso EU. Carolina Rodríguez Departamento de Infección y Seguridad del Paciente </p>	<p>Aprobado por:  Dr. Jorge Canteros Gatica Director Hospital San Juan de Curicó</p>
--	---	--

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

GCL 1.11

Característica

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

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN			OBSERVACIONES
			APA	PQ	PRO Endoscópicos	
GCL-1.11	Cumple: $\geq 75\%$	<p>Elementos Medibles GCL-1.11</p> <p>Se describen en un documento de carácter institucional los procedimientos de registro, rotulación traslado y recepción de biopsias. Se han definido los responsables de su aplicación.</p> <p>Se constata la trazabilidad de las biopsias.</p>				

GCL 1.12.

Identificación de pacientes.

- Se deben identificar como mínimo los pacientes: Recién nacidos, pediátricos, con compromiso de conciencia y que ingresen a pabellón.

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ

HOSPITAL CURICÓ

**Protocolo
Identificación de Paciente**

Número de edición : Novena
Fecha creación : Enero 2019

Elaborado por SUBDIRECCION GESTION DEL CUIDADO Ea. Alejandra Ortega Bravo Dpto. Gestión del Cuidado	Revisado por Ea. Amalia Hermoso Tovar Dpto. Calidad y Seguridad Del Paciente	Autorizado por DIRECTOR Ea. Mónica Orellana Afraido Directora (S) Hospital San Juan de Dios, Curicó
--	--	--

Basel: N° 0589. Del 05/02/2019

GCL 1.13.

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ

HOSPITAL
CURICÓ

**PROTOCOLO
TRATAMIENTO
ANTICOAGULANTE ORAL**

Número de edición : Cuarta
Fecha creación manual : Enero 2018

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Dr. Esteban Eugenio León Jefe CR Medicina, Hospital San Juan de Dios de Curicó	Dra. Myrtha Arroyo Castro Jefe CP Medicina, Hospital San Juan de Dios de Curicó Dra. Amalia Hermoso Jefe Departamento de Medicina y Seguridad del Paciente	Dr. Jorge Cárdenas Gatica DIRECTOR Hospital San Juan de Dios de Curicó

Res. Ex. N° 204 02.01.2018

Tratamiento anticoagulante oral.

- Son fármacos que impiden la coagulación de la sangre. Se utilizan, principalmente, en pacientes con valvulopatías o síndrome coronario agudo.

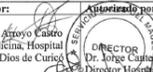
GCL 1.13.




REPUBLICA DE CHILE
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 SERVICIO DE SALUD MAULE
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ

**PROTOCOLO
TRATAMIENTO
ANTICOAGULANTE ORAL**

Número de edición : Cuarta
 Fecha creación manual : Enero 2018

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Dr. Patricio Eugenio León Jefe CR Medicina, Hospital San Juan de Dios de Curicó	Dra. Myrtha Arroyo Castro Jefe CP Medicina, Hospital San Juan de Dios de Curicó Dra. Amalia Hermoso Jefe Departamento de y Seguridad del Paciente	 DIRECTOR Dr. Jorge Cárdenas Gatica Director Hospital San Juan de Dios de Curicó

Res. Ex. N° 204 02.01.2018

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

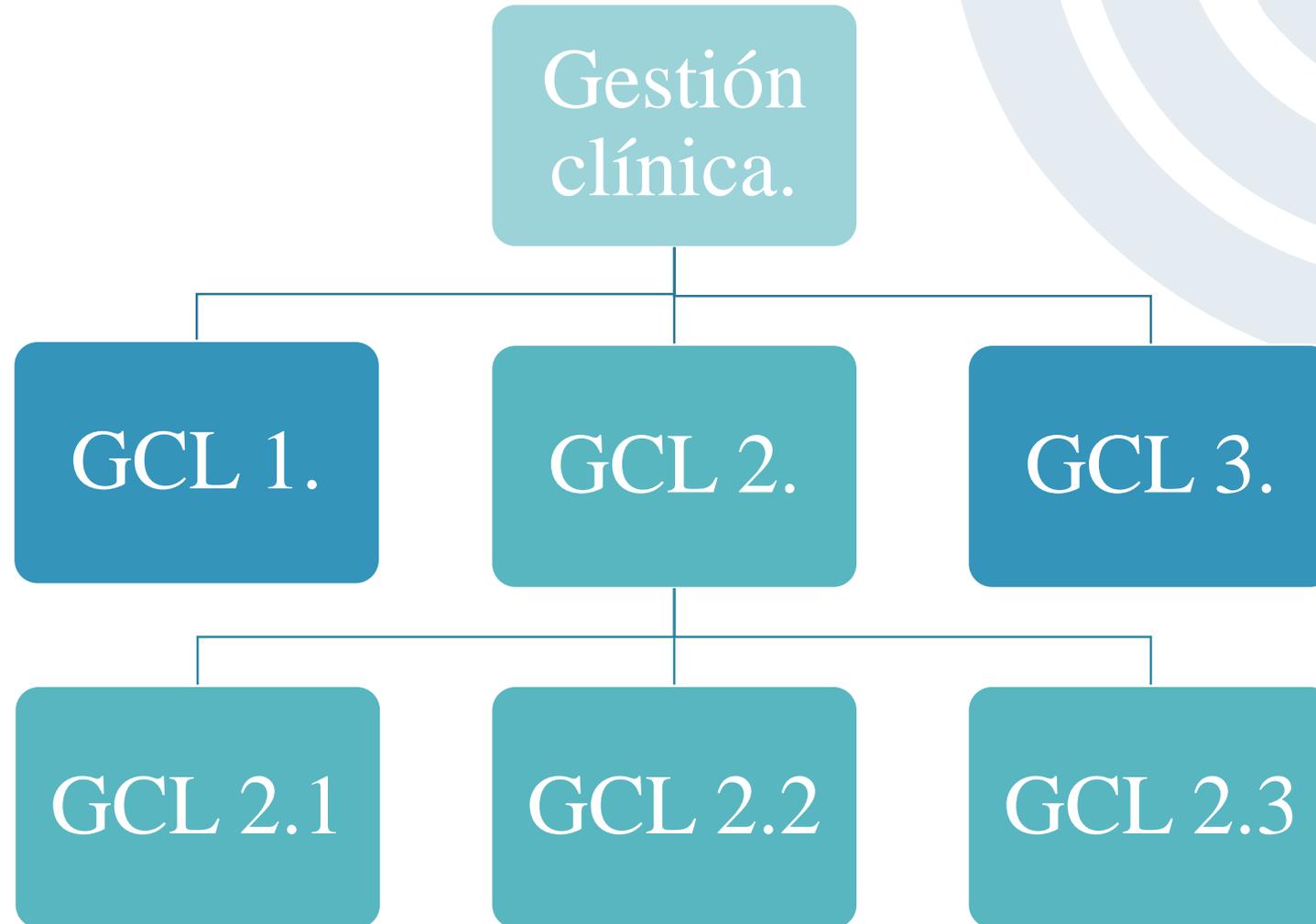
GCL 1.13

Característica

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

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

GCL 2.



GCL 2.

GCL 2.

El prestador institucional cuenta con un programa para prevenir y vigilar la ocurrencia de eventos adversos asociados a la atención de los pacientes.

GCL 2.1.

Prevención de eventos adversos asociados a procesos quirúrgicos.

GCL 2.2.

Prevención de eventos adversos asociados a procesos asistenciales.

GCL 2.3.

Se realiza vigilancia de eventos adversos asociados a la atención

GCL 2.1.

Pausa de Seguridad o pausa quirúrgica.

- Es una verificación de seguridad que se realiza en el equipo quirúrgico antes de una intervención quirúrgica o procedimiento invasivo.

República de Chile
Ministerio de Salud Pública
Servicio de Salud Maule
Hospital San Juan de Dios de Curicó

**PROTOCOLO
PREVENCIÓN DE EVENTOS
ADVERSOS ASOCIADOS A
PROCESOS QUIRÚRGICOS**

Número de edición : Séptima
Fecha de creación : Septiembre 2021
Categoría : Institucional

Elaborado por:	Revisado por:	Autorizado por:
EU. Mariel Cortés Gacé Jefa Patología y Recuperación Anestesia	EU. María Salas Oncóloga Clínica y Asesoría de Seguridad del Paciente	Sr. Misiro Salinas Cortés Director Hospital San Juan de Dios Curicó
Marcela Trillosso Rojas EU. Jefa Indiferenciado	EU. Alfonso Alfaro Estrategia y Gestión del Cuidado	
Elizabeth Leyten Bobadilla Mt. Jefa Ginecología y Obstetricia		
José Arrigada Avendaño EU. Coordinador Clínica Adulto	Dr. Jorge Barria Yeri Médico Jefe Anestesia y Recuperación	
Belen Tello Vidal EU Pediatría y Cirugía Infantil		

Resolución Exenta N° 5807 del 26/10/2021

GCL 2.1

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

Componente GCL-2

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

GCL 2.1

Característica

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



República de Chile
Ministerio de Salud Pública
Servicio de Salud Maule
Hospital San Juan de Dios de Curicó



PROTOCOLO PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A PROCESOS QUIRÚRGICOS

Número de edición : Séptima
Fecha de creación : Septiembre 2021
Categoría : Institucional

Elaborado por:

EU. Maribel Cáceres Gacé
Jefa Pabellón y Recuperación Anestesia

Marcela Trinchoso Rojas
EU. Jefa Indiferenciado.

Elizabeth Leyton Bobadilla
Mt. Jefa Ginecología y Obstetricia

José Arrigada Avendaño
EU. Coordinador Cirugía Adulto

Baldón Tello Vidal
EU Pediatría y Cirugía Infantil

Revisado por:

EU. Alicia Reyes Bravo
Subdirectora de Gestión del Cuidado

Dr. Jorge Barris Vera
Médico Jefe Anestesia y Recuperación.

Autorizado por:

Sr. Mauro Salinas Cortés
Director Hospital San Juan de Dios Curicó.

Resolución Exenta N° 5807 del 26/10/2021

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

GCL 2.2.

PROTOCOLO PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Número de edición: Novena
Fecha modificación: Junio 2024
Carácter: Institucional

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Equipo Colaborativo	<p>Dr. Luis Fuentes T. Sr. Luis Fuentes Toluca Enfermera Jefe Depto. G.C.C. Atención Cerrada</p> <p>Dr. Jorge Contreras Olaya Sr. Víctor San Martín Responsable</p> <p>Enfermera Jefe Depto. G.C.C. Clínica Atención Cerrada</p>	<p>Dr. Jorge Contreras Olaya Director</p>

Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente.

PROTOCOLO PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN (LPP)

Número de edición: Octava
Fecha creación: Octubre 2024
Carácter: Institucional

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Equipo Colaborativo	<p>Sra. Patricia Rojas Sra. Patricia Rojas Enfermera Jefe Unidad de Seguridad del Paciente</p> <p>Dr. Andrés Contreras Médico Jefe Unidad de Seguridad del Paciente</p> <p>Sra. Patricia Rojas Subdirectora de Seguridad del Paciente</p> <p>M. Sc. Patricia Rojas Enfermera Jefe CR Manabita Unidad de Seguridad del Paciente</p>	<p>Dr. Jorge Contreras Olaya Director</p>

Departamento Calidad y Seguridad del Paciente.

Prevención de Caída, LPP y Error de Medicación.

- Medidas preventivas en las practicas clínicas mas relevantes.

GCL 2.2



REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CURICO



Protocolo Prevención de Error de Medicación

Número de edición : Séptima
Fecha : Abril 2022
Categoría : Institucional

<p>Elaborado por:</p> <p><i>[Signature]</i> EU. Pablo Méndez Muñoz Asesor Educación Continua Subdirección de Gestión del Cuidado.</p> <p><i>[Signature]</i> QF. José Hernández Uribe Servicio de Farmacia</p>	<p>Revisado por:</p> <p><i>[Signature]</i> EU. Patricia Pérez Rojas Subdirectora (S) Gestión del Cuidado. Oficina Calidad y Seguridad del Paciente Dpto. de Calidad y Seguridad de Paciente</p> <p><i>[Signature]</i> QF. Cristian Bravo Vera Jefe de Farmacia (s)</p>	<p>Aprobado por:</p> <p><i>[Signature]</i> Sr. Astor Salinas Cortés Director Hospital de Curico</p>
---	--	---

GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

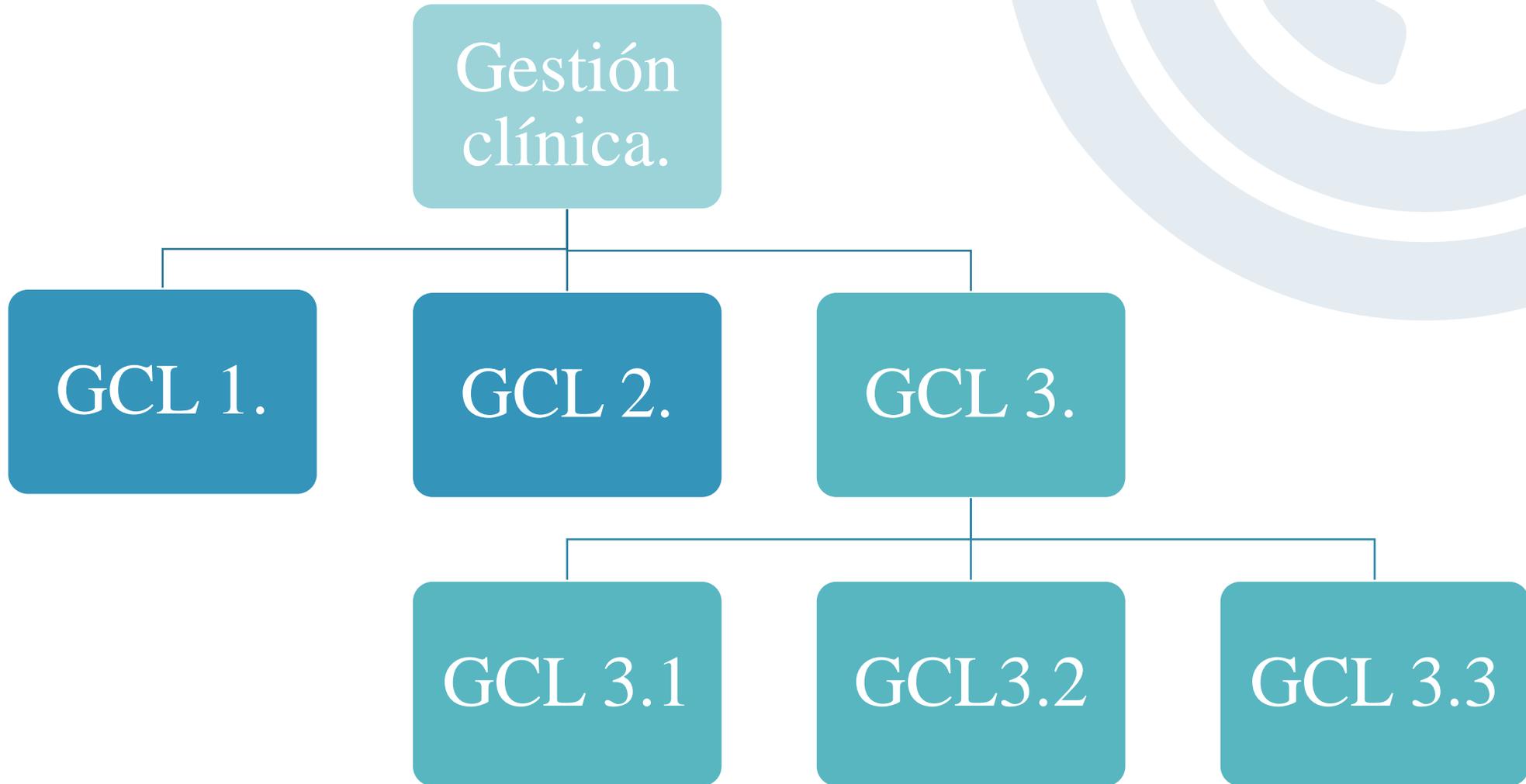
El prestador institucional provee condiciones para la entrega de acciones de salud seguras.

GCL 2.2 | Característica

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

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN								OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	PRO Endoscópicos	UPC Ad	UPC Ped	Med.	Ped.	Cir. Adulto	Obst-gine	
GCL-2.2	Cumple: ≥ 75%	<p>Elementos Medibles GCL-2.2</p> <p>Se describe en documento(s) de carácter institucional las medidas de prevención de:</p> <p>1. Error de medicación.</p> <p>2. Caídas.</p> <p>3. Ulceras por presión.</p> <p>Se han definido los responsables de su aplicación.</p> <p>Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento, relacionados con el cumplimiento de las medidas de prevención.</p> <p>Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.</p>	1 2 3	1 2	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2	1 2	

GCL 3.



GCL 3.

GCL 3.

El prestador institucional ejecuta un Programa Control de Infecciones Intrahospitalaria (IIH) de acuerdo a orientación técnica del MINSAL.

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 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

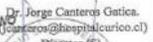
GCL 3.2

Servicio de salud del Maule.
Hospital Curicó.
Calidad y seguridad del paciente.
Programa control de infecciones.

HOSPITAL CURICÓ

Protocolo sistema de vigilancia de infecciones asociadas a la atención de salud – GCL 3.2¹.

Número de edición: Décimo cuarta.
Fecha creación: Marzo 2024.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 EU Aníbal Pérez Cáceres. (abcacer@hospitalcurico.cl) Programa control de infecciones.	 Dra. Alba Patricia Espinosa. (alpaes@hospitalcurico.cl) Cabeza de Unidad del paciente.	 Dr. Jorge Cantero Gatica. (jcantero@hospitalcurico.cl) Director (S).

Hospital Curicó.
Calidad y seguridad del paciente.
Programa control de infecciones.

¹ Modificaciones y precisiones a la actualización del sistema de vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS). Circular C37 N°6. 28/04/2023. Subsecretaría de redes asistenciales. MINSAL.

Sistema de Vigilancia de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)

- Sistema de Vigilancia Activa de las IAAS, según lo lineamientos ministeriales .

GCL 3.3.

República de Chile.
Ministerio de salud pública.
Hospital Curicó.
Programa control de infecciones.

