

**Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención  
Hospitalaria (PECAH)  
Versión 2005  
Índice de Contenidos**

|   |    |
|---|----|
| Introducción.....   | 2  |
| Normativa: .....  | 4  |
| Consideraciones generales sobre estándares, características y elementos<br>medibles ..... | 4  |
| Consideraciones sobre el proceso de evaluación .....                                      | 4  |
| Asignación de puntaje .....   | 6  |
| Resultados del proceso de evaluación.....   | 10 |
| Elegibilidad .....  | 12 |
| ESTANDAR ORGANIZACIÓN (OR).....   | 17 |
| ESTANDAR ASPECTOS ETICOS DE LA ATENCION (ET) .....  | 19 |
| ESTÁNDAR FUNCIÓN CLÍNICA ( FC ) .....   | 21 |
| ESTÁNDAR SERVICIOS Y UNIDADES DE APOYO ( AP ).....  | 25 |
| ESTÁNDAR SALUD DEL PERSONAL (SP) .....  | 28 |
| ESTANDAR COORDINACION CON LA RED ( CR ) .....   | 30 |
| ESTÁNDAR INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (IIH) .....                                       | 32 |

# Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención Hospitalaria (PECAH)

## Introducción

En la última década, la calidad de la atención en salud ha surgido como un tema relevante, particularmente por la legítima exigencia de los usuarios y por el conocimiento de algunas prácticas clínicas que en ocasiones demuestran pérdida con frecuencia sistemática de la calidad. Brindar servicios de buena calidad es un imperativo ético para las personas y organizaciones. Dado que una de las responsabilidades fundamentales del Ministerio de Salud es garantizar la calidad de la atención en el país, deben establecerse mecanismos para evaluarla y certificarla en los distintos establecimientos.

La evaluación y certificación de la calidad en una institución tiene distintos componentes. Inicialmente debe garantizarse un mínimo de condiciones estructurales que aseguren una funcionalidad acorde con su objetivo declarado. Este proceso de certificación constituye la Autorización Sanitaria la cual demuestra que se cuenta con la estructura requerida para su funcionamiento.

Posterior a la Autorización Sanitaria es necesario establecer las condiciones para crear y mantener los niveles de calidad. Para esos efectos los hospitales desarrollan internamente estrategias tales como normas, guías clínicas y procedimientos de atención entre otros. Asimismo deben desarrollar acciones destinadas a evaluar la calidad de las prácticas a través de programas de supervisión y auditoría.

La evaluación externa de la calidad está asociada indirectamente a la mejoría de la calidad debido a que estimula el desarrollo de prácticas que reconocidamente han tenido impacto en este ámbito. Desde el punto de vista sanitario permite obtener la mejor información que garantice el nivel de calidad de las instituciones evaluadas e identifica áreas susceptibles a ser mejoradas. De este modo se constituye en un instrumento que promueve acciones en calidad y reduce riesgos para pacientes y personal. Por otra parte es un elemento clave para la toma de decisiones.

En Chile, durante los últimos 15 años, el Ministerio de Salud ha desarrollado tres sistemas de evaluación externa de hospitales que consideran distintos ámbitos de la atención hospitalaria: la acreditación de hospitales en el programa de prevención y control de infecciones intrahospitalarias (IIH), la evaluación de estándares de atención y la calificación de unidades para la atención de patologías complejas. El análisis de estos sistemas permitió demostrar que en general promueven el cumplimiento de las prácticas de atención y que por lo tanto son útiles en el proceso de mejoría continua de la calidad.

Por lo anterior, y como parte de la política actual de mejoría continua de la calidad, el Ministerio de Salud, desarrolló un Programa de Evaluación externa de la Calidad de la Atención Hospitalaria (PECAH) que contempla los aspectos más relevantes en este nivel de atención. El modelo fue elaborado con participación amplia de todos los grupos involucrados tanto del sector público como del sector privado y aprobado por las autoridades correspondientes a nivel central y local. En la elaboración de este programa se analizaron los antecedentes sobre procesos de evaluación tanto a nivel nacional como internacional, considerando sus ventajas y desventajas.

PECAH constituye un proceso externo y periódico de evaluación de la calidad en hospitales que compara los procesos que en ellos se desarrollan con un patrón preestablecido (estándar). Los estándares son declaraciones explícitas formales que establecen el nivel de calidad óptimo acorde con el medio en que se desarrolla la actividad y el conocimiento científico en la materia. El propósito de este programa, es evaluar en forma objetiva y con criterios uniformes, la calidad de la atención hospitalaria en el país focalizándose en la seguridad del paciente y prestadores.

El presente documento contiene los estándares por los cuales serán evaluados los hospitales con sus respectivos componentes, características y elementos medibles. Por otra parte, se establece la normativa por la cual serán evaluados estos hospitales, las características del proceso y sus resultados.

Se espera que este sistema de evaluación de hospitales sea un elemento más para garantizar la calidad de la atención a usuarios internos y externos de establecimientos hospitalarios del país, y que su utilización tenga impacto en mejorar las prácticas de atención.

Asimismo, el documento puede constituir una guía para el manejo de las instituciones y el conocimiento de funciones relevantes en términos de calidad que pueden constituir la base para planificar y elaborar programas de intervención.

El Programa PECAH se inició el año 2003 con la capacitación de los evaluadores y la evaluación formativa de dos establecimientos. En el año 2004 continuó con evaluaciones formativas en 7 establecimientos. Para el año 2005, se espera concluir con el proceso de evaluaciones formativas. El presente año, los estándares se modificaron levemente con respecto al año anterior con el fin de evaluar en mayor profundidad algunas patologías que forman parte del Régimen de Garantías Explícitas.

MINISTERIO DE SALUD

## **Normativa:**

El programa de evaluación aprobado para ser aplicado en los establecimientos hospitalarios del país, se regirá por la siguiente normativa:

1. El proceso es obligatorio para hospitales públicos del país que cumplan con los criterios de elegibilidad mencionados en el presente documento
2. La responsabilidad del proceso es del Ministerio de Salud.
3. Los evaluadores son profesionales seleccionados y capacitados para el proceso por el Ministerio de Salud.
4. El costo del proceso es asumido por el Ministerio de Salud y no irroga ningún gasto para las instituciones a ser evaluadas
5. Los resultados de la evaluación formal son públicos y pueden acceder a ellos cualquier persona natural o institución que esté interesada en conocerlos. Serán por otra parte publicados en Órganos oficiales del Ministerio de salud.