HOSPITAL CURICÓ

**Protocolo precauciones específicas
basadas en el mecanismo de
transmisión.**

Número de edición: Novena.
Fecha creación: Febrero 2023.
Carácter: Institucional.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 EU Andrés Saavedra Cáceres. (asaavedra@hospitalcurico.cl) Programa control de infecciones. COMITE MAS	 Dr. Alberto Mito Herrera. (amito@hospitalcurico.cl) Calidad y seguridad del paciente.	 Sr. Mauro Salinas Cortés. (msalinas@hospitalcurico.cl)

Calidad y Programa

República de Chile.
Ministerio de salud pública.
Hospital Curicó.
Programa control de infecciones.

HOSPITAL CURICÓ

Protocolo precauciones estándar.

Número de edición: Novena.
Fecha creación: Marzo 2023.
Carácter: Institucional.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 EU Andrés Saavedra Cáceres. (asaavedra@hospitalcurico.cl) Programa control de infecciones. COMITE MAS	 Dr. Alberto Mito Herrera. (amito@hospitalcurico.cl) Calidad y seguridad del paciente.	 Sr. Mauro Salinas Cortés. (msalinas@hospitalcurico.cl)

Hospital Curicó.
Calidad y seguridad del paciente.
Programa control de infecciones.

Protocolos de prevención de las IAAS.

- Se estandarizan procedimiento en la prevención de la IAAS, en procedimiento que involucran dispositivos invasivos o riesgo de infección, según lineamientos ministeriales

PROTOCOLO INSTALACIÓN DE CATÉTER URINARIO Y PREVENCIÓN DE INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA AL USO DE CATÉTER URINARIO PERMANENTE (ITU/CUP)

Número de edición : Décima
Fecha creación : Noviembre 2021
Categoría : Institucional

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 EU. Andrés Baeza Cáceres, Programa Control de Infecciones.	 Dra. Afirma Muñoz, Médico Jefe Departamento Calidad, Seguridad del Paciente y PCL.	 EU Maribel Cárdena, Enfermera Jefe de Pabellón y Recup Anestesia.

Protocolo prevención de infección del torrente sanguíneo asociada al uso de catéteres vasculares.

Número de edición: Décimo segunda.
Características de acreditación: OCL 1.2 – GCL 3.3.
Fecha creación: Diciembre 2022.
Carácter: Institucional.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 EU. Andrés Baeza Cáceres, (abaeza@hospitalcurico.cl) Programa control de infecciones.	 EU. Patricia Pérez Rojas, (pperez@hospitalcurico.cl) Subdirectora (S) gestión del cuidado.	 Sr. Mauro Salinas Cortés, (msalinas@hospitalcurico.cl) Director.

Protocolo Prevención de Infección de Herida Operatoria

Número de edición : Séptima
Fecha de creación : Octubre 2019
Carácter : Institucional

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 Andrés Baeza Cáceres, EU Programa Control de Infecciones.	 Dra. Afirma Muñoz, Médico Jefe Departamento Calidad, Seguridad del Paciente y PCL.	 EU Maribel Cárdena, Enfermera Jefe de Pabellón y Recup Anestesia.

Resolución N° 6008 d

PROTOCOLO PREVENCIÓN DE ENDOMETRITIS PUERPERAL.

Número de edición: Octava.
Fecha creación manual: Julio 2022.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 MAT. Elizabeth Leyton Bobadilla, Equipo de Atención y Seguridad del Paciente.	 EU. Andrés Baeza Cáceres, Programa control de infecciones.	 Sr. Mauro Salinas Cortés, Director.

PROTOCOLO ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES

Número de edición : Décima
Fecha creación : Noviembre 2021
Categoría : Institucional

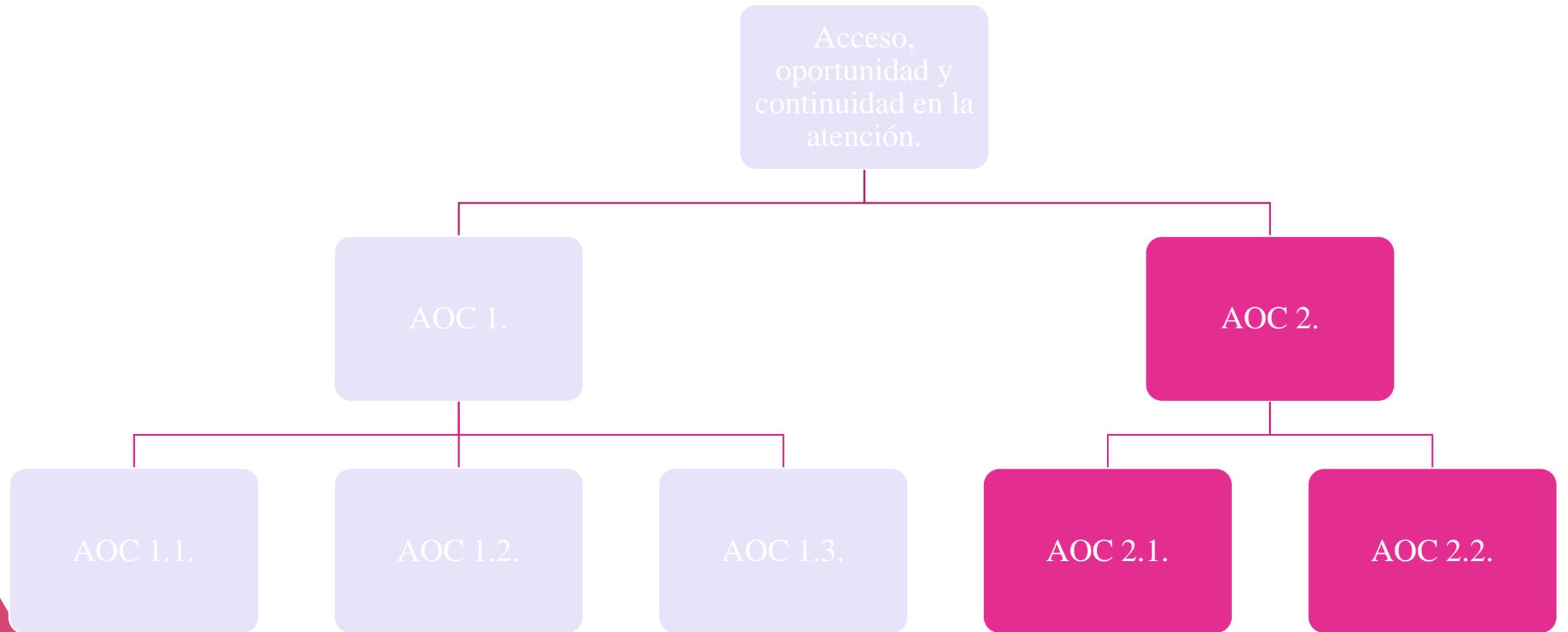
Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 EU. Andrés Baeza Cáceres, Programa Control de Infecciones.	 Dra. Mónica Orellana Araño, Subdirectora Gestión Asistencial.	 Sr. Mauro Salinas Cortés, Director Hospital San Juan de Dios Curicó.

Resolución Exenta N° 6292 del 23/11/2021



Ámbito acceso,
oportunidad, continuidad.

AOC.



AOC 1.

AOC 1.

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

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.

AOC 1.1: CLAVE ROJA

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.

| 1

AOC 1.1

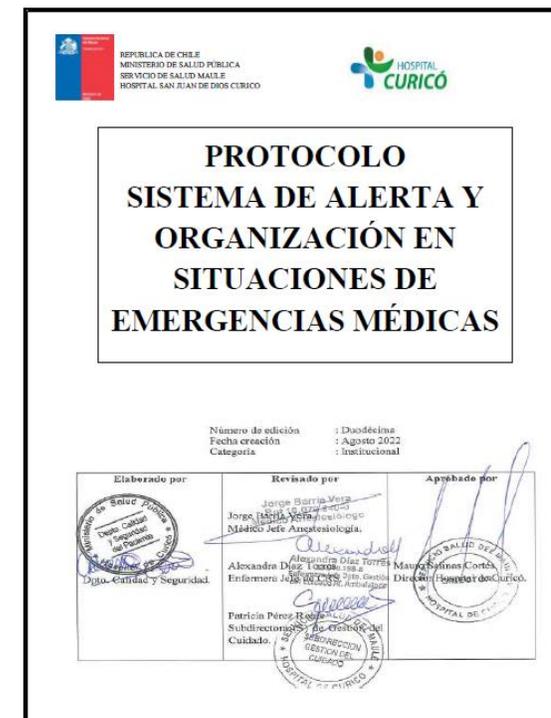
Componente AOC-1

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

Característica

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

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



AOC 1.2: Triage de Urgencia

ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)

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

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

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

2

REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ



**PROTOCOLO
SELECTOR DE DEMANDA EN PACIENTES
ADULTOS
UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA**

Número de edición : Sexta
Fecha creación manual : Enero 2018
Categoría : Institucional

Elaborado por:
Dr. Mauricio Espinoza Gutiérrez
Jefe Unidad de Emergencia

Sra. Gladys Montecinos Hermosilla
E.U. Jefe Unidad de Emergencia

Revisado por:
Dra. Amalia Hermoso Tovar
Jefe Depto. Calidad y Seguridad del Paciente

Sra. Patricia Pérez Ballester
Enfermera Jefe de Seguridad del Paciente

Aprobado por:
Dr. Jorge Canteros Gatica
Director Hospital San Juan de Dios Curicó





AOC 1.3: Notificación de Resultado Crítico de Laboratorios, Imagenología y Anatomía Patológica

ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)

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

AOC 1.3

Característica

Se aplican procedimientos para asegurar la notificación oportuna de situaciones de riesgo, detectadas a través de exámenes diagnósticos en las áreas de Anatomía Patológica, Laboratorio e Imagenología.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN			OBSERVACIONES
			APL	APA	API	
AOC-1.3	Cumple: $\geq 75\%$	Elementos Medibles AOC-1.3				
		Se describen en documento(s) las situaciones o resultados críticos que requieren notificación, el procedimiento de notificación y se han definido los responsables de su aplicación.				
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.				
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.				
		Se constata registro de notificaciones realizadas.				

| 3



República de Chile
Ministerio de Salud Pública
Servicio de Salud Múnici
Hospital San Juan de Dios Curicó

PROTOCOLO PROCEDIMIENTO NOTIFICACION DE RESULTADOS CRITICOS DE LABORATORIO

Número de edición : Cuarta
Fecha de creación : Abril 2019

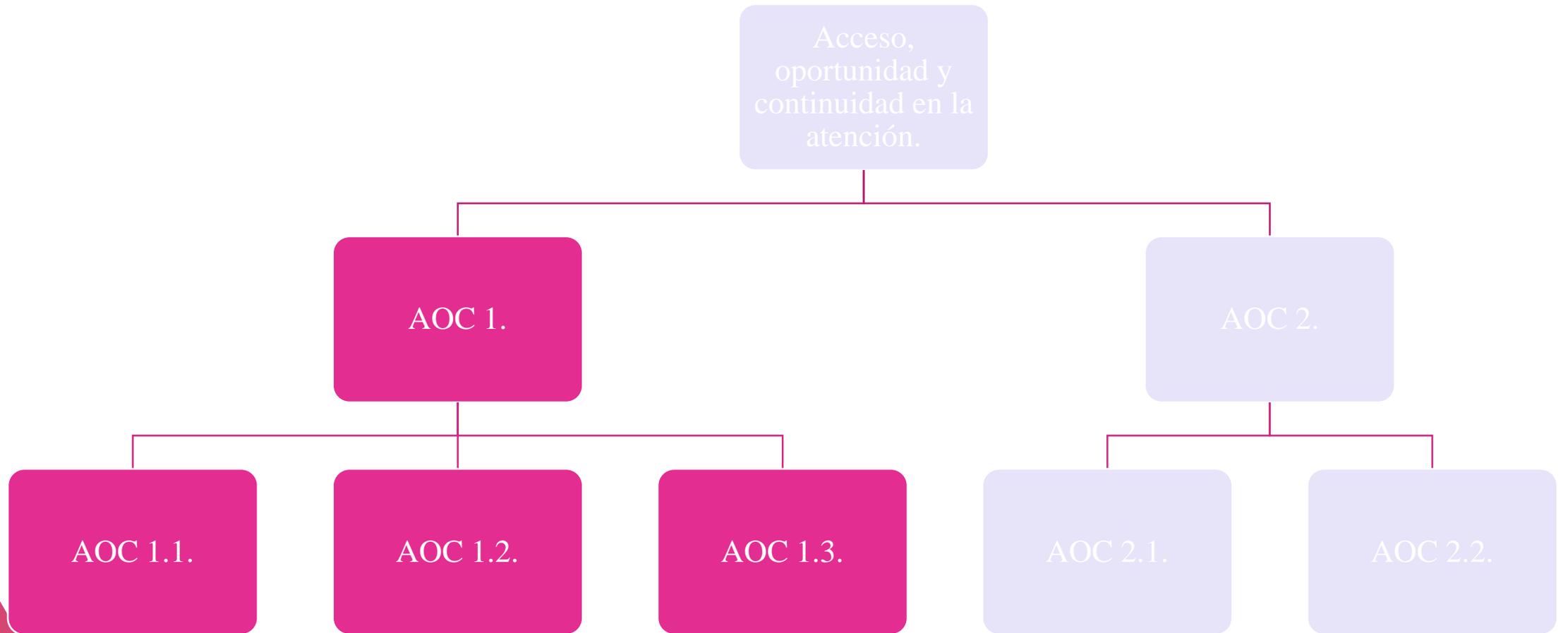
<p>Elaborado por:</p> <p>TM Sonia Arellano Sepúlveda Encargada Calidad Laboratorio Clínico</p>	<p>Revisado por:</p> <p>Dra. M^g Fernanda Gutiérrez González Jefe Laboratorio Clínico</p> <p>Dra. Amalia Hermoso Dpto. de Calidad y Seguridad del Paciente</p>	<p>Aprobado por:</p> <p>Dra. Mónica Orellana Arriño Directora(s) Hospital San Juan de Dios de Curicó</p>
--	--	--



Resol. N° 2294 del 10/05/2019



AOC.



AOC 2.

AOC 2.

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

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 unidades clínicas, que enfatizan aspectos directamente relacionados con la seguridad de la atención.

AOC 2.1: Derivación de Paciente a otro centro



REPUBLICA DE CHILE
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 SERVICIO DE SALUD MAULE
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICO



Protocolo
Sistema de Derivación de Pacientes
con Urgencias que exceden
capacidad de resolución local

Número de edición : Segunda
 Fecha creación manual : Noviembre 2018

Elaborado por:  Fredy Valdés Gallegos Eu. Jefe Gestión de Paciente y Cama	Revisado por:  Dra. Amalia Hermoso Tovar Eu. Carolina Rojas Vergara Dpto. Calidad y Seguridad del Paciente	Autorizado por:  Dr. Jorge Canteros Gatica Director Hospital San Juan de Dios
--	--	---

Resol. 10157 8/11/2018

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 resolución⁵.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
AOC-2.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles AOC-2.1 Se describen en documento de carácter institucional los siguientes elementos relacionados con la derivación de pacientes: - 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	

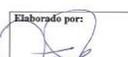
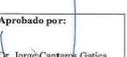
AOC 2.2: Entrega de Turno.




REPÚBLICA DE CHILE
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 SERVICIO DE SALUD MAULE
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ

PROTOCOLO
RECEPCIÓN Y ENTREGA DE TURNOS
PROFESIONALES NO MEDICOS CR.
MEDICINA

Número de edición : Cuarta
 Fecha creación manual : Noviembre 2018
 Categoría : Institucional

Elaborado por:  Patricia Kubisa Garcia EL JEFE Servicio de Medicina	Revisado por:  Sr. Alicia Ortega Bravo Subdirección Gestión del Cuidado Departamento de Calidad Seguridad del Paciente	Aprobado por:  Dr. Jorge Canteros Gatica Director Hospital San Juan de Dios de Curicó
--	--	---

Resol. 10158 8/11/2018

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.