## **Consideraciones generales sobre estándares, características y elementos medibles**

Los estándares expresan la situación óptima esperable de una función de la institución para el nivel de desarrollo del país. Su incorporación a este proceso de evaluación se determina por consensos basados en la información científica disponible, las normas vigentes sobre la materia y la opinión de especialistas. Los estándares incorporados representan aspectos relevantes en la perspectiva de lo esencial para obtener una visión del nivel de calidad de la institución. No constituyen un análisis detallado de todos los procesos ni atenciones.

Existen estándares de estructura, proceso y resultados. El proceso de evaluación privilegia los estándares de proceso y resultado por sobre los de estructura, por dos razones. La primera es que la estructura requerida para el desarrollo de los procesos debe ser certificada por la Autorización Sanitaria previo a la aplicación de este nuevo programa y la segunda es que aún cuando la estructura debe cumplir con requisitos básicos mínimos para poder realizar los procesos, el contar con ésta, por si sola no garantiza sus resultados ni si las prácticas se realizan en forma adecuada.

Con el fin de evaluar los estándares, se han determinado para cada uno de ellos componentes y características. Los componentes y características se definen como grupos identificables de actividades que contribuyen en forma esencial a cumplir con la definición del estándar. Las características constituyen un conjunto no necesariamente homogéneo en el interior del estándar y por lo tanto al definir los "puntajes" o los resultados de la evaluación, pueden tener distinto grado de importancia ("peso") en la calificación. Posteriormente cada característica es descrita por interpretaciones o elementos medibles, que corresponden a descripciones comprobables de componentes específicos que se requieren para cumplirlas.

## **Consideraciones sobre el proceso de evaluación**

Se espera que las instituciones evaluadas cumplan en forma óptima los estándares propuestos y en el caso de presentar déficit, estos hallazgos sean motivo de preocupación de toda la organización para alcanzar los niveles exigidos. El nivel de cumplimiento se evidencia objetivamente durante la visita en terreno mediante la documentación u observación directa de los componentes establecidos en los elementos medibles, evaluando su existencia actual y su permanencia en el tiempo

En el caso del presente modelo, los estándares representan funciones que en gran parte son transversales en la institución. Los evaluadores en visita a los servicios y unidades por medio de entrevistas, revisión de documentos y observación directa contribuirán en su conjunto a establecer el cumplimiento del estándar. Esta visión permite obtener una visión sistémica de la calidad de la atención en la institución evaluada.

Los niveles de cumplimiento tradicionalmente se han definido definidos como:

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <i>Óptimo:</i>        | Hay un cumplimiento consistente de todos los aspectos o características más importantes del estándar.         |
| <i>Significativo:</i> | Se cumple con la mayoría de los aspectos o características más relevantes del estándar.                       |
| <i>Parcial:</i>       | Se cumple con algunos de los aspectos o características más relevantes del estándar y no se cumple con otros. |
| <i>Mínimo:</i>        | Se cumple con algunos de los aspectos o características menores del estándar.                                 |
| <i>Incumplimiento</i> | No hay evidencia de cumplimiento.   |

El nivel de cumplimiento óptimo de los estándares se obtiene cuando los procesos se realizan abarcando la totalidad de las etapas del círculo de calidad. Lo anterior quiere decir que es posible documentar impacto en sus acciones o mantener indicadores dentro de los límites esperados de acuerdo con la realidad nacional. Los incumplimientos observados dan lugar a recomendaciones, las cuales tienen distinto grado de importancia relacionado con lo crítico del hallazgo en términos de riesgos para el usuario.

Los hospitales evaluados pueden resultar en distintos niveles de cumplimiento. El grado de cumplimiento se obtiene del conjunto de estándares evaluados, los que conforman un puntaje total a lo que se agrega el tipo de recomendaciones efectuadas.

El cumplimiento óptimo se define como:

La estructura de la organización está presente o la función se realiza  
 La estructura o función es apropiada y efectiva para sus propósitos  
 La estructura ha existido o la función se ha realizado en forma efectiva por un período de tiempo determinado.

La evaluación de hospitales contempla el cumplimiento de ocho estándares principales, donde están representadas funciones relevantes asociadas a seguridad de los pacientes y personal, efectividad de las intervenciones y gestión de la actividad clínica al interior de un establecimiento hospitalario. Estos determinan los aspectos específicos que deben cumplirse y que son analizados en profundidad. Los ocho estándares principales son:

1. Los Derechos de los Pacientes
2. Los Mecanismos de Coordinación con la Red
3. La Gestión Directiva.
4. La Función Clínica
5. La Función de los Servicios de Apoyo
6. La Gestión de Recursos Humanos
7. La Seguridad en Planta Física y Equipamiento
8. Las Infecciones Intrahospitalarias

Cada uno de los ESTANDARES debe cumplir con ciertos COMPONENTES, y CARACTERÍSTICAS requeridas, las cuales deben ser comprobables por medio de la observación de componentes específicos, denominados elementos medibles.

La determinación del nivel de cumplimiento, se basa en la demostración de estos elementos durante el proceso por medio de documentos válidos que hagan evidente que los aspectos que se evalúan se han producido o están presentes. No se aceptan como evidencias las descripciones verbales, declaraciones de cumplimiento u otros fundamentos no comprobables.

## Asignación de puntaje

Se utilizará una escala de puntaje nominal de cinco categorías de cumplimiento

| porcentaje             | interpretación | criterio  |
|------------------------|----------------|---|
| sobre 90%              | óptimo         | el hospital cumple en forma consistente con todos los aspectos o características requeridas más relevantes del estándar       |
| sobre 75 % y hasta 90% | significativo  | el hospital cumple con la mayoría de los aspectos o características requeridas más relevantes del estándar                    |
| sobre 55% y hasta 75%  | parcial        | el hospital cumple con algunos de los aspectos o características requeridas más relevantes del estándar y no cumple con otras |
| sobre 40% y hasta 55%  | mínimo         | el hospital cumple sólo con algunos aspectos o características menores del estándar   |
| 40% o menos            | incumplimiento | el hospital no demuestra evidencias de cumplimiento del estándar o características requeridas.                                |

## CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DE PUNTAJE

El criterio para considerar que se cumple una característica requiere de un análisis complejo que considera diferentes aspectos propios de cada caso. En términos generales, en este tipo de evaluación se considera que hay cumplimiento si la característica existe en número adecuado el día de la evaluación (concurrente cuantitativa), si ha existido en número adecuado durante cierto tiempo que generalmente está definido en el enunciado de la característica (concurrente retrospectiva). Además requiere cumplir con ciertos requisitos técnicos que indiquen que son apropiados para sus objetivos (concurrente cualitativa) y que hayan mantenido la calidad durante cierto tiempo definido (retrospectiva cualitativa). Todos estos elementos en conjunto determinan el nivel de cumplimiento de la característica.

En las siguientes dos tablas se resumen las consideraciones para evaluar el grado de cumplimiento de cada componente.

## RESUMEN DE CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DE PUNTAJE

|               | CUANTITATIVA  | CUALITATIVA  |
|---------------|---|--|
| CONCURRENTE   | Requiere contar la presencia/ausencia de componentes concretos en el momento de la evaluación (*)                         | Requiere el juicio profesional sobre lo adecuado de un componente concreto existente                             |
| RETROSPECTIVA | Requiere contar con la permanencia de un componente concreto por un período de tiempo especificado que pueda documentarse | Requiere el juicio profesional sobre lo adecuado de un componente concreto por un período de tiempo especificado |

(\*) Estos componentes pueden ser un comité, norma, plan, programa, insumos, profesional, instalación, etc., requeridas por el ESTÁNDAR.

## ASIGNACIÓN DE PUNTAJE DE ACUERDO AL CUMPLIMIENTO

| PUNTAJE               | CUANTITATIVO CONCURRENTE (a)                               | CUANTITATIVO RETROSPECTIVO (b)   | CUALITATIVO CONCURRENTE (c)   | CUALITATIVO RETROSPECTIVO (d)   |
|-----------------------|--|--|---|---|
| 4<br>(Óptimo)         | Sobre 90% de los componentes se encuentran presentes       | Sobre 90% de los componentes se han encontrado presentes por un período definido, en general 3 años.       | Todo el estándar se cumple con muy pocas o menores excepciones                          | Se ha cumplido todo el estándar sobre 90% del tiempo requerido, en general 3 años, en forma óptima. |
| 3<br>(Significativo)  | Entre 90% y 76% de los componentes están presentes         | Entre 90% y 76% de los componentes se han encontrado presentes por un período definido, en general 3 años. | Se cumplen todos los requisitos principales y se omiten aspectos mínimos.               | Se cumple sobre 75% del tiempo requerido, en general 3 años, en forma óptima.                       |
| 2<br>(Parcial)        | Entre 75% y 56% de los componentes se encuentran presentes | Entre 70% y 56% de los componentes se han encontrado presentes por un período definido, en general 3 años. | Cumple marginalmente algunos requisitos o cumple solo algunos importantes y omite otros | Se cumple sobre 55% del tiempo requerido, en general 3 años, en forma óptima.                       |
| 1<br>(Mínimo)         | Entre 55% y 41% de los componentes se encuentran presentes | Entre 55% y 41% de los componentes se han encontrado presentes por un período definido, en general 3 años. | Cumple aspectos menores pero no cumple con los propósitos principales.                  | Se cumplen sobre 40% del tiempo requerido, en general 3 años, en forma óptima.                      |
| 0<br>(Incumplimiento) | 40% o menos de los componentes se encuentran presentes     | 40% o menos de los componentes se han encontrado presentes por un período definido, en general 3 años.     | No hay evidencia de acciones para cumplir el propósito del estándar                     | Se cumple 40% o menos del tiempo requerido, en general 3 años, en forma óptima.                     |

(a) En el momento de la evaluación ¿qué porcentaje de los componentes se encontraban presentes?

(b) En el tiempo estipulado ¿qué porcentaje de los componentes estuvieron presentes?

(c) En el momento de la evaluación, ¿cuán adecuadamente se cumplen los componentes del ESTÁNDAR?

(d) En el tiempo estipulado, ¿cuán adecuadamente los componentes han cumplido con las intenciones del ESTÁNDAR?

### REGLAS DE ASIGNACIÓN DE PUNTAJE

Estas reglas de asignación de puntaje, se han elaborado con el fin de uniformar los criterios para la evaluación. No pueden considerar todas las posibles situaciones a las que se verá enfrentado el evaluador durante el proceso, pero expresan claramente las intenciones que deben primar en la toma de decisiones.

Estas reglas no pretenden sobrepasar el juicio cualitativo del evaluador. Su propósito es sólo dar elementos comunes que permitan mantener la consistencia de la información de la evaluación. El juicio cualitativo del evaluador quedará documentado en sus comentarios obligatorios y opcionales.

Con el fin de determinar el puntaje de una característica, el evaluador deberá calcular el porcentaje de cumplimiento, estableciendo en cada casilla si se cumple el elemento requerido de acuerdo a como están descritos en los elementos medibles.

## **AGREGACIÓN DE PUNTAJES:**

### **CARACTERÍSTICA:**

Para cada una de ellas existe un máximo de 10 requisitos a cumplir en el proceso de monitoreo y evaluación; estos deben estar presente en los verificadores asignados para cada una de las características. La relación entre la sumatoria de los requisitos cumplidos y el total de requisitos a cumplir, para los verificadores incorporados en las diferentes características a evaluar, nos entrega el porcentaje de cumplimiento para cada característica.

### **COMPONENTE:**

Está conformado por un número variable de características las que, a partir de la relación entre el puntaje obtenido y el máximo a lograr, definen un porcentaje de cumplimiento para cada componente.

### **ESTÁNDAR:**

La relación entre la sumatoria del puntaje obtenido en cada componente y el máximo puntaje considerado a lograr, permite obtener el porcentaje de cumplimiento para cada estándar.

### **Ejemplo:**

ESTÁNDAR LIDERAZGO, posee un componente denominado Organización (LD 1), el que es evaluado en dos características: Proceso de planificación (LD 1.1) y Documentación Oficial (LD 1.2).

El cumplimiento de cada una de estas características es comprobado a través de verificadores, que en este caso para el Proceso de planificación son:

- a) Metas de calidad técnica y
- b) Metas de seguridad del establecimiento y de la atención; y para la

Documentación oficial son:

- a) Normas administrativas y
- b) Normas técnicas.

A su vez a cada verificador se le exige el cumplimiento de 10 requisitos que son los mismos para los distintos verificadores en las diferentes características a evaluar, independiente del componente o estándar que se trate, y que constituyen la piedra angular en todas las actividades de medición efectiva de la calidad.