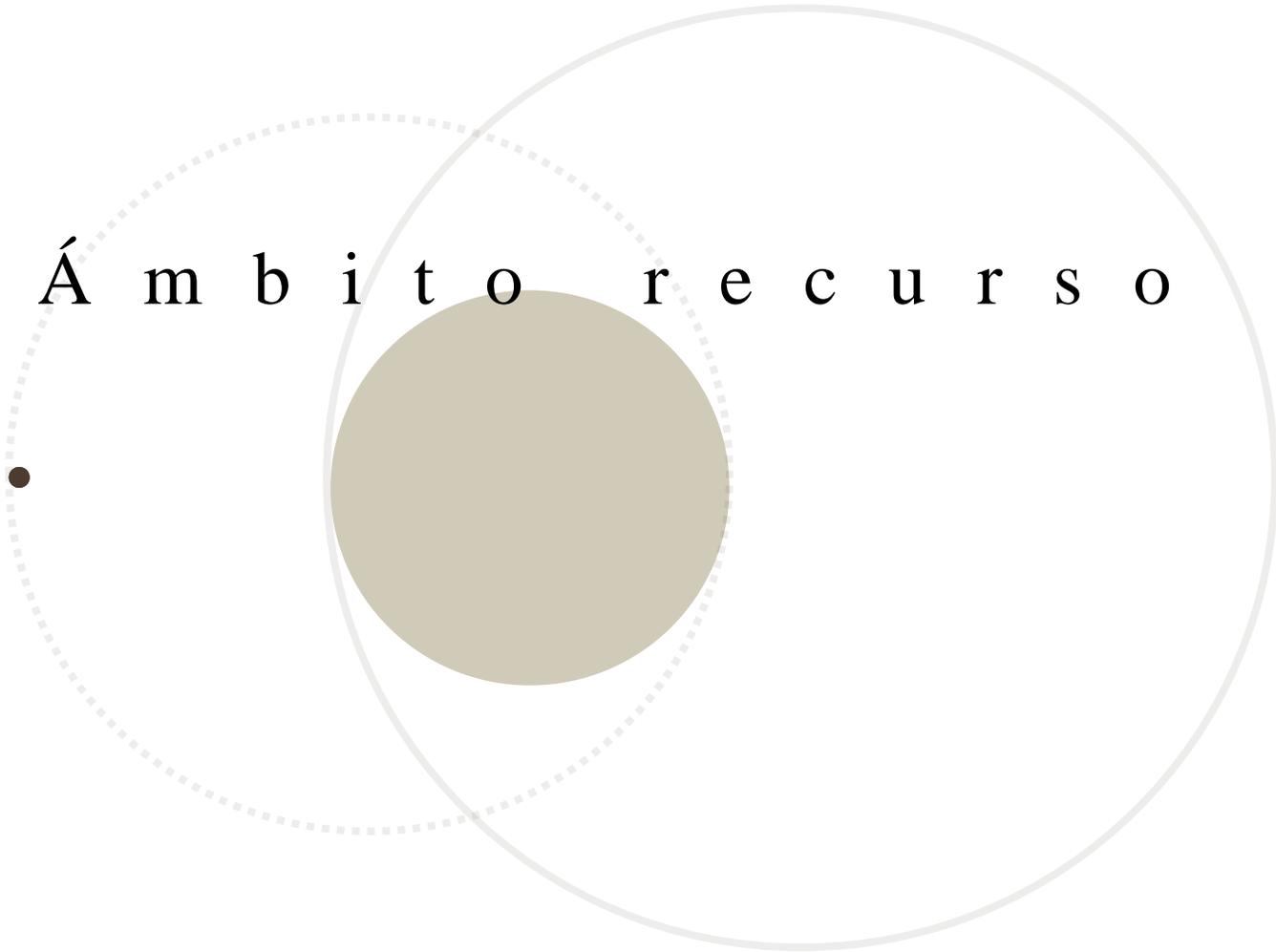
AOC 2.2

Característica

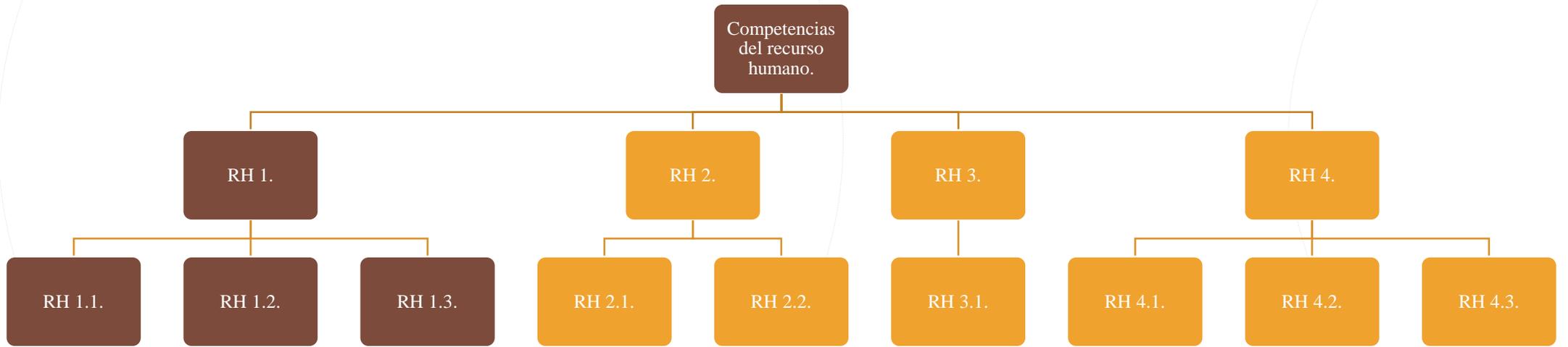
Existen sistemas de entrega de turnos en las unidades clínicas, que enfatizan aspectos directamente relacionados con la seguridad de la atención.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN								OBSERVACIONES	
			Dirección o gerencia del prestador	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med.	Ped.	NEO	Obst - gine		URG
AOC-2.2	Cumple: ≥ 75%	Elementos Medibles AOC-2.2 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 cada estamento (enfermeras, matronas, médicos). Se constatan registros de entrega de turno de enfermeras. Se constatan registros de entrega de turno de matronas. Se constatan registros de entrega de turno de médicos.										

Á m b i t o r e c u r s o h u m a n o .



RH.



RH 1.

RH 1.

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

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.

RH 1.1.

COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

RH 1.1

Componente RH-1

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

Característica

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

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

RH 1.2.

COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

RH 1.2

Característica

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

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

Continúa en Página Siguiente

RH 1.3.

COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

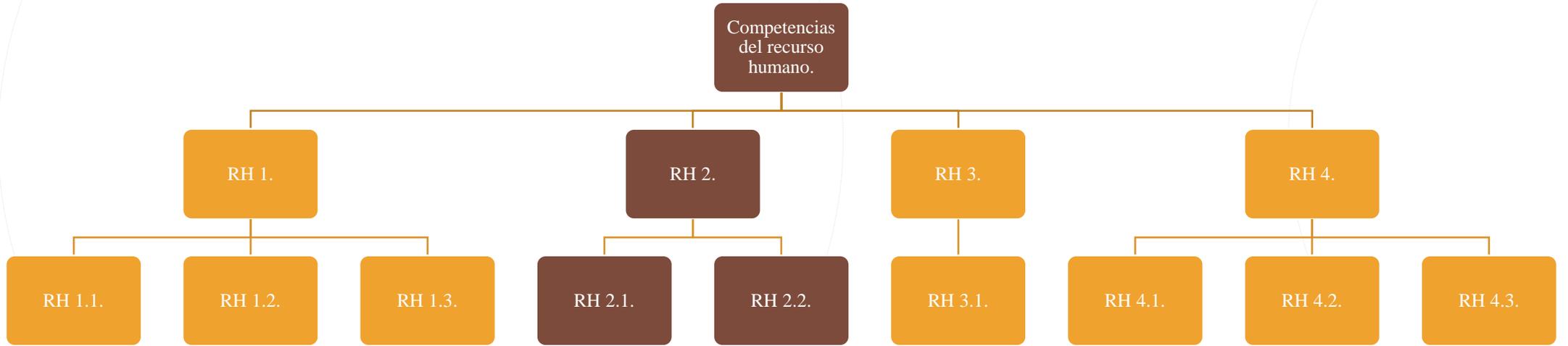
RH 1.3

Característica

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

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

RH.



RH 2.

RH 2.

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

RH 2.1.

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.

RH 2.1: Inducción Institucional

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.

| 7

RH 2.1

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.

Característica

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

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



REPÚBLICA DE CHILE
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 SERVICIO DE SALUD MAULE
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CURICÓ



PROGRAMA DE INDUCCIÓN INSTITUCIONAL

Número de edición : Séptima
 Fecha creación manual : Diciembre 2021
 Caracter : Institucional

Elaborado por:



Sr. Rodrigo Valenzuela Flores
Jefe (S) Unidad de Reclutamiento, Selección y Retención de Profesionales

Revisado por:



Sr. Rodrigo Valenzuela Flores
Jefe Unidad de Personal

Aprobado por:



Dr. Luis Aparca Manzur
Director (S) Hospital San Juan de Dios Curicó







Resolución Exenta N° 744 del 10/02/2022

RH 2.2: Orientación en Servicio

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 2.2

Característica

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

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN													OBSERVACIONES			
			PQ	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med	Cir. Ad.	Ped	Neo	Obst-gine	APF	APE	APD	APQ				
RH-2.2	Cumple: ≥ 75%	Elementos Medibles RH-2.2																	
		Se describe en un documento el programa de orientación que enfatiza en temas relacionados con la seguridad de la atención. El programa considera al menos: médicos, matronas, enfermeras y técnicos paramédicos.																	
		Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de orientación establecido en al menos 85% de los funcionarios que ingresaron a la unidad en el último año.																	



REPUBLICA DE CHILE
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 SERVICIO DE SALUD MAULE
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CURICÓ

PROGRAMA DE ORIENTACION A FUNCIONARIOS NUEVOS

Número de edición : Quinta
 Fecha creación manual : noviembre 2018

Elaborado por:

Sra. Bárbara Speotho Cortés
 Unidad de Recrutamiento, Selección y Retención de Profesionales

Sr. Gonzalo Bravo Salinas
 Unidad de Desarrollo Organizacional

Revisado por:

Sra. María Soledad Barralón Pavez
 Unidad de Gestión de la Calidad

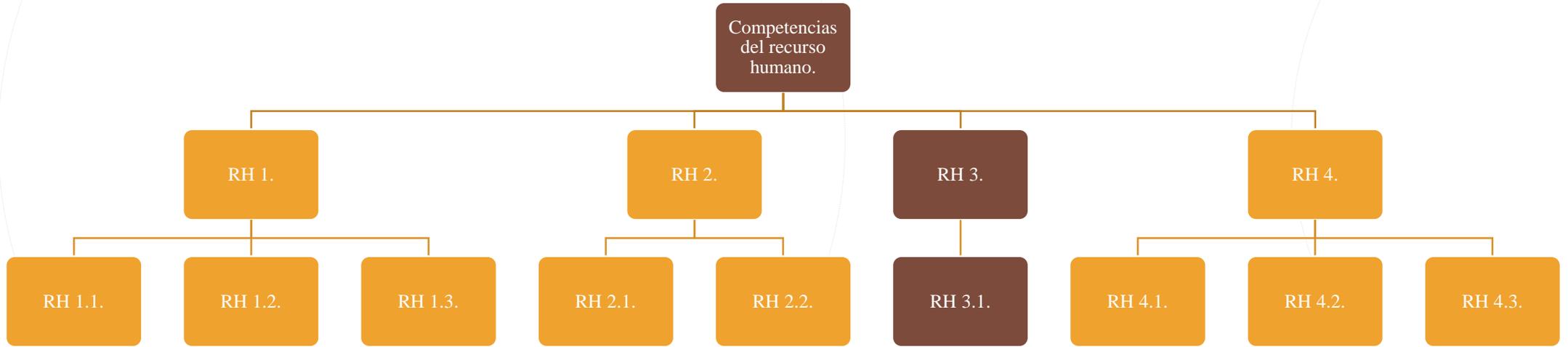
Dra. Amalia Hermoso
 Dpto. Calidad y Seguridad del Paciente

Aprobado por:

Dr. Jorge Canteros Gatica
 Director Hospital de Curicó

Res. Ex. 11077 24/12/2018

RH.



RH 3.

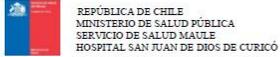
RH 3.

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

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.

RH 3.1: Capacitaciones en IAAS y RCP del personal clínico




Protocolo de Capacitación en Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y Reanimación Cardiopulmonar

Número de edición : Quinta
Fecha creación manual : Noviembre 2019
Carácter : Institucional

Elaborado por:

Sra. Angélica Salazar
Jefe U. Capacitación y Formación
UNIDAD DE CAPACITACION Y FORMACION
HOSPITAL DE CURICO

Revisado por:

Sra. Mery Elena Bascotto Pavez
Subdirectora Gestión de las Personas
HOSPITAL DE CURICO

Aprobado por:

Sr. Mauro Salinas Cortés
Director Hospital San Juan de Dios Curicó.
HOSPITAL DE CURICO

Resol. N° 7234 Del 31/12/2019

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

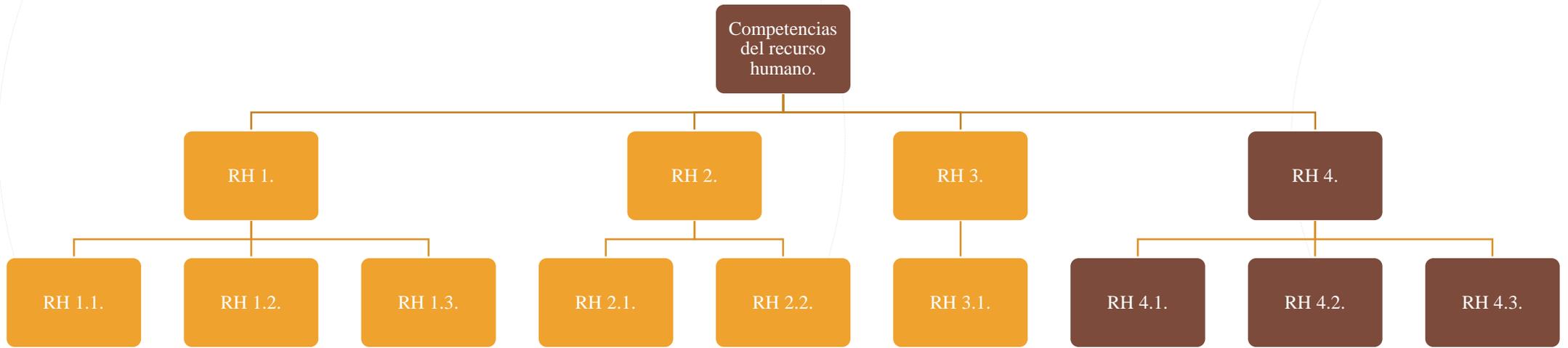
El prestador institucional programa y prioriza la capacitación del personal que participa en atención directa de pacientes, en materias relevantes para su seguridad.

Característica

El prestador institucional incluye en su programa 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.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN													OBSERVACIONES					
			PQ	UPC Ad.	UPC Ped.	UPC Neo	Med.	Cir. Ad.	Cir. Inf.	Ped.	Neo	Obst-gine	APD	APQ	API		Dental	URG			
RH-3.1	Cumple: ≥ 50%	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:																			
		- Prevención y control de infecciones. - Reanimación cardiopulmonar.																			
		La cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas asegura que el personal reciba una actualización al menos cada 5 años en estos temas.																			

RH.



RH 4.

RH 4.

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

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.

RH 4.1: Prevención de exposición laboral en Imagenología, Anatomía Patológica y Farmacia

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.

| 10

RH 4.1

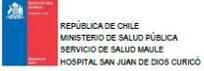
Componente RH-4

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

Característica

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

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN								OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	API*	APR	PRO Hemod.	APF	APQ	APA	APE	
RH-4.1	Cumple: ≥ 75%	<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"> - Controles de dosimetría en procedimientos imagenológicos / hemodinamia. - Controles de dosimetría en radioterapia. - Examen de salud en personal involucrado en la manipulación y administración de drogas antineoplásicas. - Exposición a gases en Esterilización y Anatomía Patológica. <p>Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de acuerdo a lo establecido.</p>									* Se verifica en todos los lugares donde se realicen procedimientos imagenológicos.




Protocolo de Control de Riesgos a Exposiciones

Edición: Octava
Actualización del Manual: Noviembre/2017

Elaborado por:

[Firma]
PR. Medicina Interna V.
Msc. Gladys Valenzuela L.
U. Salud Ocupacional
Y PREVENCIÓN DE RIESGOS
Hospital San Juan de Dios
de Curicó

Revisado por:

[Firma]
SR. Claudio Lagos P.
Jefe Calidad de Vida
DEPT. CALIDAD DE VIDA
SR. M. Elena Barrios Pavez
Subdirección de Gestión de las
Personas

Aprobado por:

[Firma]
Dr. Jorge Casteros Oñica
Director
Hospital San Juan de Dios
de Curicó

[Firma]
Dra. Amalia Hermoso Tovar
EU. Patricia Pérez Rojas
EU. Carolina Rojas Vergara
Dpto. Calidad y Seguridad del
Paciente



Resol. N° 9616 05/12/2017

RH 4.2: Accidente Cortopunzante

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.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN											OBSERVACIONES	
			Dirección o gerencia del prestador	PQ	UPC Ad.	Med.	Obst-gine	URG	Dental	Toma de muestras	APF*	APQ	APR		
RH-4.2	Cumple: ≥ 75%	<p>Elementos Medibles RH-4.2</p> <p>Se describe en documento(s) de carácter institucional el procedimiento establecido para el manejo de accidentes relacionado con:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sangre o fluidos corporales de riesgo. Medicamentos antineoplásicos. Materiales radioactivos. <p>Existen registros implementados y en uso de los accidentes ocurridos.</p> <p>Existe un análisis global que da cuenta de la evaluación de los accidentes ocurridos y las decisiones adoptadas al respecto.</p> <p>Se constata conocimiento del procedimiento local para el manejo de estos accidentes en el personal entrevistado.</p>	1 2 3	1	1	1 2	1	1	1	1	1	2	2	3	* Farmacia oncológica.

República de Chile.
Ministerio de Salud Pública.
Servicio de Salud del Maipo.
Hospital San Juan de Dios Curicó.

PROTOCOLO PREVENCIÓN Y MANEJO DE ACCIDENTES CON SANGRE O FLUIDOS CORPORALES DE RIESGO Y MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS

Número de edición : Séptima
Fecha creación manual : Diciembre 2021
Carácter : Instruccional

Elaborado por:
EU Medina Escobar, Gerente Programa Control de Infecciones.

Revisado por:
EU González Henríquez, Gerente Unidad Emergencias.

Dr. Félix Arángel Solís Franco,
Infectólogo.
Rut: 25.220.372-R

Aprobado por:
Sr. Mauro Salinas Cortés, Director de Gestión Operativa.

Dra. Mónica Obalena Araño,
Subdirección Gestión Asistencial.