El cumplimiento de cada verificador en sus 10 requisitos se evalúa en forma concurrente y retrospectiva, es decir se debe confirmar la presencia de actividades exigidas a cada verificador en el momento y hasta en los dos años previos. Esto configura una plantilla a llenar con la siguiente estructura:

|  |
|--|
|  |
|--|

## E STANDAR ORGANIZACIÓN

### COMPONENTE OR 1

### ORGANIZACIÓN INTERNA

#### Característica OR 1.1

#### Proceso de planificación

| REQUISITOS                              | VERIFICADORES                           |              |            |                                     |              |              |
|---|---|--------------|------------|-------------------------------------|--------------|--------------|
|   | Metas de Calidad en la Atención cLínica |              |            | Metas de Seguridad para el paciente |              |              |
|   | 3                                       | 2            | 1          | 3                                   | 2            | 1            |
| Asignación de responsabilidad           | X                                       | X            | X          | X                                   | X            | X            |
| Normativas, guías, protocolos conocidos | X                                       | X            | X          | X                                   | X            | X            |
| Indicadores definidos                   | X                                       | X            | X          | X                                   | X            | X            |
| Umbral de cumplimiento                  | X                                       | X            | X          | X                                   | X            | X            |
| Sistema de registro de información      | X                                       | X            | X          | X                                   | X            | X            |
| Evaluación de cumplimiento              | X                                       | X            | X          | X                                   | X            | X            |
| Planes de acción definidos              | X                                       | X            |            |                                     | X            | X            |
| Evaluación de las acciones              | X                                       | X            |            |                                     | X            | X            |
| Documentación resultado de acciones     | X                                       | X            |            |                                     | X            | X            |
| Documentación de mejoría                | X                                       | X            | X          |                                     | X            | X            |
| Puntaje verificador (obtenido/máximo)   | <b>10 / 10</b>                          | <b>10/10</b> | <b>7/7</b> | <b>6/10</b>                         | <b>10/10</b> | <b>10/10</b> |

|                |                 |           |             |
|----------------|-----------------|-----------|-------------|
| <b>Puntaje</b> | <b>obtenido</b> | <b>53</b> | <b>93 %</b> |
|                | <b>máximo</b>   | <b>57</b> |             |

Cada uno de los verificadores debe tener cumplidos como máximo 10 requisitos en cada uno de los tres años a evaluar, pero si el establecimiento ha cumplido actividades que dan cuenta de los primeros seis requisitos y estas muestran que el verificador ( por ej. Metas de calidad técnica) está dentro del umbral de cumplimiento exigido no requiere de implementar otros planes de acción, por lo tanto el máximo de requisitos a cumplir serían solo siete. Si, por el contrario, se documenta el haber llegado a realizar evaluación del cumplimiento de indicadores definidos (para metas de seguridad del establecimiento y de la atención), pero no se definieron planes de acción y por ende no se puede documentar mejoría, solo cumplió con 6 de los 10 requisitos necesarios.

## Resultados del proceso de evaluación

Al finalizar el proceso de evaluación el hospital recibirá un informe con todos los comentarios realizados por los evaluadores que serán analizados por una Comisión de evaluación de la calidad de atención hospitalaria en el Ministerio de Salud. Esta comisión será responsable de hacer recomendaciones especiales para algunos de los comentarios de los evaluadores y tomará una decisión sobre el nivel de cumplimiento del hospital.

Para el resultado final del proceso se analiza el puntaje de los estándares y características, además el número y tipo de recomendaciones. Los resultados del Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención Hospitalaria (PECAH) pueden ser clasificados en alguna de las siguientes categorías mutuamente excluyentes:

**CUMPLIMIENTO DESTACADO.** Se cumplen los siguientes requisitos:

- Puntaje final de la matriz (porcentaje final de cumplimiento) es igual o mayor de 85%.
- Todos los estándares están en cumplimiento significativo u óptimo (porcentaje de cumplimiento de sobre 75%)

Se interpreta como que el establecimiento puede asegurar que los esfuerzos en materias de calidad resultan efectivos para evidenciar mejoría de estos programas en forma permanente e incorporando todas las principales áreas del establecimiento. En estas circunstancias, el hospital sólo debe cumplir con los procedimientos a seguir de acuerdo a las recomendaciones recibidas, le será remitida un carta de reconocimiento y será evaluado nuevamente en tres años.

**CUMPLIMIENTO SATISFACTORIO.** Se da alguna de las siguientes situaciones:

- Puntaje final de la matriz (porcentaje final de cumplimiento del total de actividades evaluadas) es igual o mayor a 60%.
- Ningún componente ni característica presenta un porcentaje de cumplimiento menor al 40%

Se interpreta como que el establecimiento puede asegurar que los esfuerzos en materias de calidad resultan efectivos para evidenciar mejoría de estos programas pero no se han realizado en forma permanente y regular en los últimos tres años ni de manera íntegra en todas la áreas a evaluar al interior del establecimiento. En esas circunstancias, el hospital debe cumplir con los procedimientos a seguir de acuerdo a las recomendaciones y será evaluado en tres años más.

**CUMPLIMIENTO CONDICIONAL.** Se da alguna de las siguientes situaciones:

- Puntaje final de la matriz (porcentaje final de cumplimiento) es superior al 40%.
- Presenta algún componente o característica en nivel de incumplimiento inferior al 40%.

Se interpreta como que el establecimiento puede demostrar que se están realizando esfuerzos en materias de calidad y que algunos de los programas es posible evidenciar mejoría. Sin embargo existen áreas no abordadas o en que no es posible comprobar cumplimiento del componente estructural mínimo. En esas circunstancias, el hospital deberá cumplir con los procedimientos a seguir de acuerdo a las recomendaciones y será sometido al proceso de evaluación en forma total en dos años.

**INCUMPLIMIENTO.** Se da la siguientes situación:

- Puntaje final de la matriz es igual o inferior al 40% de cumplimiento.

Se interpreta como que el establecimiento no puede demostrar que se cumplen más que marginalmente actividades comprometidas en los distintos programas de calidad en la atención

hospitalaria, existiendo en forma notoria ausencia en la mayoría de los estándares de componentes estructurales mínimos que permitan el desarrollo de estas actividades.