Resolución Exenta N° 6935 del 16/12/2021

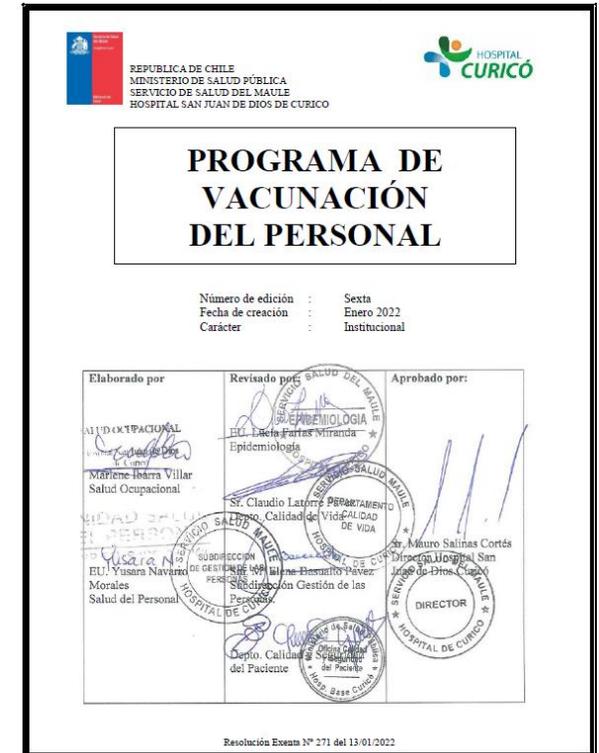
RH 4.3 Vacunación al personal

COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

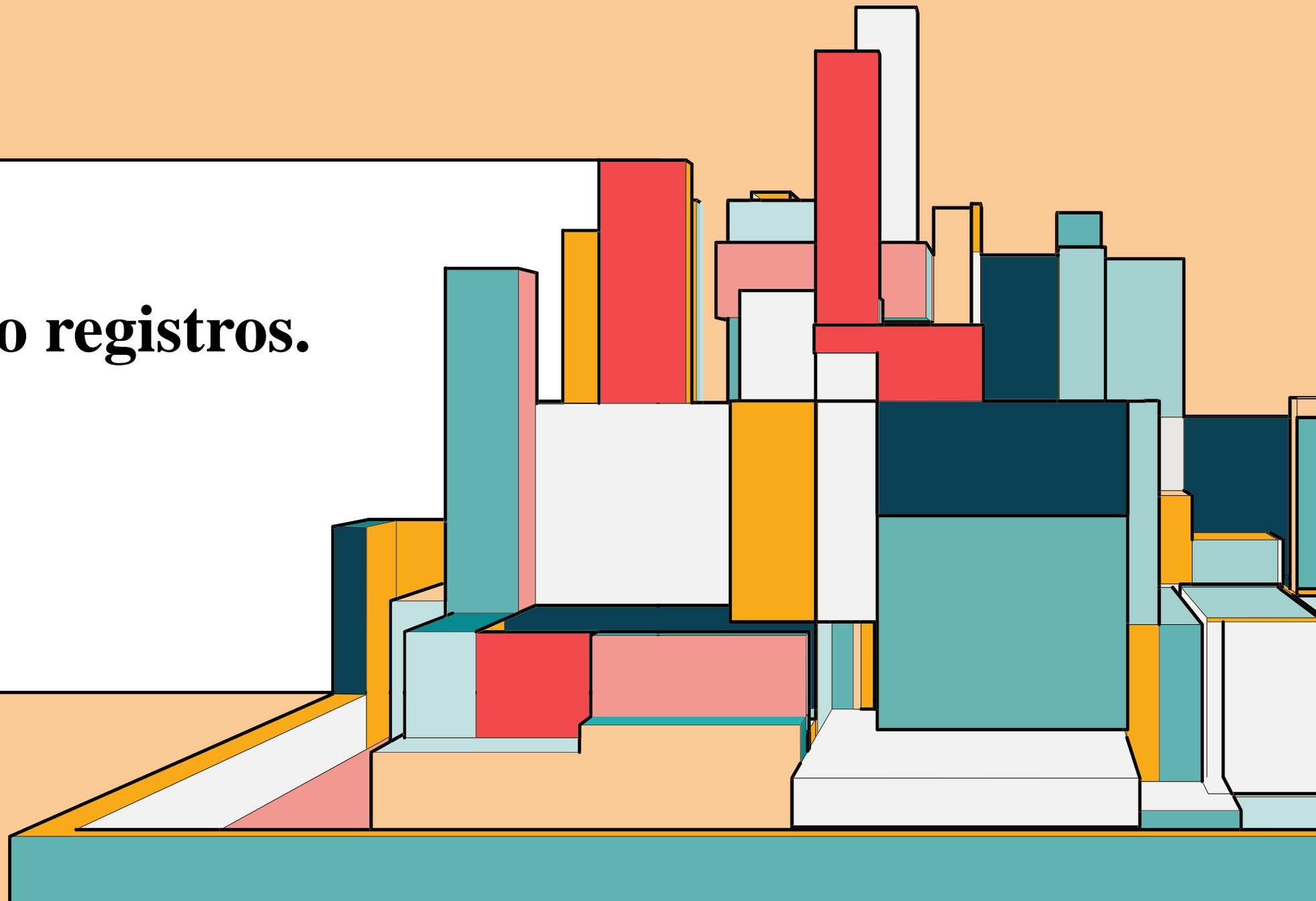
La atención de salud de los pacientes es realizada por personal que cumple con el perfil requerido, en términos de habilitación y competencias.

RH 4.3 **Característica**
Se aplica un programa de vacunación del personal.

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



Ámbito registros.



REGISTROS CLÍNICOS.



REG 1.

REG 1.

El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica.

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.

REG 1.1: FICHA CLÍNICA ÚNICA



República de Chile
Ministerio de Salud Pública
Servicio de Salud Maule
Hospital San Juan de Dios Curicó



PROTOCOLO
FICHA CLÍNICA ÚNICA e INDIVIDUAL

Número de edición: Undécima
 Fecha de creación: Septiembre 2017
 Categoría: Institucional

Elaborador por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Amalia Hermoso Tovar Eu. Patricia Pérez Rojas Dpto de Calidad y Seguridad del Paciente	Dr. Sergio Quiñesteros Montoya Subdirector De Apoyo Sra. Gloria Caro Careamo Jefe Unidad Gestión de Fichas Clínicas	Dr. Jorge Calderes Galicia Director Hospital San Juan de Dios

Resol. Ex. Nº 6803
07/09/2017

REGISTROS (REG)

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

Componente REG-1

El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica.

REG 1.1

Característica

El prestador institucional cuenta con ficha clínica única individual.

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

REG 1.3: ESTANDARIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN AL ALTA



República de Chile
Ministerio de Salud Pública
Servicio de Salud Maule
Hospital San Juan de Dios Curicó



PROTOCOLO REGISTROS CLÍNICOS EN FICHA CLÍNICA Y ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN AL ALTA

Número de edición : Segunda
Fecha de creación : Abril 2018
Categoría : Institucional

Elaborado por:

Dra. Amalia Hermoso Tovar
Esa. Patricia Pérez Rojas
Dpto. de Cuidados del Paciente y Seguridad del Paciente

Revisado por:

Dra. Mónica Cepeda Arriaza
Subdirectora Gestión Asistencial
EU. María Péláez Olave
Subdirectora Gestión del Cuidado

Autorizado por:

Dr. Jorge Canteros Gutiérrez
Directora
Hospital San Juan de Dios, Curicó

Rev. Ext. N° 3822

REGISTROS (REG)

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

| 3

REG 1.3

Característica

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

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN											OBSERVACIONES	
			Pabellones de CMA	PRD Endoscópicos	Dental	APR	APQ	API*	Cir. Adulto	Med	Ped	Neo	URG		
REG-1.3	Cumple: ≥ 50%	<p>Elementos Medibles REG-1.3</p> <p>Se describen en un documento de carácter institucional los informes que deben ser entregados al paciente respecto a las prestaciones realizadas en al menos las siguientes ocasiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alta de la hospitalización. - Alta de tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia. - Atención de urgencia. - Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios. - Cirugía mayor ambulatoria. <p>Se describen además los contenidos mínimos de los informes a entregar, los que deben incluir: diagnóstico, procedimiento(s) realizados e indicaciones.</p> <p>Y se han designado los responsables de su aplicación.</p> <p>Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.</p> <p>Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.</p>													* En procedimientos de Imagenología Intervencional.

REG 1.4: PRACTICAS DE ARCHIVO



REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICO



**PROTOCOLO
ENTREGA, RECEPCION, RESGUARDO Y
CONSERVACION de FICHA CLÍNICA**

Número de edición : Tercera
 Fecha de creación : Agosto 2018
 Categoría : Institucional

Elaborado Por	Revisado Por	Aprobado Por
 Srta. Gloria Carró Cárcamo Jefa Unidad de Archivo	 Sr. Adolfo Lobos Cornejo Subdirección de Atención a la Gestión Asistencial	 Dr. Jorge Castoreo Galica Director Hospital San Juan de Dios Curico

Resol. Ex. 004
28/08/2018

REGISTROS (REG)

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

REG 1.4

Característica

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

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

Ámbito seguridad
del equipamiento.



Introducción.

Los establecimientos de salud que otorgan prestaciones requieren para articular sus procesos de atención de salud: Personal clínico y administrativo, instalaciones, equipamiento, etc.

El uso eficiente de cada uno de estos elementos permitirá obtener un buen servicio, cuyo principal objetivo es entregar una atención de salud de calidad.



Introducción.

Programa o plan de mantenimiento.

Equipos de monitorización hemodinámica.

Equipos de parámetros vitales.

Equipos de soporte vital.

Introducción.

Programa o plan de mantenimiento.

- Documento oficial del prestador, en el que están descritos los medios e instrumentos necesarios para ejecutar el conjunto de actividades que permitan la operación del edificio, de sus instalaciones y del equipamiento en forma continua, confiable y segura.

Equipos de monitorización hemodinámica.

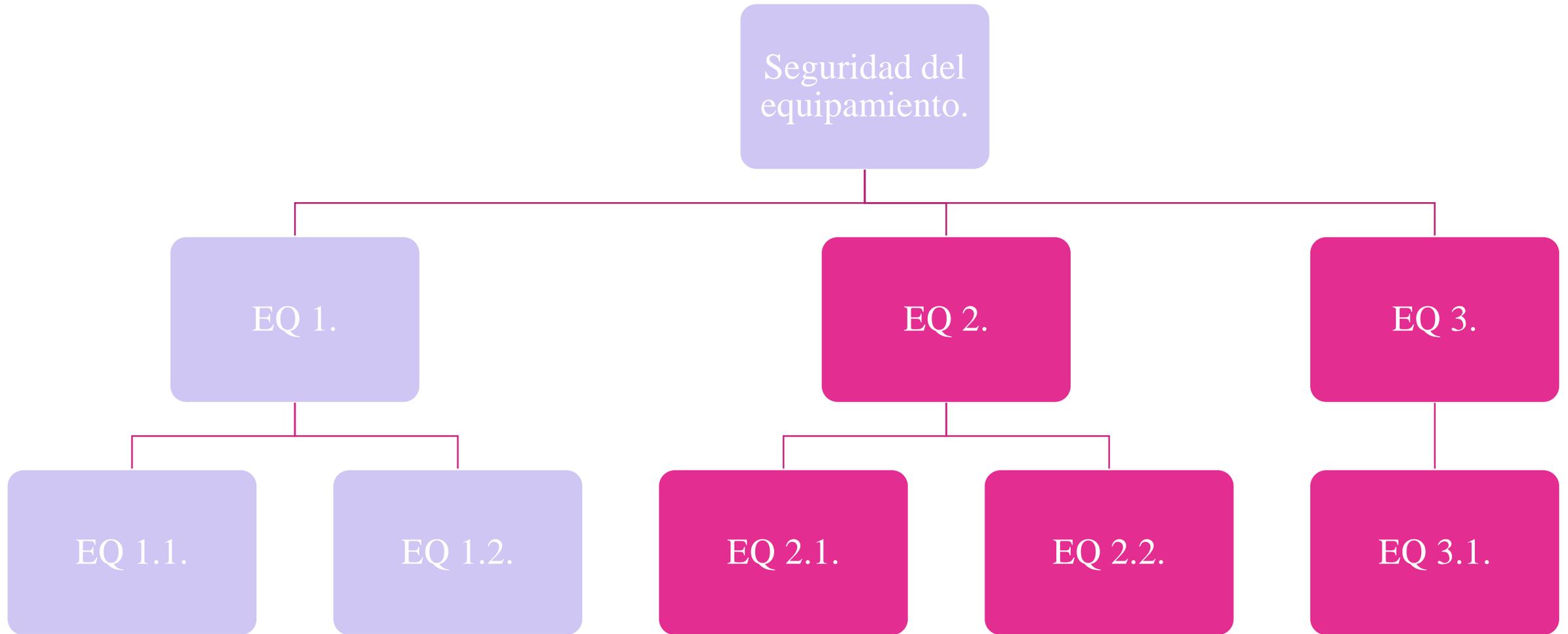
- Equipos que permiten el seguimiento continuo de los parámetros hemodinámicos de un paciente, ya sea de forma invasiva o no invasiva.

Equipos de parámetros vitales.

- Equipos médicos que miden los signos vitales como presión arterial, frecuencia cardíaca, respiración y/o saturometría.

Equipos de soporte vital.

- Equipos médicos indispensables para mantener y/o recuperar las funciones vitales de un paciente.



EQ 1.

EQ 1.

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

EQ 1.1.

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.

EQ 1.1: Participación del Personal Técnico en la Adquisición de Equipamientos



REPUBLICA DE CHILE
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 SERVICIO DE SALUD MAULE
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ



PROTOCOLO PROCEDIMIENTO PARA ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO

Número de edición : Cuarta
 Fecha : Octubre 2018

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Ing. Ofiel González Bustamante Encargado de Calidad Subdirección Operaciones	Ing. Alejandro Muñoz Cordero Sub-Dirección Operaciones	Dr. Jorge González García Director Hospital San Juan de Dios Curicó
Ing. Gonzalo Sepúlveda Aguiayo jefe Equipos Médicos	Dra. Amalia Herreros Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente	

Resol. Ex. 10142

08/11/2018

SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

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

1

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.

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: - 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	

EQ 1.2: Vidal Útil de Equipamiento Relevante



REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ



HOSPITAL
CURICÓ

PROTOCOLO SEGUIMIENTO DE VIDA ÚTIL DEL EQUIPAMIENTO RELEVANTE

Número de edición : Tercera
Fecha creación : Abril 2022
Categoría : Institucional

<p>Elaborado por:</p>  <p>Sr. Gonzalo Sepúlveda Aguiayo Ing. Equipos Médicos</p>	<p>Revisado por:</p>  <p>Sr. Alejandro Muñoz Moraga Subdirector de Operaciones</p>	<p>Director:</p>  <p>Sr. Marga Salazar Cortés Directora</p>
---	--	--

SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

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

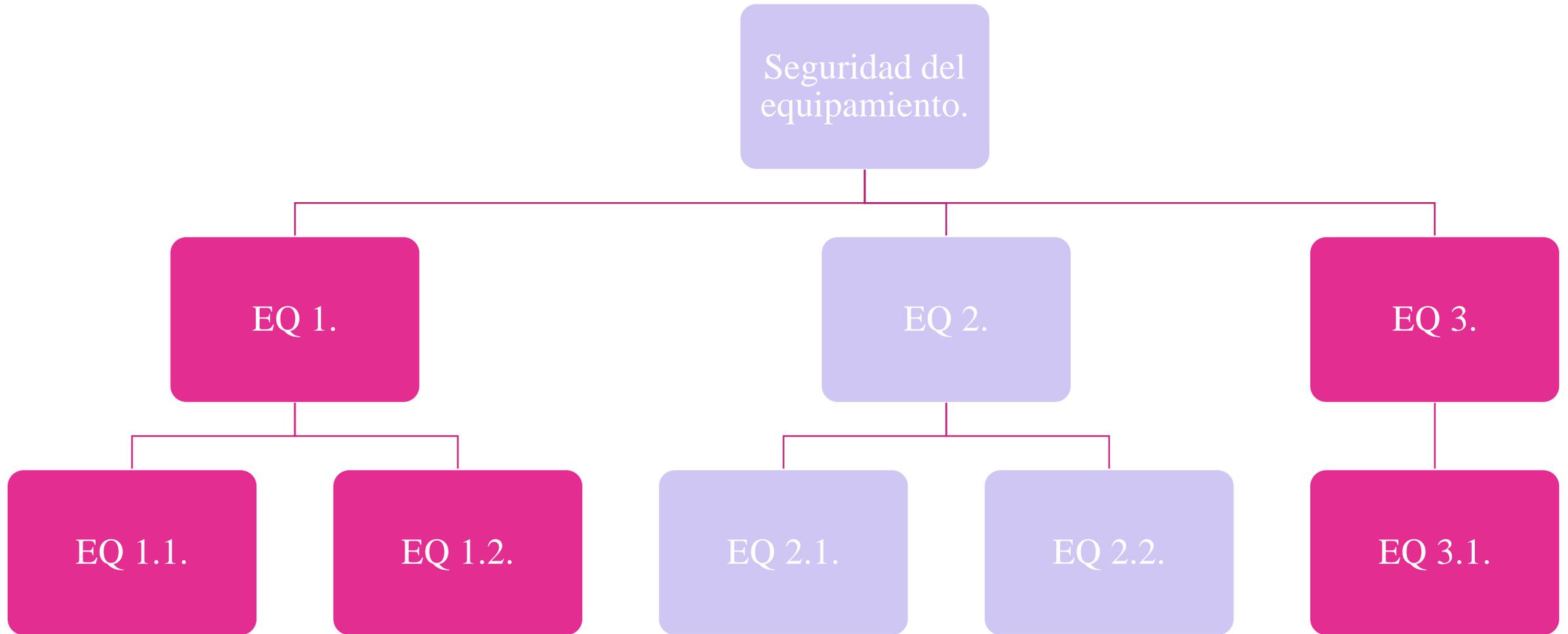
| 2

EQ 1.2

Característica

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

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



EQ 2.

EQ 2.

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

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.

EQ 2.1: Mantenimiento Preventiva de equipamiento Critico



REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ



PROGRAMA MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPAMIENTO MÉDICO CRÍTICO

Número de edición : Duodécimo
Fecha : Enero 2018
Categoría : Institucional

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Ing. Oriel González B. Equipamiento Institucional	Ing. Alejandra Ortega Sub-Dirección de Operaciones	Dr. Jorge Cordero Gatica Director Hospital San Juan de Dios Curicó
Ing. Gonzalo Sotomayor Jefe Equipos Médicos	Dra. Amalia Hermoso Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente	

Resol. N° 2187	14/03/2018
----------------	------------

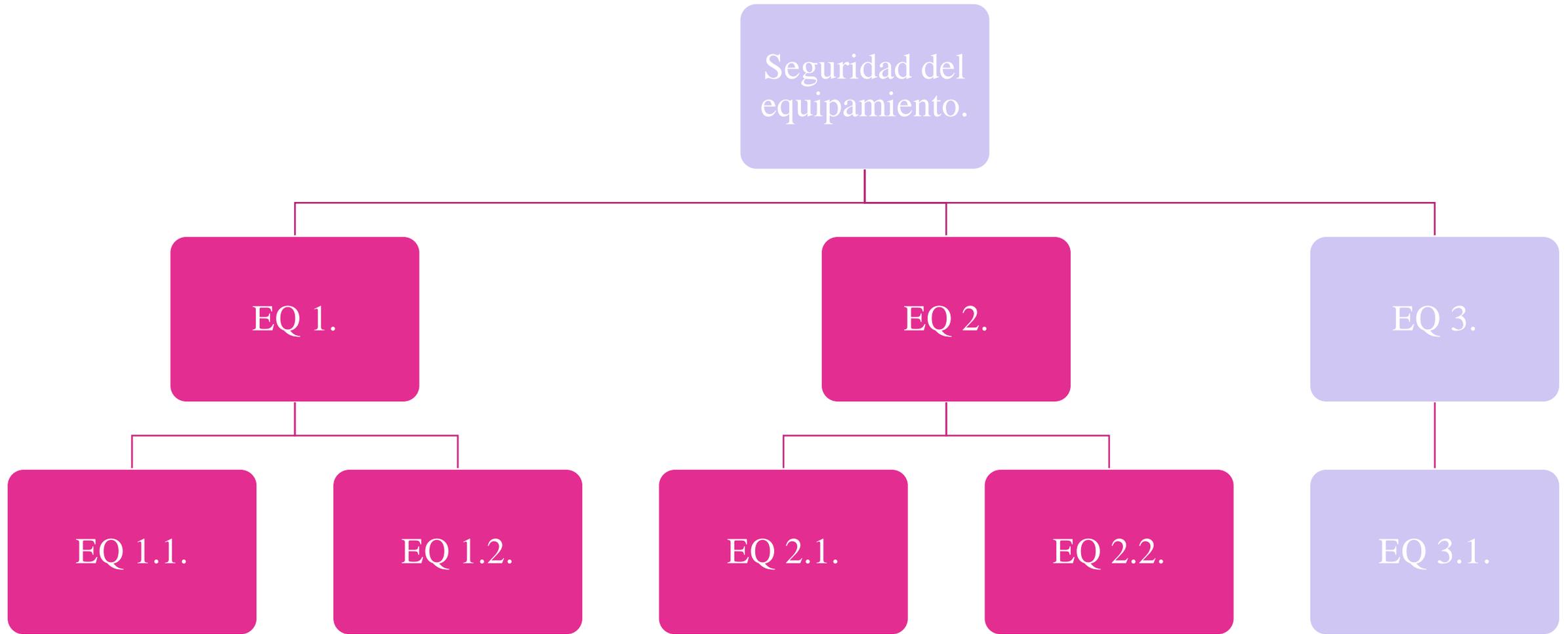
SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

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

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

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

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



EQ 3.

EQ 3.

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

EQ 3.1.

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

EQ 3.1: Perfil Técnico del Personal que opera Equipamiento Crítico



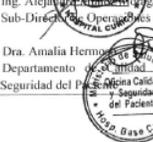
REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD DEL MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CURICÓ



PROTOCOLO PERFIL TÉCNICO O PROFESIONAL DEL PERSONAL AUTORIZADO PARA OPERAR LOS EQUIPOS RELEVANTES

Número de edición : Cuarta
Fecha creación manual : Julio 2018

<p>Elaborado por: Ing. Oriel González Bustamante Equipamiento Crítico</p>	<p>Revisado por: Ing. Alejandra Ortega Sub-Directora Operaciones</p>	<p>Aprobado por: Dr. Jorge Cameros García Director Hospital San Juan de Dios Curicó</p>
--	---	--


SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

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

- Componente EQ-3**
Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes son utilizados por personas autorizadas para su operación.
- EQ 3.1**
Característica
Los equipos clínicos relevantes son utilizados por personas autorizadas para su operación.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
EQ-3.1	Cumple: 100%	<p>Elementos Medibles EQ-3.1</p> <p>Se describe en un documento de carácter institucional el perfil técnico o profesional del personal autorizado para operar los equipos relevantes, que considera al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ventiladores fijos y de transporte. - Monitores desfibriladores. - Máquinas de anestesia. - Autoclaves. - Equipos de laboratorio.* - Equipos de diálisis. - Equipos de radioterapia. - Equipos de imagenología. 	Dirección o gerencia del prestador	* Equipos referidos en EQ - 2.2.

Ámbito seguridad de las instalaciones.

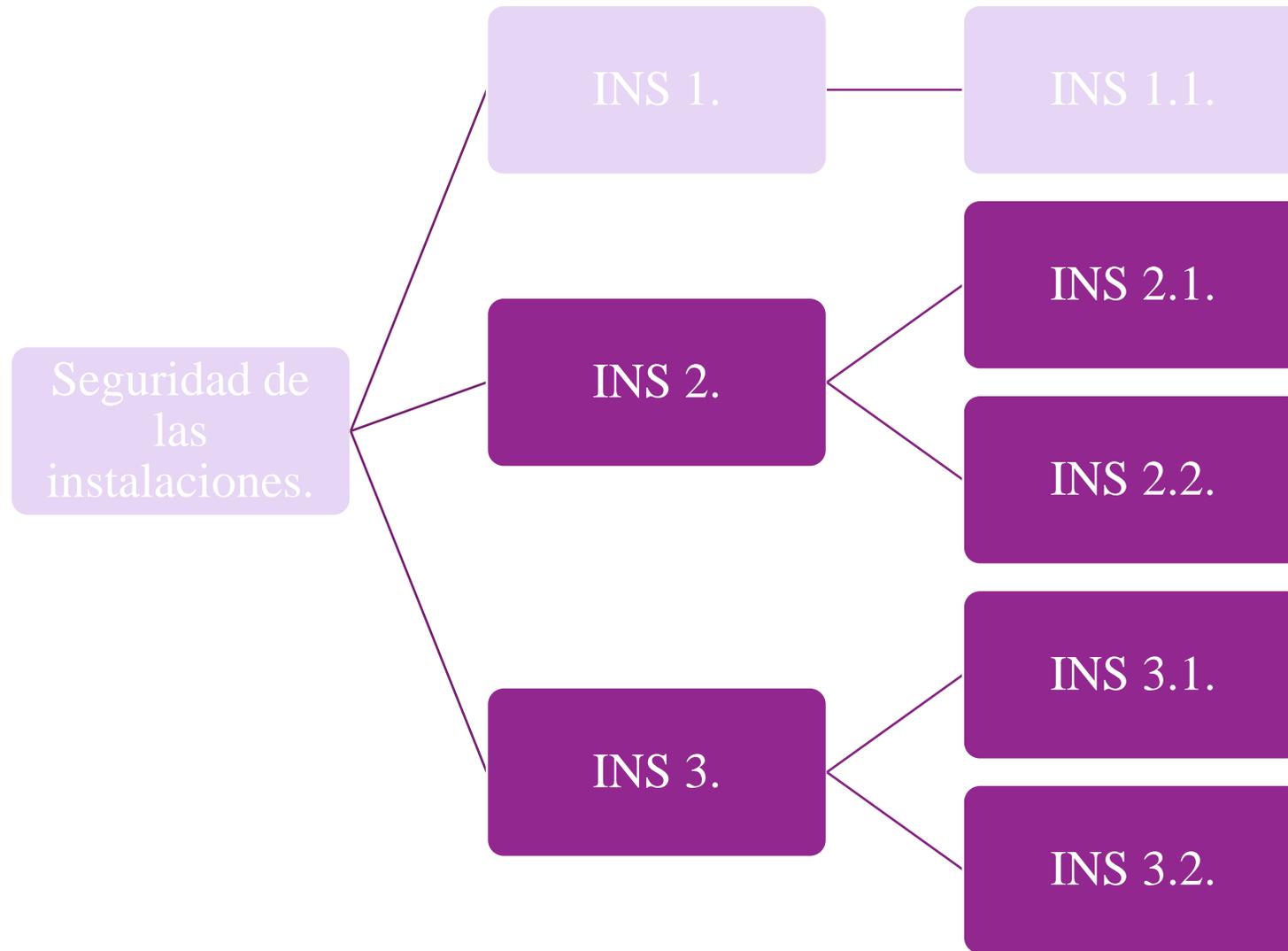




Introducción.

Es muy importante identificar los riesgos asociados a las instalaciones hospitalarias, la adecuada gestión de las medidas preventivas, y cumplir las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios.

A la infraestructura e instalaciones, por lo general se les deben efectuar mantenimientos, el hecho de realizárselas permite brindar seguridad a los trabajadores en las actividades laborales que desarrollen en ellas, y también a los usuarios.



INS.

INS 1.

El prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de sus instalaciones.

INS 1.1.

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

INS 1.1: Plan de Prevención de Incendios

SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

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

| 1

INS 1.1

Componente INS-1

El prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de sus instalaciones.

Característica

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

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



REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ

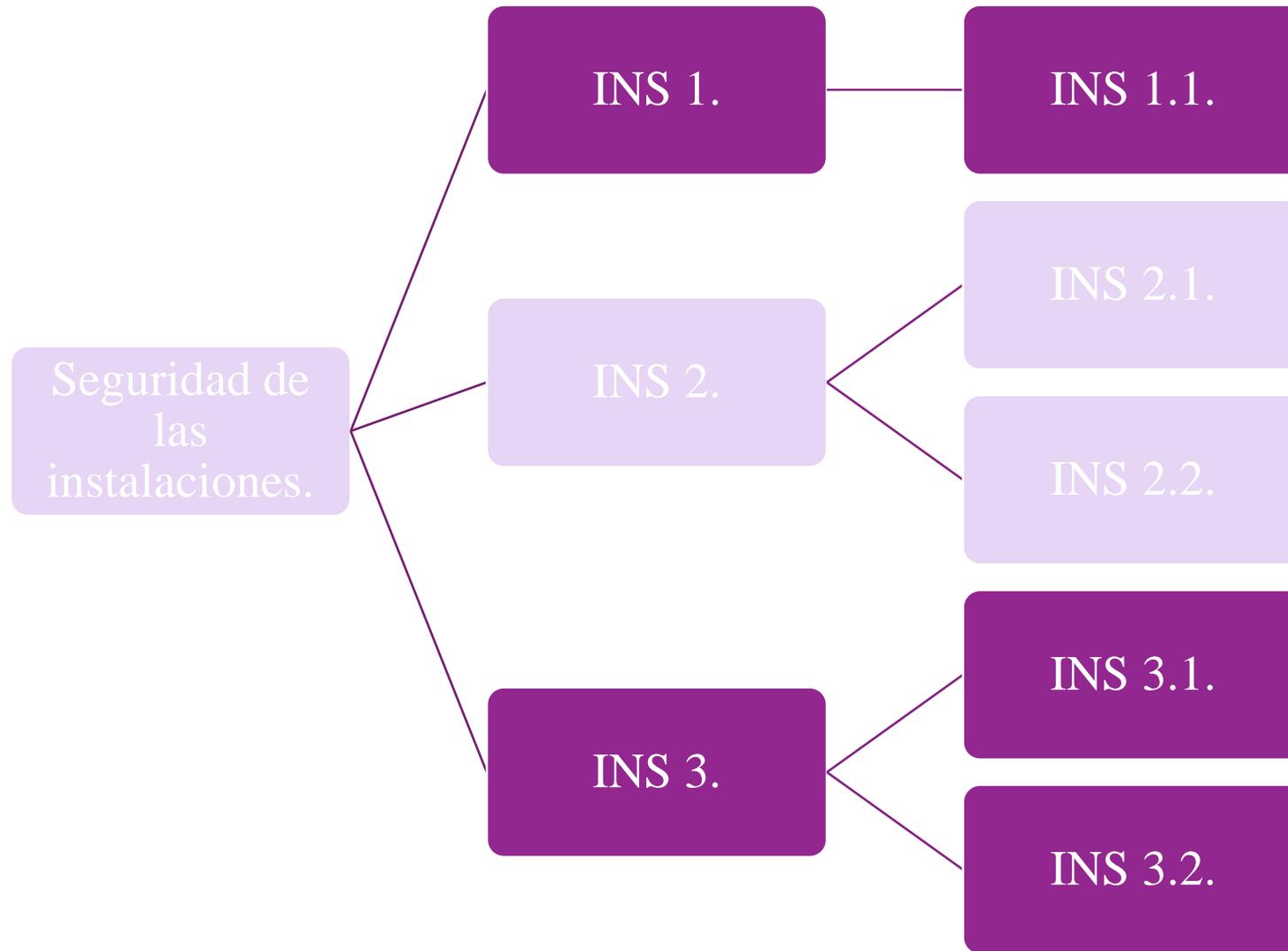


PROTOCOLO PLAN INSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN DE INCENDIOS

Número de edición : Sexta
Fecha creación : Octubre 2018

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Ing. Oriel González Bustamante Encargado de Calidad Subdirección Operaciones	Ing. Alejandro Muñoz Moraga Sub-Director de Operaciones	Dr. Jorge Canteros Gatica Director Hospital San Juan de Dios Curicó
Ing. Consuelo Márquez Lamp Prevención de riesgos y gestión ambiental	Dra. Amalia Hermoso Departamento de Gestión Seguridad del Paciente	 DIRECTOR

Resol. Ex. N° 9095 28/09/2018



INS.

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.

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.

INS 2.1: Plan de Evacuación

SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

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

| 2

INS 2.1

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.

Característica

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

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN													OBSERVACIONES		
			Dirección o gerencia del prestador	PQ	UPC Ad.	UPC Ped.	UPC Neo.	Ped.	Neo.	Cir. Inf.	Med.	Cir. Ad.	Sectores espe-rra de público en consultas ambulatorias*	Toma de muestras	URG			
INS-2.1	Cumple: ≥ 75%	Elementos Medibles INS-2.1																* Seleccionar los dos sectores con mayor afluencia de público.
		Se ha designado un responsable Institucional del plan de evacuación.																
		Se documenta un plan Institucional de evacuación, que contempla al menos: - 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 que el personal entrevistado tiene conocimiento de aspectos generales del plan de evacuación.																




REPUBLICA DE CHILE
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 SERVICIO DE SALUD MAULE
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICO

Plan Institucional de Evacuación

Hospital San Juan de Dios Curicó

Número de edición: Sexta
 Fecha: Octubre 2018

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Ing. Oriel González Bustamante Encargado de Calidad Subdirección Operaciones	Ing. Wilson Muñoz Moraga Subdirector de Operaciones	Dr. Jorge Canteros Gatica Director Hospital San Juan de Dios Curicó
Ing. Consuelo Muñoz Lemp Prevención de riesgos y gestión ambiental	Dra. Amalia Hermoso Departamento de Calidad Seguridad del Paciente	(Seal: DIRECTOR SERVICIO SALUD DEL MAULE HOSPITAL DE CURICO)

Resol. Ex. 9668
24/10/2018

INS 2.2: Señaléticas de Evacuación

SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

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

| 3

INS 2.2

Característica

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

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

MINISTERIO SALUD
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL "SAN JUAN DE DIOS" DE CURICO
SUB DIR. RECURSOS HUMANOS
C.R. ADMIN. DE LAS PERSONAS
C.P. PERSONAL
DR.JCG/MBP/MRB/irv.
Nº524/23.02.2016

RESOLUCION EXENTA Nº 1135
CURICO, **26 FEB 2016**

SECCION I

NORMAS LEGALES Y REGLAMENTARIAS : Nota 78/30.10.2015, Razones de buena administración; Res. 1.600.08 de la Contraloría Gral. De la República; Decreto 38/2005; Res. 292/26.05.2015 dicto lo siguiente:

SECCION II

MATERIA:	ENCOMENDACION DE FUNCIONES	CODIGO	93
----------	-----------------------------------	--------	----

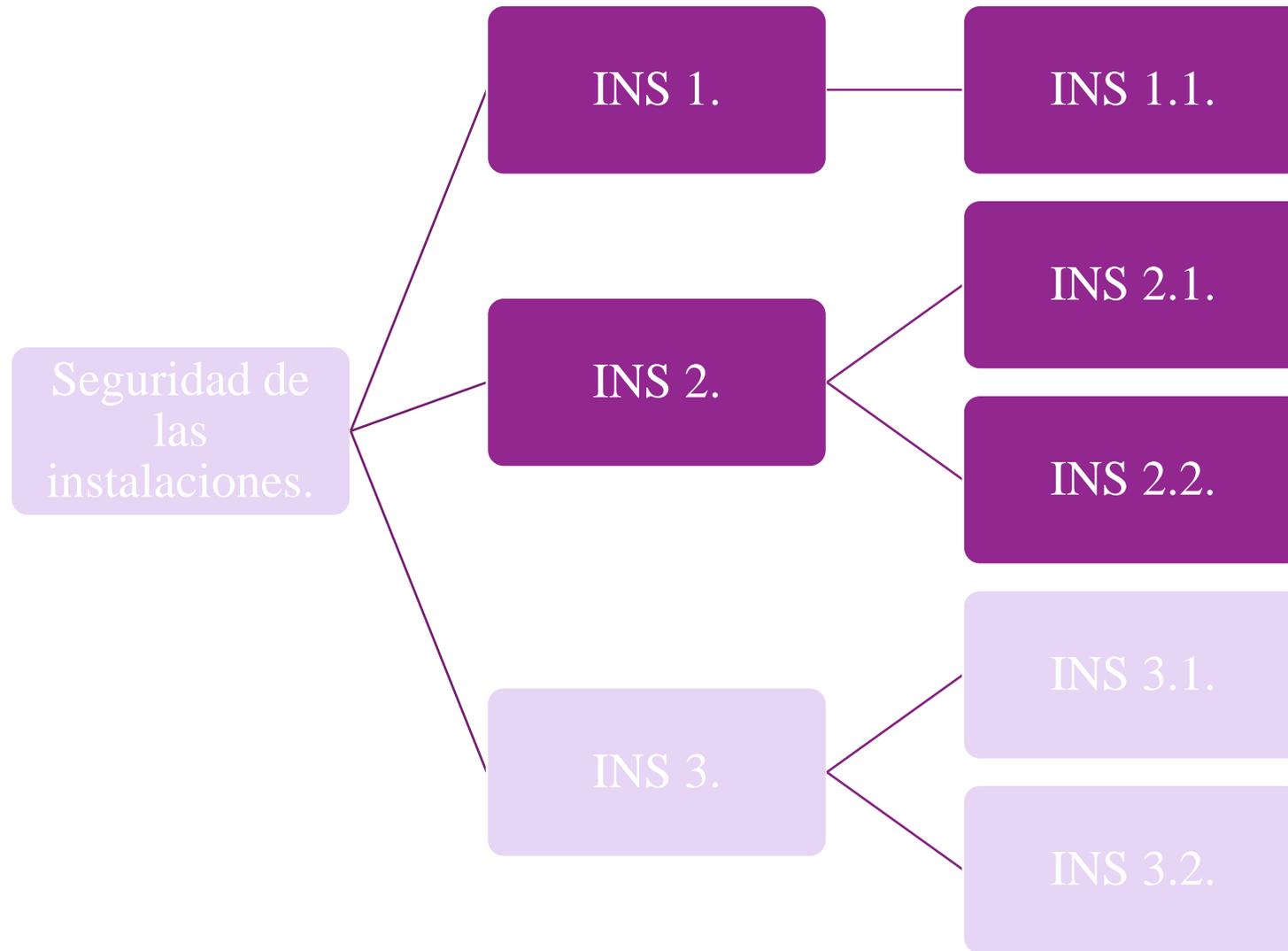
SECCION III

COMPLEMENTO: **ENCOMIENDASE** Funciones Como "Encargada de Mantenimiento y Actualización Periódica de la Señalización de Vías de Evacuación" del Hospital "San Juan de Dios" de Curicó, a las Profesionales que se indican, a contar de la fecha que se menciona y en las calidades que se señalan. Se deja sin Efecto toda Resolución anterior.