#### **APELACIÓN:**

Los hospitales pueden apelar a los resultados del proceso de evaluación por escrito. Lo anterior condicionará un análisis y revisión de la situación y una posible reevaluación. La apelación deberá ser enviada dentro de 15 días de recibido el informe del proceso.

#### **INFORME FINAL:**

Al finalizar cada proceso, se enviará un informe con carácter de RESERVADO al Servicio de Salud y al Hospital dentro de 60 días de realizado. El informe tendrá los siguientes componentes: Hoja Resumen, puntaje y estado de cumplimiento de todos los ESTANDARES. Comentarios y recomendaciones de todos los ESTANDARES con cumplimiento inferior a óptimo y comentarios incidentales en cualquier ESTANDAR sin considerar su puntaje.

#### **EVALUACIÓN LOCAL:**

Los hospitales deben evaluar el proceso de evaluación a través de una encuesta que será entregada por el equipo evaluador a continuación de la Reunión Sumatoria.

## Elegibilidad

Son elegibles para ser evaluados por el programa PECAH todas los hospitales públicos reconocidos por el Ministerio de Salud, que cuenten con internación de pacientes por períodos mayores de 24 horas y que cumplan con los siguientes requisitos:

1. Tener al menos 40 camas hospitalarias para admisión de pacientes por mas de 24 horas. Se entiende por "cama hospitalaria" a la unidad para la internación de pacientes que garantiza una atención básica de diagnóstico y tratamiento.
2. Tener un cuerpo clínico organizado, con evidencias de admisiones y asistencia por médicos
3. Tener servicios de enfermería y de atención directa al paciente por 24 horas diarias.
4. Tener al menos cuatro servicios básicos: pediatría, obstetricia, cirugía, medicina interna. Se exceptúan de este requisito las instituciones de especialidades y aquellos hospitales base que no cuentan con servicios pediátricos por contar con hospitales de esa especialidad regionales. Los servicios clínicos deben tener al menos 16 camas cada uno.
5. Proveer servicios de laboratorio clínico y radiología por 24 horas los 365 días del año.
6. Contar con registros médicos organizados para la observación y seguimiento de cada paciente hospitalizado.

### Instauración del proceso de evaluación

El Programa PECAH tendrá una instauración progresiva en los hospitales que se desarrollará de la siguiente forma:

| Año  | Nivel central   | Hospitales   |
|------|---|--|
| 2003 | Publicación de los estándares definitivos y difusión a todos los hospitales del país<br>Selección y capacitación de evaluadores | Difusión interna del documento<br>Designación de los profesionales a nivel local responsables de la coordinación de actividades para la evaluación<br>(Comisión de Evaluación) |
| 2004 | Capacitación y asesoría al nivel local al nivel local sobre el proceso<br><br>Evaluaciones formativas                           | Autoevaluación:<br>Los hospitales deberán autoevaluarse con el manual de estándares e iniciar estrategias para corregir situaciones fallidas detectadas durante el proceso     |
| 2005 | Evaluaciones formativas   |  |
| 2006 | Inicio del proceso formal   |  |

La primera evaluación de este programa en todos los hospitales será siempre un proceso formativo.

## Proceso en terreno

El proceso de evaluación en terreno tiene una duración de dos a cuatro días y es realizado por dos a tres evaluadores dependiendo del tamaño y complejidad del hospital. Las etapas del proceso en terreno son:

1. *Reunión inicial con el Director del Hospital*
2. *Reunión con responsables de programas de calidad.*
3. *Visitas a servicios clínicos.*
4. *Visitas a servicios de apoyo*
5. *Reunión sumatoria*
6. *Reunión final con el Director del Hospital.*

El Manual de Evaluación de Hospitales del Programa PECAH es difundido a todo el país y, durante el proceso los evaluadores se abocan exclusivamente a él, por lo que todos los hospitales conocen con anticipación los aspectos que serán evaluados.

Este documento fue revisado en todos sus aspectos por representantes de hospitales públicos y privados de todos los Servicios de Salud del país. Los estándares fueron elaborados por profesionales del Departamento de Calidad de Prestadores del Ministerio de Salud en conjunto con una comisión de expertos.

#### Profesionales del Departamento de Calidad del Ministerio de Salud

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Dr. Fernando Otaíza O’Ryan   | Jefe Departamento  |
| Enf. Pola Brenner Friedmann  | Encargada del Programa PECAH y el Programa Nacional de Infecciones Intrahospitalarias (IIH)                                  |
| Dr. Mario Valenzuela Salcedo | Jefe Departamento de Atención Primaria Servicio de Salud Valparaíso San Antonio y Consultor en Materias de Calidad en Minsal |
| Dr. Ricardo Bustamante Risco | Profesional Departamento de Calidad de Prestadores.  |
| Enf. Mónica Pohlenz Acuña    | Profesional Departamento de Calidad de Prestadores   |

#### Comisión de expertos (en orden alfabético)

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Dr. Carlos Altamirano | Director Hospital del Salvador   |
| Dra. May Chomalí      | Subdirector Médico Clínica Las Condes                                    |
| Dr. Alberto Dougnac   | Director Hospital Clínico Universidad Católica de Chile                  |
| Enf. Nancy Nadeau     | Gerente de Desarrollo Clínicas Avansalud                                 |
| Ing. Rubén Rivas      | Hospital Clínico Universidad de Chile                                    |
| Dr. Vito Sciaraffia   | Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas Universidad de Chile   |
| Dr. Marcos Sepúlveda  | Subdirector Médico Hospital San Juan de Dios                             |
| Enf. Irene Vicente    | Programa de Calidad Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile |

Programa de Evaluación de la Calidad Hospitalaria  
( PECAH )  
Estándares de Evaluación

## ESTANDAR ORGANIZACIÓN (OR)

|   |
|---|
| El establecimiento cuenta con una organización que promueve la mejoría continua de la calidad de atención |
|---|

### **Objetivos y alcance:**

Este estándar tiene como objetivo evaluar la gestión de los niveles directivos superiores e intermedios en cuanto a políticas de calidad que entregue servicios de salud satisfactorios para sus usuarios.

### **Significado de cumplimiento del estándar:**

El cumplimiento y aprobación de este estándar supone que se han establecido mecanismos de planificación con metas y objetivos de calidad, que contienen elementos de evaluación de la gestión a través de indicadores tanto generales como específicos para cada grupo de trabajo. Se conoce el grado de cumplimiento de estos compromisos a través de un sistema de monitoreo y se establecen medidas destinadas a superar áreas deficitarias.