SECCION IV

ESTABLECIMIENTO:	HOSPITAL DE CURICO	CODIGO:	704
------------------	---------------------------	---------	-----

SECCION V



INS 3.

INS 3.

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

INS 3.1.

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.

INS 3.1: Mantenimiento Preventivo de las Instalaciones

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 un plan de contingencias en caso de 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.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
INS-3.1	Cumple: 100%	<p>Elementos Medibles INS-3.1</p> <p>Dirección o gerencia del prestador</p>		
		Se ha designado un responsable Institucional del mantenimiento preventivo de las instalaciones.		
		Se documenta un programa de mantenimiento preventivo que incluye al menos: <ul style="list-style-type: none"> - Ascensores. - Calderas. - Sistema de aspiración y gases clínicos. - Techumbre. - Sistemas de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes. 		
		Se constata ejecución de programa de mantenimiento preventivo.		



REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ



PROGRAMA MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE INSTALACIONES

Número de edición: Cuarta
Fecha: Enero 2018

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Miguel Ormazabal Jefe de Mantenimiento	Ing. Alejandro Muñoz Sub-Director de Instalaciones	Dr. Jorge Canteros Gatica Director Hospital San Juan de Dios Curicó
Oriel González Bustamante Equipos Hospitalarios	Dra. Amalia Hevia Departamento Seguridad Operaciones	

Resol. N° 2186 14/03/2018

INS 3.2: Plan de contingencia en corte de agua y luz

SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

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

INS 3.2

Característica

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

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




REPUBLICA DE CHILE
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 SERVICIO DE SALUD MAULE
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ

PLAN DE CONTINGENCIA EN EL CASO DE INTERRUPTIÓN DE SUMINISTRO ELÉCTRICO Y AGUA POTABLE

Número de edición : Tercera
 Fecha creación : Enero 2022
 Categoría : Institucional

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 CONCEPCIÓN MARQUETTI U. PREVENCIÓN DE RIESGOS Y GESTIÓN AMBIENTAL Jefa Prevención de Riesgos y Gestión Ambiental	 Ing. Rodrigo Muñoz Moraña Subdirector de Operación y Mantenimiento  Dra. Araceli Hermoso Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente	 Sr. Mauro Salinas Cortés Director Hospital San Juan de Dios Curicó 

Laboratorio Clínico.

APL

APL 1.1

APL 1.2

APL 1.3

APL 1.4

APL 1.5

APL 1.1: Compras de Servicios a Terceros Acreditados

SERVICIOS DE APOYO - LABORATORIO CLÍNICO (APL)

| 1

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

Componente APL

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

APL 1.1

Característica

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

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

APL 1.2 Procedimiento de Toma de Muestra

SERVICIOS DE APOYO - LABORATORIO CLÍNICO (APL)

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

| 2

APL 1.2

Característica

El Laboratorio norma, aplica y evalúa periódicamente los procesos de la etapa preanalítica.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN								OBSERVACIONES
			Laboratorio Clínico	Toma de Muestra	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Medicina	Pediatría	Urgencia	
APL-1.2	Cumple: \geq 75%	<p>Elementos Medibles APL-1.2</p> <p>Se describen en documento(s) elaborado(s) por Laboratorio Clínico, 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 las muestras. - Traslado de las muestras. - Criterios de rechazo de muestras. <p>Y se han definido los responsables de su aplicación.</p>									
		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.									
		Se constata que el Laboratorio dispone de formularios para entrega de información a los pacientes ambulatorios, en relación con:									
		<ul style="list-style-type: none"> - Instrucciones de preparación del paciente. - Toma y traslado de muestras (cuando corresponda). - Plazos de entrega de los exámenes. 									

República De Chile
Ministerio De Salud
Servicio De Salud Maule
Hospital San Juan de Dios Curicó



PROTOCOLO PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE TOMA DE MUESTRA Y SU TRASLADO

Número de edición: Octava
 Fecha creación manual: Agosto 2024.
 Carácter: Institucional.

Elaborado por:	Revisado por:	Autorizado por:
 <small>Esteban Puentes Bobadilla T.M. Encargado Toma de Muestras Laboratorio</small>	 <small>T.M. Marcelo Sepúlveda Ahumada Director Técnico Laboratorio Clínico</small>  <small>T.M. Martín José Salas Cortés Encargado Calidad Laboratorio</small>  <small>Sra. Carolina Rojas Vergara Encargada Calidad y Seguridad del Paciente</small>	 <small>Dr. Jorge Canteros Gatica Director (S) Hospital Curicó</small> 

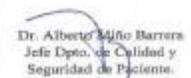
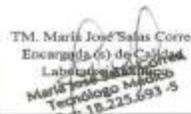
APL 1.3: Procesos Analíticos y Post analíticos

REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD DEL MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ



PROTOCOLO PROCESOS ANALÍTICOS Y POST ANALÍTICOS DE LABORATORIO

Número de edición : Cuarta
Fecha creación manual : Julio 2023
Carácter : Institucional

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 TM. Mauricio Julio Sepúlveda Intendente Director Técnico Laboratorio Clínico	 Dr. Alberto Miño Barrera Jefe Dpto. de Calidad y Seguridad de Paciente.	 Mauro Salinas Cortés Director Hospital de Curicó
 TM. María José Salas Correa Encargada (a) de Calidad Laboratorio Clínico María José Salas Correa Tecnóloga Médica ROL: 18.225.693-5	 EU. Estefanía Rojas Vivero Dpto. de Calidad y Seguridad de Paciente.	
Hospital Curicó. Calidad y seguridad del paciente.		

SERVICIOS DE APOYO - LABORATORIO CLÍNICO (APL)

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

APL 1.3

Característica

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

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

APL 1.4: Control de Calidad Externo

SERVICIOS DE APOYO - LABORATORIO CLÍNICO (APL)

| 4

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

APL 1.4

Característica

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

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

APL 1.5 Bioseguridad

SERVICIOS DE APOYO - LABORATORIO CLÍNICO (APL)

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

| 5

APL 1.5

Característica

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

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



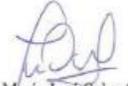
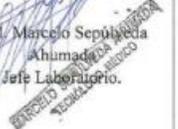
República de Chile
Ministerio de Salud Pública
Servicio de Salud Maule
Hospital San Juan de Dios Curicó



HOSPITAL
CURICÓ

MANUAL DE BIOSEGURIDAD LABORATORIO CLÍNICO

Número de edición: Duodécimo
Fecha de creación: Septiembre 2023

Elaborado por	Revisado por:	Aprobado por:
 TM. Pamela Olave M. Encargada Bioseguridad <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>	 TM. María José Salas Correa Equipo de Calidad. María José Salas Correa Tecnólogo Médico Rut: 18.225.693 -5	 TM. Marcelo Sepúlveda Jefe Laboratorio. <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>

Unidad de Farmacia.

APF

APF 1.1

APF 1.2

APF 1.3

APF 1.4

APF 1.5

APF 1.6

APF 1.7

APF 1.1 : Compra de Servicios a Terceros Autorizados

SERVICIOS DE APOYO - FARMACIA (APF)

| 1

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

Componente APF-1

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

APF 1.1

Característica

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

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

APF 1.2: Adquisición de Medicamentos e Insumos Clínicos

República De Chile
Ministerio De Salud
Servicio De Salud Maule
Hospital San Juan De Dios Curicó



PROTOCOLO ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS CLÍNICOS

Número de edición: Cuarta
Fecha creación manual: Julio 2024
Carácter: Institucional

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
<p>CRISTIAN BRAVO VERA CURICÓ FARMACEUTICO RUT 12.764.132-3 HOSPITAL DE CURICÓ</p> <p>QF. Cristian Bravo Vera Encargado de Calidad Farmacia</p>	<p>QF. Carlos Valladares Jefe Servicio de Farmacia</p>	<p>Dr. Jorge Clamens Gatica Director Clínico Hospital Curicó DIRECTOR</p>
<p>Sra. Mariela Pereira Ríos Jefe Unidad de Compras</p>	<p>Sra. Carolina Rojas Vargara</p>	
<p>Sra. Cecilia Muñoz Mayorga Enfermera Asesora Dpto. de Adquisiciones.</p>	<p>Sra. Patricia Pérez Rojas Enfermeras Depto. de Calidad y Seguridad del Paciente</p>	

SERVICIOS DE APOYO - FARMACIA (APF)

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

APF 1.2

Característica

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

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

APF 1.3: Stock mínimo de Medicamentos e Insumos en Unidades Críticas




PROTOCOLO STOCK MINIMO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS EN UNIDADES CRÍTICAS

Número de edición: Novena
 Fecha creación manual: Junio 2024
 Categoría: Institucional

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 QF. Cristian Bravo Vera Encargado Calidad Farmacia	 QF. Carlos Valladares Jefe de Farmacia	 Dr. Jorge Canteros Gatica Director (S) Hospital Curicó
 Sra. Patricia Pérez Rojas Enfermera Dpto. Calidad y Seguridad del Paciente	 Sra. Carolina Rojas Vergara Enfermera Dpto. Calidad y Seguridad del Paciente	

Hospital Curicó.
Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente.

SERVICIOS DE APOYO - FARMACIA (APF)

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

APF 1.3

Característica

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

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
APF-1.3	Cumple: ≥ 75%	Elementos Medibles APF-1.3	Unidad de Farmacia**	** Si es necesario debe verificarse en Abastecimiento.
		Se ha designado el responsable de la mantención del stock mínimo de medicamentos e insumos en las unidades críticas de la institución.		
		Se documenta una definición del stock mínimo de medicamentos e insumos en dichas unidades.		
		Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de reposición del stock y periodicidad de éste.		
		Existe constancia de que el stock mínimo se repone oportunamente.		

APF 1.4: Seguridad en los Procesos de Farmacia



REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL DE CURICÓ



HOSPITAL
CURICÓ

PROTOCOLO PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD EN MEDICAMENTOS E INSUMOS

Número de edición: Quinta
Fecha creación manual: Junio 2024
Categoría: Institucional

Realizado	Revisado	Aprobado
<p style="font-size: x-small;">CRISTIAN BRAVO VERA QUIMICO FARMACEUTICO RUT 12.764.132-3 HOSPITAL DE CURICÓ</p> <p style="font-size: x-small;">Sr. Cristian Bravo Vera QF Encargado de Calidad Servicio Farmacia</p> <p style="font-size: x-small;">Sra. Sandra Vallejos Vázquez Jefe Dpto. Logístico y Distribución</p> <p style="font-size: x-small;">Sra. Patricia Pérez Reina Enfermera Dpto. Calidad y Seguridad del Paciente</p>	<p style="font-size: x-small;">Sr. Cujo Vialardes Vázquez QF jefe Servicio Farmacia</p> <p style="font-size: x-small;">Dra. Amalia Hermoso Tovar Médico Jefe (S) Dpto. de Calidad y Seguridad del Paciente</p> <p style="font-size: x-small;">Sra. Carolina Rojas Vergara Enfermera Dpto. Calidad y Seguridad del Paciente</p>	<p style="font-size: x-small;">Dr. Jorge Campos Gatica Director (S) Hospital Curicó</p> <p style="font-size: x-small;">DIRECTOR</p>

SERVICIOS DE APOYO - FARMACIA (APF)

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

APF 1.4

Característica

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

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

APF 1.6: Medicamentos antineoplásicos

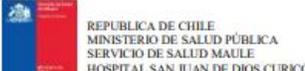
SERVICIOS DE APOYO - FARMACIA (APF)

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

APF 1.6 Característica

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

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



REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ



HOSPITAL
CURICÓ

**PROTOCOLO
PROCEDIMIENTO DE PREPARACIÓN,
ALMACENAMIENTO, DISTRIBUCIÓN Y
DESECHO DE MEDICAMENTOS
ANTINEOPLÁSICOS**

Número de edición : Tercera
Fecha creación manual : Septiembre 2022
Categoría : Institucional

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p>Qf. José Hernández Uribe Encargado Calidad de Farmacia</p>	<p>Dpto. Calidad y Seguridad del Paciente, Hospital de Curicó</p> <p>Qf. Carlos Valladares Vázquez Jefe Farmacia</p>	<p>Sr. Mauro Salinas Cortés DIRECTOR HOSPITAL DE CURICÓ</p>

APF 1.7: Nutrición Parenteral



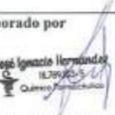
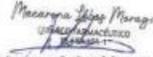
REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ



HOSPITAL
CURICÓ

PROTOCOLO PREPARACION, ALMACENAMIENTO Y DISPENSACION DE NUTRICION PARENTERAL

Edición : Cuarta
Fecha : Mayo 2022
Carácter : Institucional

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
 José Ignacio Hernández QF. Encargado de Calidad de Farmacia	 Dpto. de Calidad y Seguridad del Paciente. Cristian Bravo Vera QF. Jefe de Farmacia (S)	 Sr. Mauro Salinas Cortés Director Hospital de Curicó.
 Macarena Lobos Moraga QF. Farmacia 24 Horas		

SERVICIOS DE APOYO - FARMACIA (APF)

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

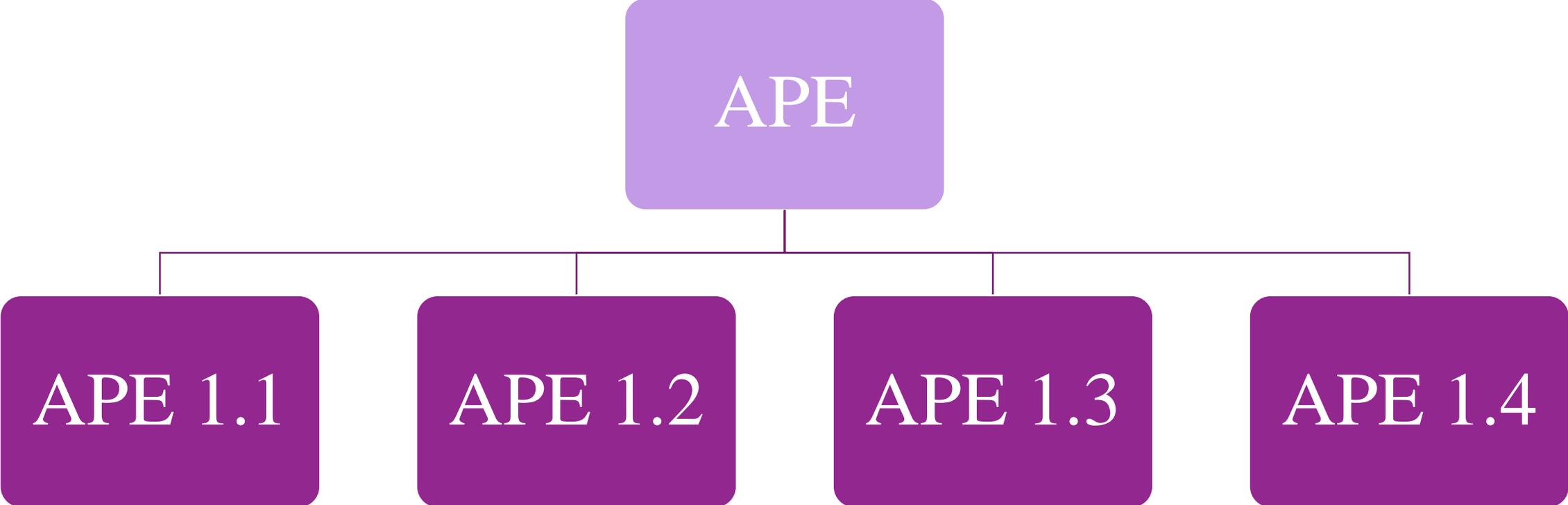
APF 1.7

Característica

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

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

Servicio de Esterilización



APE 1.1: Compras a terceros Autorizados

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

APE 1.1

Componente APE

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.

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.			