Significa además que el establecimiento cuenta con un sistema de archivo eficiente que permite que los documentos oficiales ( reglamentos, normas, recomendaciones, protocolos, etc. ), de la institución sean conocidos y se mantengan adecuadamente de tal forma que estén disponibles para consultas permanentes de los usuarios.

**Componente OR 1 Organización interna**

La institución orienta su accionar de salud con la obtención de metas y cumplimiento de compromisos institucionales relativos a la calidad de los servicios que presta, manteniendo un registro oficial que da cuenta de ello.

**Característica OR 1.1 Proceso de planificación**

La institución ha definido un ideal de atención a la cual aspira que se traduce en la elaboración de metas conocidas por todo el personal y sus usuarios

|   |
|---|
| VERIFICADORES                           |
| Metas de calidad en la atención clínica |
| Metas de seguridad para el paciente     |

**Característica OR 1.2 Documentación oficial**

Los documentos se elaboran, mantienen, difunden y renuevan conforme a un procedimiento establecido.

|   |
|---|
| VERIFICADORES   |
| Normas de prevención de infecciones                   |
| Normas de indicaciones de procedimientos<br>invasivos |
| Protocolos de atención                                |

**Característica OR 1.2 Capacitación institucional**

La capacitación se programa y prioriza de acuerdo un plan general de la institución, consistente con su misión.

|   |
|---|
| VERIFICADORES   |
| Urgencia (trauma de urgencia para médicos)  |
| Capacitación en control de infecciones para jefaturas y<br>supervisores de servicios clínicos |
| Capacitación en gestión para jefes de servicios clínicos y de<br>apoyo                        |

## **ESTANDAR ASPECTOS ETICOS DE LA ATENCION (ET)**

**La organización reconoce los derechos fundamentales de las personas y los resguarda durante todo el proceso de atención**

### **Objetivos y alcance**

Este estándar tiene como objetivo evaluar la relación de la institución con sus usuarios externos o clientes en lo relativo a los derechos que los asisten

### **Significados de cumplimiento del estándar:**

La investigación clínica, los procesos terapéuticos u otras circunstancias que puedan ser motivo de conflicto en el aspecto ético, están resguardados por mecanismos que garantizan su respeto en todo momento

Aprobar este estándar supone que los instrumentos establecidos para garantizar estos derechos están presentes, que son evaluados en forma periódica y se realizan acciones correctivas cuando se detectan anomalías y que estas condiciones se han mantenido en el tiempo transcurrido desde la evaluación anterior.

**Componente ET 1** Resguardo de los principios éticos

La institución garantiza el cumplimiento de los principios éticos básicos a través de una organización que regula, vigila e interviene en el cumplimiento de éstos, desde la perspectiva ética.

**Característica ET 1.1** Investigación

Las actividades de investigación, se realizan dentro del marco de los principios éticos básicos pertinentes.

|                             |
|-----------------------------|
| VERIFICADORES               |
| Ensayos clínicos            |
| Revisión de fichas clínicas |

**Característica ET 1.2** Docencia

Las actividades de docencia, se realizan dentro del marco de los principios éticos básicos pertinentes.

|                                |
|--------------------------------|
| VERIFICADORES                  |
| Regulación docencia pregrado   |
| Regulación docencia post grado |

**Característica ET 1.3** Donación y trasplante de órganos y tejidos

Las actividades destinadas a la obtención de órganos y tejidos para trasplante, se realizan dentro del marco de los principios éticos básicos pertinentes.

|  |
|--|
| VERIFICADORES                                  |
| Procedimientos para determinar muerte cerebral |
| Procuramiento de órganos                       |

## **ESTÁNDAR FUNCIÓN CLÍNICA ( FC )**

La organización provee las condiciones apropiadas para la entrega de acciones de salud a los pacientes, asegurando la oportunidad y la calidad de éstas, a través de procesos basados en la evidencia científica y la mejoría continua.

### **Objetivos y alcance**

Este estándar tiene como objetivo evaluar la gestión de los niveles de atención directa de los pacientes, vinculadas a las exigencias impuestas a través de los protocolos en vigencia para patologías AUGE.

### **Significado de cumplimiento del estándar**

El cumplimiento y aprobación de este estándar supone que se han establecido mecanismos de evaluación y mejoría de la práctica clínica, a fin de cumplir con las obligaciones de la atención. Que existen mediciones de los niveles de calidad de la atención que forman parte de un proceso de mejoría continua destinada a superar los déficit de atención encontrados.

El establecimiento puede documentar en forma concurrente y retrospectiva que cuenta con registros clínicos confiables y que las principales acciones clínicas del establecimiento se encuentran monitorizadas, de acuerdo con su frecuencia, complejidad o riesgo.

**Componente FC. 1** Planificación de la Atención

El establecimiento se ha organizado para garantizar el diagnóstico y tratamiento de pacientes de acuerdo a sus necesidades

**Característica FC. 1.1 Registros Clínicos**

Los registros clínicos permiten conocer el diagnóstico, evolución y tratamiento de todos los pacientes y evaluar adecuadamente las acciones efectuadas.

| VERIFICADORES                 |
|-------------------------------|
| Ingreso                       |
| Epicrisis                     |
| Registro de evolución clínica |
| Protocolos operatorios        |

**Característica FC. 1.2 Protocolos y Guías Clínicas**

El establecimiento ha desarrollado actividades que permitan el adecuado cumplimiento de los protocolos oficiales.

| VERIFICADORES   |
|---|
| Operacionalización de los protocolos médicos para:<br>Insuficiencia renal crónica terminal<br>Infarto agudo del miocardio<br>Alivio del dolor               |
| Operacionalización de los protocolos quirúrgicos para:<br>Cardiopatías congénitas<br>Cáncer de mama<br>Disrrafias espinales<br>Endoprótesis total de cadera |

**Componente FC. 2** Proceso de Atención

El establecimiento se ha organizado para garantizar el diagnóstico y tratamiento de pacientes de acuerdo a sus necesidades

**Característica FC. 2.1 Diagnóstico**

El diagnóstico de enfermedades e indicaciones de exámenes se realiza de acuerdo a protocolos y guías clínicas evaluadas periódicamente.

| VERIFICADORES  |
|--|
| Insuficiencia renal crónica terminal<br>Cáncer cérvico-uterino<br>Infarto agudo del miocardio<br>Escoliosis<br>Linfoma<br>Artrosis de cadera |

**Característica FC. 2.2 Indicaciones Quirúrgicas y Procedimientos invasivos**

Las indicaciones quirúrgicas y de procedimientos invasivos se realizan de acuerdo a protocolos y guías clínicas evaluados periódicamente.

| VERIFICADORES   |
|---|
| Fisura labio-palatina<br>Cardiopatías congénitas<br>Cáncer de mama<br>Cataratas<br>Endoprótesis total de cadera |

### Característica FC. 2.3 Patologías Médicas

La atención de patologías médicas se realiza de acuerdo a protocolos y guías clínicas evaluadas periódicamente.

| VERIFICADORES               |
|-----------------------------|
| Insuficiencia renal aguda   |
| Infarto agudo del miocardio |
| Alivio paliativo del dolor  |

### Característica FC. 2.4 Atención de Enfermería

La atención de enfermería se realiza de acuerdo a protocolos y normas, evaluadas periódicamente

| VERIFICADORES                       |
|-------------------------------------|
| Inserción y mantención de catéteres |
| Administración de medicamentos      |
| Contención de pacientes             |
| Prevención de escaras               |

### Característica FC. 2.5 Anestesia

Las actividades anestésicas se realizan de acuerdo a protocolos y guías clínicas evaluados periódicamente.

| VERIFICADORES  |
|--|
| Visita pre anestésica en patologías quirúrgicas de pacientes de riesgo |
| Endoprótesis total de cadera   |
| Escoliosis   |
| Cáncer de mama   |

## Componente FC. 3 Aspectos Especiales de la Atención

El establecimiento garantiza el tratamiento de pacientes de acuerdo a sus necesidades controlando los riesgos inherentes a las prácticas clínicas

### Característica FC. 3.1 Medicina Transfusional

Las indicaciones de terapia transfusional son evaluadas periódicamente según se establece en protocolos y guías clínicas.

| VERIFICADORES  |
|----------------|
| Sangre total   |
| Glóbulos rojos |
| Plaquetas      |
| Plasma         |

Característica FC. 3.2 Apoyo Nutricional

El apoyo nutricional se realiza de acuerdo a protocolos y guías clínicas evaluadas periódicamente.

|                                    |
|------------------------------------|
| VERIFICADORES                      |
| Nutrición parenteral en adultos    |
| Nutrición parenteral en prematuros |
| Nutrición enteral                  |

Característica FC. 3.3 Indicación de Medicamentos

Las indicaciones de medicamentos se están de acuerdo a protocolos y guías clínicas evaluadas periódicamente.

|                                 |
|---------------------------------|
| VERIFICADORES                   |
| Antibioprofilaxis               |
| Antibióticos de uso restringido |
| Anticoagulantes                 |
| Hipoglicemiantes                |

Característica FC. 3.4 Efectos Adversos

Se monitorizan los principales efectos adversos de la atención de salud y se realizan intervenciones para prevenirlos.

|                          |
|--------------------------|
| VERIFICADORES            |
| Medicamentos             |
| Procedimientos invasivos |
| Prótesis e implantes     |
| Anestesia                |

## ESTÁNDAR SERVICIOS Y UNIDADES DE APOYO ( AP )

El apoyo diagnóstico, logístico y terapéutico de la organización garantiza buena calidad de los resultados, oportunidad de la información a las personas que deben tomar decisiones clínicas y la seguridad de los procedimientos.

### **Objetivo y alcance**

Este estándar tiene como objetivo evaluar si las unidades de apoyo contribuyen en forma apropiada, oportuna y segura a la atención del paciente.

### **Significado del cumplimiento del estándar**

El cumplimiento y aprobación de este estándar supone que todas las funciones de apoyo cumplen con tres aspectos fundamentales:

1. Están definidos sus procesos críticos y estos son supervisados en forma programada con el objeto de garantizar la calidad de sus productos.
2. La unidad ha desarrollado los indicadores y estándares de calidad relacionados con la oportuna entrega de sus productos en relación a las necesidades de los pacientes que se evalúan periódicamente.
3. La seguridad que otorga en sus procesos a los pacientes, cuando ellos significan riesgos de complicaciones o reacciones adversas, están definidos y existe un proceso de vigilancia activa sobre ellos que se evalúa periódicamente.

**Componente AP 1 Apoyo diagnóstico**

La función de diagnóstico de las unidades de apoyo se realiza de modo de proporcionar resultados precisos en forma oportuna.

**Característica AP 1.1 Calidad del proceso**

La calidad de los resultados de los exámenes se garantiza por medio de calibración de equipos y control de calidad de procedimientos.

|                          |
|--------------------------|
| VERIFICADORES            |
| Gases arteriales         |
| Glicemia                 |
| Electrolitos plasmáticos |
| Hemocultivos             |
| Biopsia rápida           |
| Radiografía de tórax     |

**Característica AP 1.2 Oportunidad del procedimiento**

Los resultados de los exámenes se entregan oportunamente a los profesionales de la atención clínica.

|  |
|--|
| VERIFICADORES                            |
| Entrega de exámenes de urgencia          |
| Informe de resultados críticos           |
| Entrega de exámenes en unidades críticas |

**Característica AP 1.3 Seguridad del proceso**

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

|  |
|--|
| VERIFICADORES                          |
| Exámenes con uso de medio de contraste |
| Exámenes endoscópicos                  |

**Componente AP 2 Función de abastecimiento de insumos y medicamentos**

La función de abastecimiento de insumos y medicamentos de uso clínico se realiza de modo que los productos y servicios requeridos se otorgan en forma suficiente y oportuna.

**Característica AP 2.1 Proceso de adquisición**

Los insumos o medicamentos que se requieren son de la calidad establecida por la institución y está definida por un análisis técnico de las opciones

|  |
|--|
| VERIFICADORES                            |
| Proceso de elección de insumos médicos   |
| Proceso de incorporación de medicamentos |

Característica AP 2.2 Procesos de producción

La calidad de los insumos y medicamentos que se producen dentro del establecimiento se garantiza por medio del control de los procedimientos de producción

|                      |
|----------------------|
| VERIFICADORES        |
| Nutrición parenteral |
| Esterilización       |
| Hemoderivados        |

## **ESTÁNDAR SALUD DEL PERSONAL (SP)**

**La organización, mantiene en forma regular y permanente acciones destinadas al fomento y prevención de la salud de sus funcionarios**

### **Objetivos y alcance**

El objetivo de este estándar es evaluar la seguridad laboral y las condiciones de trabajo de los funcionarios del establecimiento.