APE 1.3: Procedimientos de Esterilización

SERVICIOS DE APOYO - ESTERILIZACIÓN (APE)

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

| 3

APE 1.3

Característica

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

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

APE 1.5: Desinfección de Alto Nivel

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

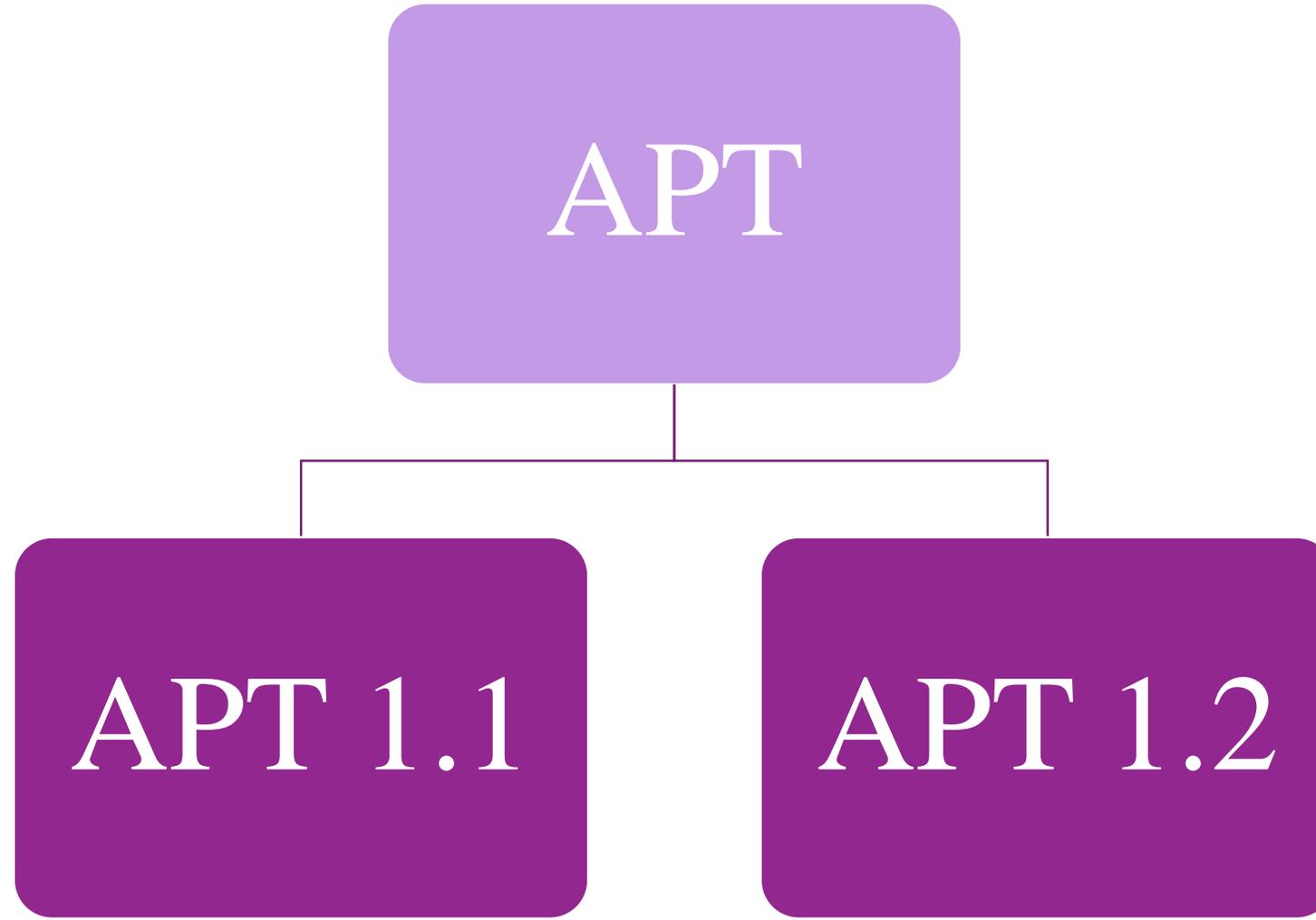
APE 1.5

Característica

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

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

Unidad de Transporte de paciente o Servicio de Movilización



APT 1.1: Compras a terceros Autorizados

SERVICIOS DE APOYO - TRANSPORTE DE PACIENTES (APT)

| 1

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

APT 1.1

Componente APT

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.

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.			

APT 1.2: Transporte de paciente condiciones de seguridad

SERVICIOS DE APOYO - TRANSPORTE DE PACIENTES (APT)

| 2

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

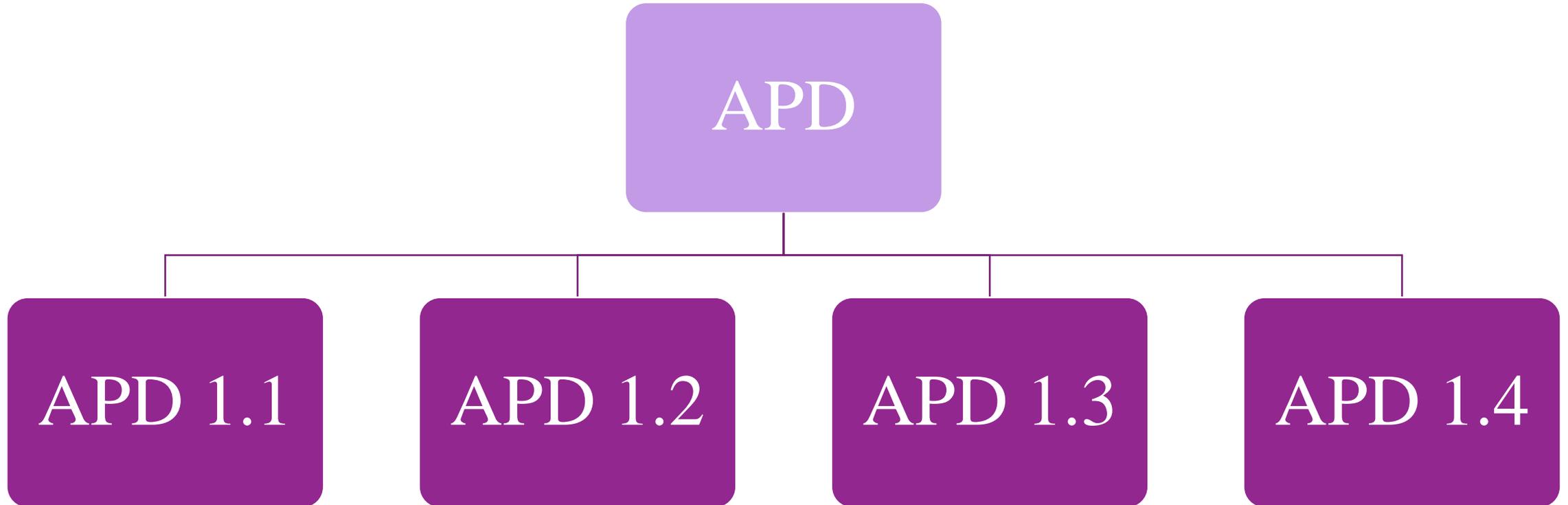
APT 1.2

Característica

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

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

Unidad de Diálisis



APD 1.1: Compras a terceros Autorizados

SERVICIOS DE APOYO - DIÁLISIS (APD)

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

APD 1.1

Componente APD

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

Característica

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

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

APT 1.2: Procedimientos de Diálisis estandarizados

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

APD 1.2

Característica

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

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

APD 1.3: Programa de capacitación al paciente y familiar en Dialisis

APD 1.3

Característica

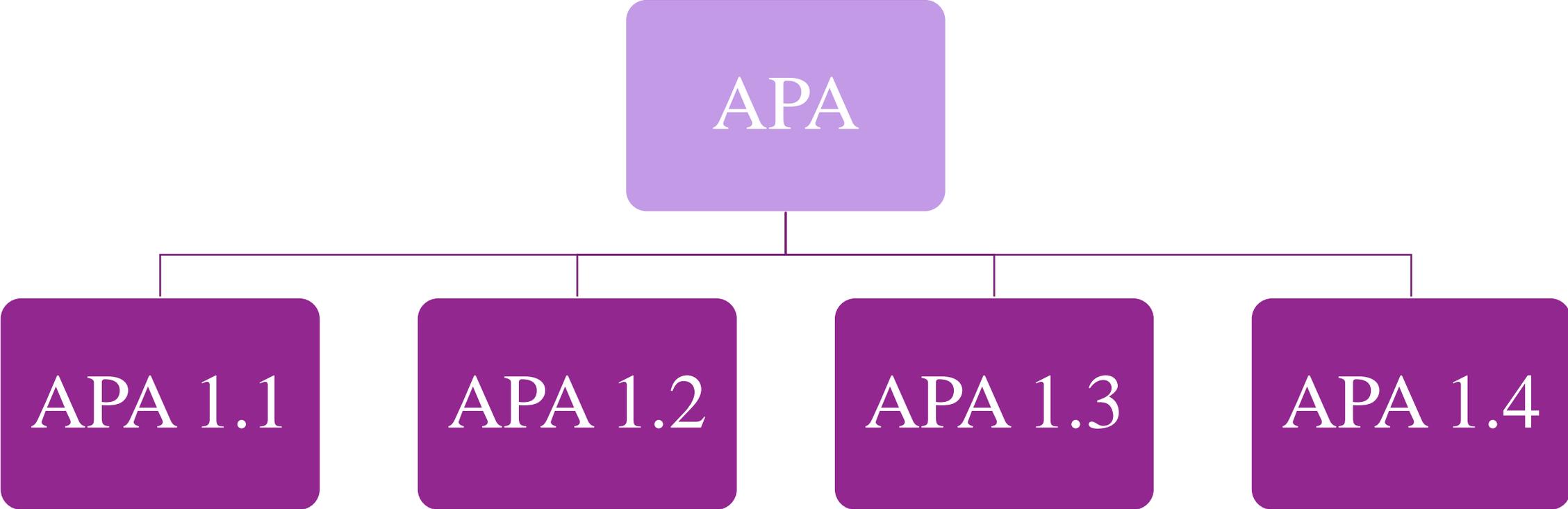
El prestador institucional aplica protocolos y normas actualizadas de las prácticas clínicas relevantes para prevenir infecciones asociadas a peritoneodiálisis y/o hemodiálisis y evalúa su cumplimiento.

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

APD 1.4: Calidad del agua usada en Diálisis

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
APD-1.4	Cumple: \geq 66%	<p data-bbox="588 396 800 458">Elementos Medibles APD-1.4</p> <p data-bbox="494 525 868 729">Existe un documento elaborado por la Unidad de Diálisis que describe el programa de control de calidad del agua tratada de la unidad que incluye descripción del procedimiento y periodicidad de:</p> <ul data-bbox="494 753 868 1196" style="list-style-type: none"> - Medición de la calidad del agua tratada para hemodiálisis y reutilización de dializadores. - Controles externos químico y microbiológico 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. <p data-bbox="494 1215 868 1282">Se han definido los responsables de su aplicación.</p>	<p data-bbox="937 396 1047 458">Unidad de Diálisis</p>	

Servicio de Anatomía Patología



APA 1.1: Compras a terceros Autorizados

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

Componente APA

Los servicios de Anatomía Patológica aportan resultados confiables y oportunos.

APA 1.1

Característica

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

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

APA 1.2: Etapa Preanalítica

SERVICIOS DE APOYO - ANATOMÍA PATOLÓGICA (APA)

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

| 2

APA 1.2

Característica

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

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

REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ



PROTOCOLO IDENTIFICACIÓN, ROTULACIÓN, RECEPCIÓN, PROCESAMIENTO Y ENTREGA DE MUESTRAS DE BIOPSIAS

Número de edición: Undécima
Fecha creación manual: Febrero 2023
Carácter: Institucional

Elaborado por:

EU. Carolina Rojas Vergara
Dpto. Calidad y Seguridad del Paciente.

Dra. Melissa Gannon Alvarado
Médico Jefe Anatomía Patológica

TM. David Retamal Ocampos
Encargado de Calidad Anatomía Patológica.

Sr. Waldo Morales Cornejo
Departamento TIC

Revisado por:

David Ojeda
Jefe Dpto. Calidad y Seguridad del Paciente.

Dra. Aida Sánchez Massardo
Subdirectora (S) Gestión Asistencial

EU. Patricia Muñoz Rojas
Subdirectora (S) Gestión del Cuidado.

Sr. Rodrigo Quezada Gómez
Jefe Tecnología de la Información.

MARGARITA CARRERO E.
EU. Margarita Carrero Campos
Encargada de Calidad Patellón

Sr. Cristian Espinosa Alarcón
Subdirector de Apoyo Clínico

Aprobado por:

Sr. Mauro Salinas Cortés
Director Hospital de Curicó.

APA 1.3: Etapas Analíticas y Post analítica

SERVICIOS DE APOYO - ANATOMÍA PATOLÓGICA (APA)

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

| 3

APA 1.3

Característica

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

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



REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
SERVICIO DE SALUD MAULE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ



Protocolo Procesos Analíticos y Post Analítico en estudios Anátomo-Patológicos

Número de edición : Cuarta
Fecha creación manual : Diciembre 2022
Carácter : Institucional

Elaborado por:	Revisado por:	Autorizado por:
<p><i>Melisa Carmona Alvarado</i></p> <p>Dra. Melisa Carmona Alvarado Médico Jefe Anatomía Patológica.</p>  <p>TM. David Retamal Ocampos Encargado de Calidad Anatomía Patológica.</p>	<p><i>Carolina Rojas Vergara</i></p> <p>Sra. Carolina Rojas Vergara Enfermera Dpto. Calidad y Seguridad del Paciente.</p>  <p>Dr. Alberto Mijangos Bovera Médico Jefe Dpto. Calidad y Seguridad del Paciente</p>	<p><i>Mauro Salinas Cortes</i></p> <p>Sr. Mauro Salinas Cortes Director de Curicó Hospital de Curicó</p> 

APA 1.4: Bioseguridad de Anatomía Patológica

SERVICIOS DE APOYO - ANATOMÍA PATOLÓGICA (APA)

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

APA 1.4

Característica

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

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

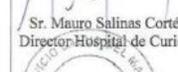


República De Chile
Ministerio De Salud
Servicio De Salud Maule
Hospital San Juan De Dios Curicó



CONDICIONES DE BIOSEGURIDAD UNIDAD ANATOMÍA PATOLÓGICA

Número de edición: Cuarta
 Fecha creación manual: Septiembre 2023
 Carácter: Institucional

Elaborado por	Revisado por:	Aprobado por:
 Dra. Melisa Carmona Alvarado Jefe Unidad de Anatomía Patológica	 Sr. Cristian Espinosa Alarcón Subdirector de Apoyo Clínico	 Sr. Mauro Salinas Cortés Director Hospital de Curicó.
 David Retamal Ocampos T.M. Encargado de Calidad Unidad de Anatomía Patológica	 Dr. Alberto Miño Barrera Jefe Dpto. Calidad y Seguridad del Paciente.	 EU. Carolina Rojas Vergara Dpto. Calidad y Seguridad del Paciente.

Unidad de Quimioterapia

APQ

```
graph TD; APQ[APQ] --- L1[ ]; L1 --- APQ11[APQ 1.1]; L1 --- APQ12[APQ 1.2]; L1 --- APQ13[APQ 1.3];
```

APQ 1.1

APQ 1.2

APQ 1.3

APQ 1.1: Compras a terceros Autorizados

SERVICIOS DE APOYO - QUIMIOTERAPIA (APQ)

| 1

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

APQ 1.1

Componente APQ

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

Característica

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

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

APQ 1.2: Tratamiento de Quimioterapia

SERVICIOS DE APOYO - QUIMIOTERAPIA (APQ)

| 2

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

APQ 1.2

Característica

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

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

APQ 1.3: Prácticas clínicas relevantes e IAAS

SERVICIOS DE APOYO - QUIMIOTERAPIA (APQ)

| 3

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

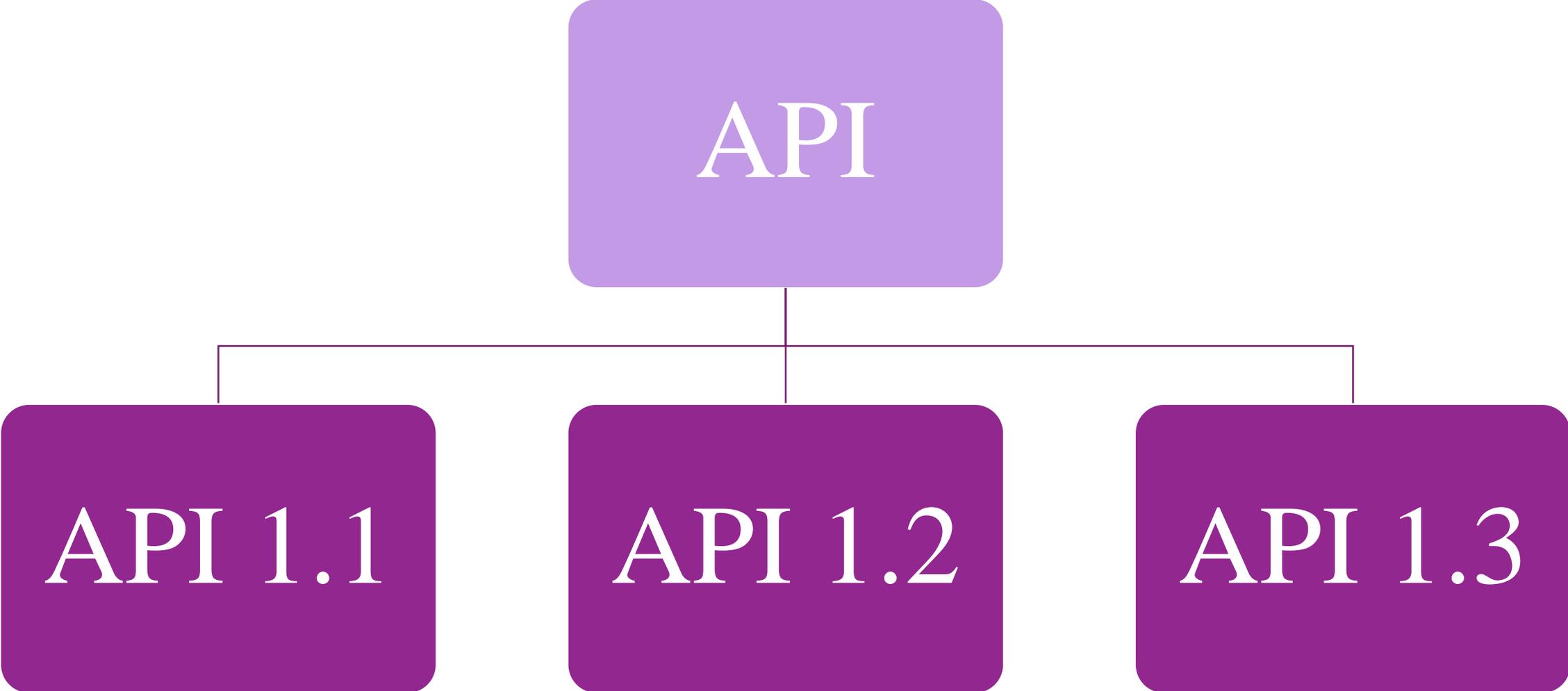
APQ 1.3

Característica

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

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
APQ-1.3	Cumple: 100%	<p>Elementos Medibles APQ-1.3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se describen en documentos de carácter institucional los procedimientos relacionados con: - Administración de medicamentos antineoplásicos. - Disposición y eliminación de desechos de medicamentos antineoplásicos y residuos contaminados. - Instalación y manejo de procedimientos invasivos relacionados con quimioterapia. - Vigilancia de infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales. 	<p>Unidad de Quimioterapia</p>	
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.		
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.		

Servicio de Imagenología



API 1.1: Compras a terceros Autorizados

SERVICIOS DE APOYO - IMAGENOLÍA (API)

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

| 1

API 1.1

Componente API

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

Característica

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

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

API 1.2: Imagenología Intervencional

SERVICIOS DE APOYO - IMAGENOLÓGÍA (API)

| 2

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

API 1.2

Característica

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

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

API 1.3: Solicitud de Exámenes e indicaciones a los pacientes

SERVICIOS DE APOYO - IMAGENOLÓGÍA (API)

| 3

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

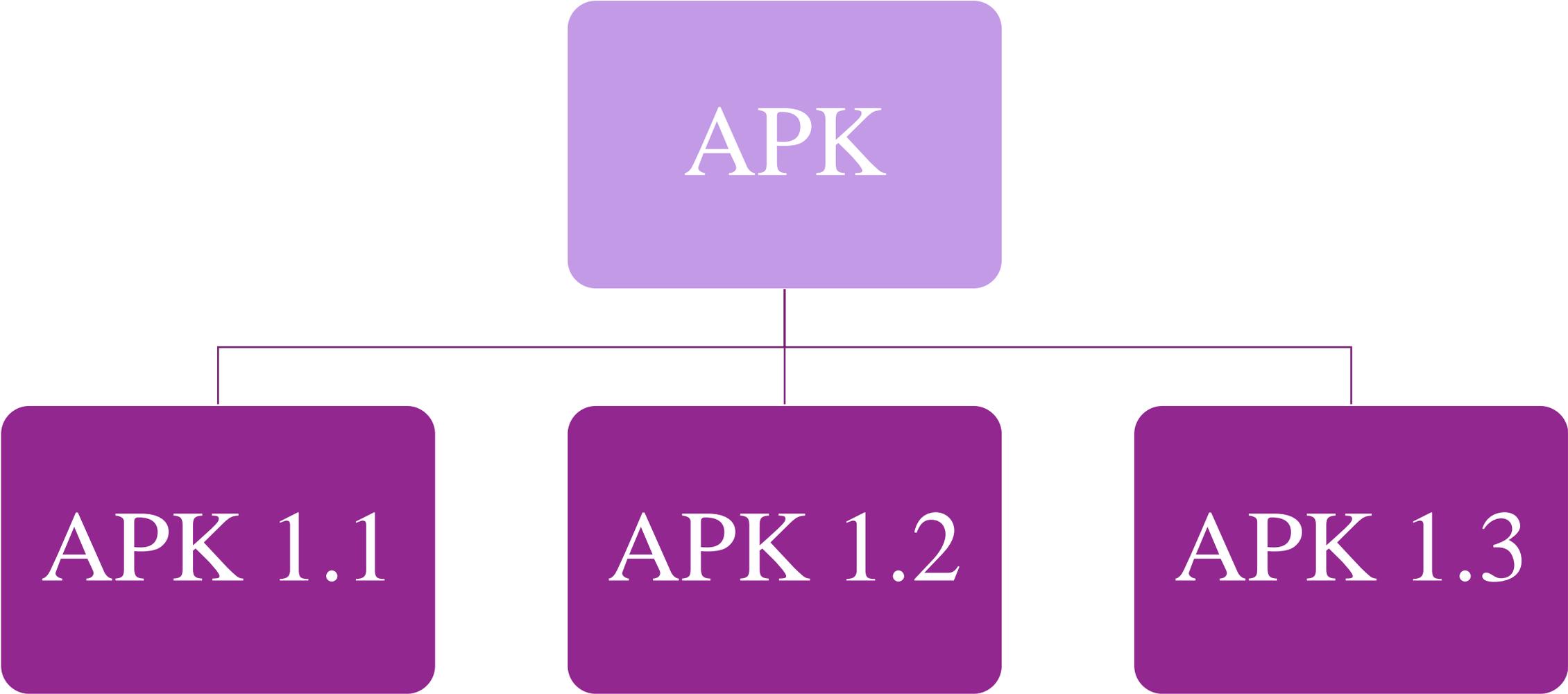
API 1.3

Característica

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

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

Servicio de Kinesiterapia



```
graph TD; APK[APK] --- APK11[APK 1.1]; APK --- APK12[APK 1.2]; APK --- APK13[APK 1.3];
```

APK

APK 1.1

APK 1.2

APK 1.3

APK 1.1: Compras a terceros Autorizados

SERVICIOS DE APOYO - KINESIOTERAPIA (APK)

| 1

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

APK 1.1

Componente APK

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

Característica

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

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

APK 1.2:

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

APK 1.2

Característica

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

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

APK 1.3

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

APK 1.3

Característica

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

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

Servicio de Medicina Transfusional

APTr

```
graph TD; A[APTr] --- B[APTr 1.1]; A --- C[APTr 1.2]; A --- D[APTr 1.3];
```

APTr
1.1

APTr
1.2

APTr
1.3

APTr 1.1

SERVICIOS DE APOYO - MEDICINA TRANSFUSIONAL (APTr)

| 1

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

APTr 1.1

Componente APTr

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

Característica

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

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

APTr 1.2

SERVICIOS DE APOYO - MEDICINA TRANSFUSIONAL (APTr)

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

| 2

APTr 1.2

Característica

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

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

APTr 1.3

SERVICIOS DE APOYO - MEDICINA TRANSFUSIONAL (APTr)

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

| 3

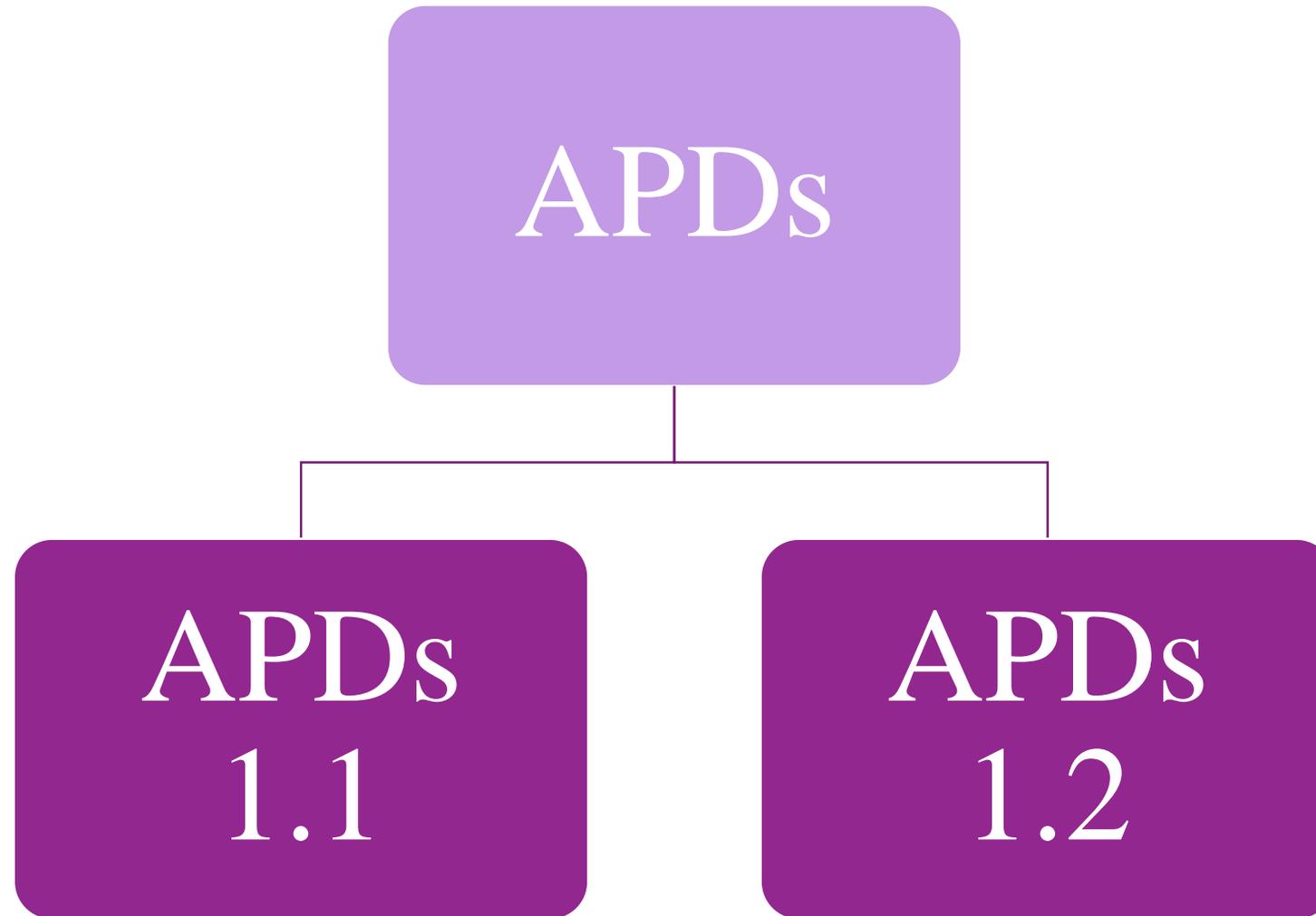
APTr 1.3

Característica

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

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

Unidad de Donante de Sangre



APDs 1.1

SERVICIOS DE APOYO - ATENCIÓN DE DONANTES (APDs)

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

| 1

APDs 1.1

Componente APDs

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

Característica

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

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

APDs 1.2

SERVICIOS DE APOYO - ATENCIÓN DE DONANTES (APDs)

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

APDs1.2

Característica

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

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



Medición de calidad.

Indicadores de calidad.



Indicadores de calidad.

¿Qué es un indicador?

Características de los indicadores.



Indicadores de calidad.

Un indicador corresponde a la expresión matemática de un criterio de evaluación.



Indicadores de calidad.

Los indicadores son herramientas de medición y evaluación claves para conocer la situación de partida y evaluar la efectividad de las actuaciones desarrolladas.

Los indicadores simplemente “INDICAN”; dan señales sobre el comportamiento del proceso o el resultado en la institución, su tendencia en el tiempo y qué tan alejados se encuentran de los niveles de cumplimiento que se han definido como aceptables.

Los indicadores deben aportar datos que reflejen razonablemente la realidad.

Su cumplimiento implica que el prestador institucional ha definido un indicador pertinente a la característica evaluada. Vale decir, el indicador se define de acuerdo al tema de la característica.

Indicadores de calidad.

Validez.

Factibilidad.

Utilidad.

Confiability.

Relevancia.

Especificidad.

Indicadores de calidad.

Validez.

- Medir lo que realmente quiere medir.

Utilidad.

- Servir para iniciar ciclos de mejora.

Relevancia.

- Tener importancia desde la seguridad del paciente.

Factibilidad.

- Los datos son fáciles de obtener, ya sea por registros informáticos o porque se extraen de datos registrados de forma sistemática por diversos motivos. Las fuentes de información y las personas que gestionan dichas fuentes están identificadas.

Confiabilidad.

- Estandarizar conceptos y definiciones de lo que se va a medir. Debe brindar el mismo resultado en iguales circunstancias.

Especificidad.

- El indicador identifica partes específicas del proceso que pudieran requerir acciones de mejora.

Clasificación de indicadores.



Indicador de estructura.

Mide el nivel de la organización en cuanto a equipamiento, espacios físicos, recursos humanos, documentos (Normas, protocolos, GCE).

Permite monitorear si los recursos están organizados y disponibles para otorgar una buena atención.



Indicador de estructura.

Nombre del indicador:

Presencia de registro de evaluación de riesgo de Enfermedad Tromboembólica (ETE) en ficha clínica de pacientes operados.

Formula:

Nº de registros de evaluación de riesgo de ETE en ficha clínica de pacientes operados en el mes / Nº total de fichas clínicas supervisadas de pacientes operados en el mismo período X 100.

Ejemplo: Se operaron 15 pacientes en el mes y se encontraron 14 registros de evaluación de riesgo de ETE en fichas clínicas de pacientes operados en el mismo período.

$$14 / 15 \times 100 = 93\%$$

Indicador de proceso.

Mide como se otorga la atención.
Permite evaluar actividades que forman parte del proceso de atención.

Los criterios de proceso se ordenan en protocolos basados en evidencia científica (Guías clínicas).



Indicador de proceso.

Nombre del indicador:

Porcentaje pacientes identificados según protocolo

Formula:

N° de pacientes identificados según protocolo en un período / N° de pacientes evaluados en el mismo período X100

Ejemplo: Se evaluaron 20 pacientes de los cuales 16 estaban identificados según protocolo institucional.

$$16 / 20 \times 100 = 80\%$$

Indicador de resultado.

Mide la efectividad de la atención, o sea, mide en qué grado la atención otorgada produjo el efecto (Deseable o indeseable).



Indicador de resultado.

Nombre del indicador:

Tasa de caídas en pacientes hospitalizados.

Formula:

Nº total de caídas en pacientes hospitalizados reportadas en el trimestre / Nº total de días camas ocupadas en el mismo período x 1000

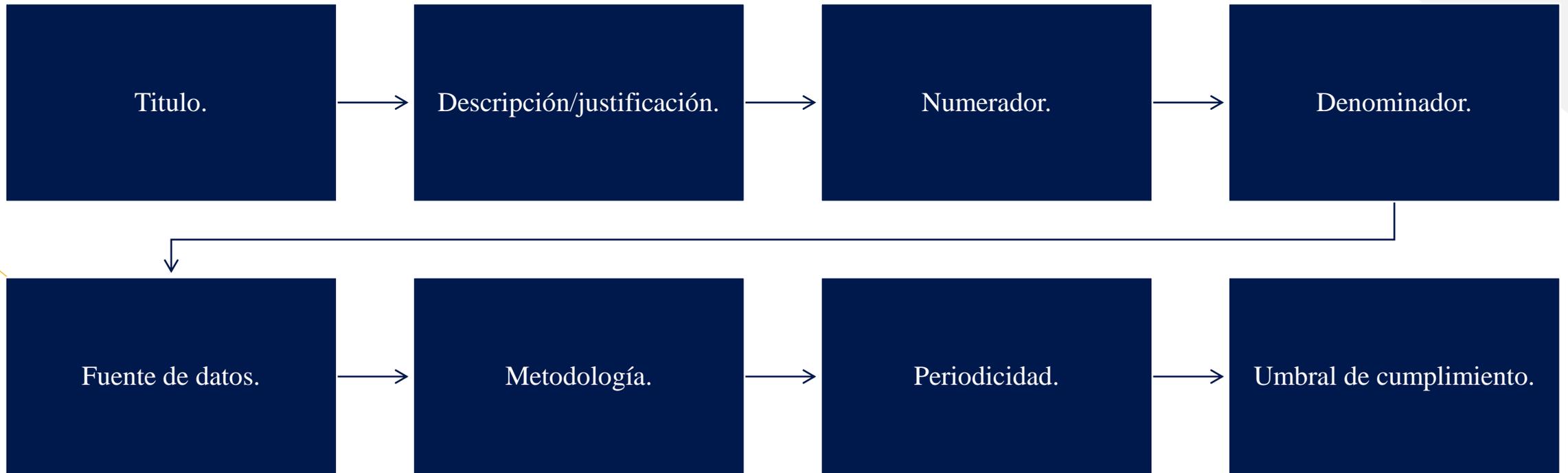
Ejemplo: Se reportaron 2 caídas de pacientes hospitalizados al Departamento de Calidad en el trimestre. Los días camas ocupadas en el mismo trimestre fueron de 1200.

$$2 / 1200 \times 1000 = 1,66$$

Construcción de indicadores.



Construcción de indicadores.



Construcción de indicadores.

Titulo.

Nombre del indicador.
Debe reflejar directamente el proceso que será medido que a su vez debe ser pertinente a la característica medida.

Descripción/justificación.

Breve resumen de la intención del indicador, qué se espera medir con él, su justificación y fundamentos para su utilización como medida de calidad en el hospital.

Construcción de indicadores.

Numerador.

Definir qué pacientes o eventos son los que se van a contabilizar, representa el número de veces que ocurre el evento que se desea tener bajo control.

Denominador.

Si el indicador se construye sobre una muestra, el denominador debe ser la muestra y no el universo del que proviene. En la mayoría de los casos, los denominadores corresponden a la misma población específica de sujetos del numerador.

Construcción de indicadores.

Fuente de datos.

Especificar los registros u otras fuentes desde donde se obtendrán los datos para confeccionar el indicador.

Metodología.

Especificar la forma en que se realizó la medición del indicador, ya sea a partir de una muestra, o mediante el universo, si fue aleatorio, como se realizó la misma etc.

Construcción de indicadores.

Periodicidad.

Seleccionar en función del número de casos a evaluar y a consideraciones prácticas, en acuerdo con los encargados de las mediciones.

Umbral de cumplimiento.

Indicar aquí cuál es el umbral del indicador, es decir, el resultado bajo el cual se considera necesario revisar con mayor detalle la calidad del proceso o del resultado y eventualmente introducir una intervención de mejora, definido por el prestador de acuerdo a su realidad local.