#### Significado de cumplimiento del estándar

La institución cuenta con un programa de salud del personal que cubre los aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación y que se cumple en forma apropiada leyes y reglamentos destinados a proteger al trabajador.

**Componente** SP 1 Programa de salud del personal

Característica SP 1.1 Proceso de Promoción

Se promueve la salud de todo el personal durante su permanencia en la institución

|   |
|---|
| VERIFICADORES                                   |
| Ambientes laborales<br>libres de humo de tabaco |
| Alimentación Saludable                          |
| Ergonomía                                       |

Característica SP 1.2 Proceso de Prevención de enfermedades

Se realizan actividades específicas de prevención de enfermedades en el personal de acuerdo al diagnóstico local y las exigencias de las normativas vigentes.

|                           |
|---------------------------|
| VERIFICADORES             |
| Inmunización del personal |
| Exámen de salud           |

Característica SP 2.3 Proceso de Manejo de Enfermedades

Se realizan actividades específicas de prevención de riesgos laborales de acuerdo al diagnóstico local y las exigencias de las normativas vigentes.

|  |
|--|
| VERIFICADOR                                |
| Manejo de enfermedades infecto contagiosas |

**Componente** SP 2 Prevención de riesgos laborales

El establecimiento cuenta con actividades permanentes destinadas a resguardar la seguridad de sus funcionarios y usuarios externos a través de un proceso de evaluación y prevención de los riesgos propios de la actividad clínica aminorando al máximo sus posibles efectos

Característica SP 2.1 Programa de prevención de riesgos

Existe un programa específico de prevención de exposiciones laborales

|                               |
|-------------------------------|
| VERIFICADOR                   |
| Accidentes cortopunzantes     |
| Exposición a químicos tóxicos |

## ESTANDAR COORDINACION CON LA RED ( CR )

La organización provee los mecanismos para relacionarse en forma eficiente y garantizar la continuidad de la atención de salud de los pacientes portadores de alguna patología AUGE en la red asistencial.

### **Objetivos y alcance:**

Este estándar tiene como objetivo evaluar al establecimiento en el contexto de la red asistencial a fin de garantizar al usuario en el que sospeche o se haya confirmado diagnóstico de una patología AUGE una adecuada oportunidad y continuidad de la atención.

Cubre la derivación oportuna y adecuada a otros centros y la coordinación de la atención después del egreso, con los niveles de atención ambulatoria que se hacen cargo de éste.

### **Significado de cumplimiento del estándar:**

El cumplimiento y aprobación de este estándar supone que los pacientes que solicitan hospitalización cumplen procedimientos que permiten gestionar su ingreso de acuerdo a su diagnóstico y la oferta disponible del establecimiento en plazos acordes con lo definido en los protocolos vigentes para las distintas patologías AUGE.

Implica también instancias de recepción, priorización y resolución de interconsultas internas o externas y un proceso de derivación adecuado de patologías que el establecimiento no pueda resolver

Del mismo modo el cumplimiento de este estándar implica la existencia de procedimientos de traslado que cumplan condiciones que garantizan el estado del paciente durante y con posterioridad al traslado.

Se comprueba también con el cumplimiento de este estándar que se cuenta con los instrumentos de contrarreferencia adecuados y el paciente se entrega al nivel ambulatorio con una información que le permite asegurar la mejor condición de control y mantención de su estado de salud.

Componente CR 1 Acceso a la Atención

El establecimiento se ha organizado y mantiene procesos destinados a garantizar la oportunidad de diagnóstico y tratamiento a los pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de patología AUGE.

Característica CR 1.1 Ingreso

El establecimiento ha definido los plazos máximos de internación de las patologías que atiende

|                     |
|---------------------|
| VERIFICADOR         |
| Cáncer de mama      |
| Cáncer de testículo |
| Escoliosis          |
| Artrosis de cadera  |

Característica CR 1.2 Interconsultas y derivaciones

Existe coordinación interna y con otras instituciones asistenciales que garantizan una respuesta oportuna a las necesidades de atención del usuario que se sospeche o se le haya diagnosticado una patología.

|  |
|--|
| VERIFICADORES                                    |
| Proceso de derivaciones a otros establecimientos |
| Proceso de interconsulta interna                 |

Componente CR 2 Continuidad de la Atención

El establecimiento garantiza al usuario una adecuada continuidad en el proceso de atención

Característica CR 2.1 Traslado de pacientes

El traslado de un paciente desde el establecimiento asegura o mantiene la calidad de atención de éste

|                              |
|------------------------------|
| VERIFICADOR                  |
| Traslado de pacientes graves |

Característica CR 2.2 Continuidad de la atención post alta

A su egreso los pacientes con patologías AUGE cuentan con la información adecuada para mantener su control clínico en otros niveles de atención e instituciones.

|   |
|---|
| VERIFICADORES                               |
| Procedimiento entrega antecedentes clínicos |
| Resumen de ficha clínica                    |

## ESTÁNDAR INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (IIH)

|  |
|--|
| <b>El establecimiento mantiene actividades efectivas permanentes de prevención y control de las infecciones intrahospitalarias</b> |
|--|

### **Objetivos y alcance:**

El objetivo de este estándar es evaluar si el hospital cuenta con condiciones para prevenir y controlar IIH y puede documentar impacto en la reducción de tasas de IIH.

### **Significado de cumplimiento del estándar:**

El cumplimiento y aprobación de este estándar supone que el hospital cuenta con una organización local para el control de IIH con tiempo asignado y funciones definidas. Además cuenta con sistema de vigilancia de IIH con una sensibilidad tal que permite conocer la situación de IIH. La información epidemiológica es analizada y utilizada en la detección de problemas y en la toma de decisiones. El establecimiento, puede documentar la existencia de normativa actualizada en materias de IIH concordante con la norma nacional y que esta normativa ha sido difundida, se supervisa y se cumple. Deben haberse realizado programas de intervención para los principales problemas de IIH y existen evidencias de impacto.

### Componente IIH.1. Institucionalización del programa

El establecimiento se encuentra organizado para mantener un programa permanente de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias

#### Característica IIH.1.1. Organización para el control de IIH

Se han establecido las responsabilidades para las actividades de diagnóstico, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias en todas las dependencias del establecimiento donde existen riesgos., se evalúa y mejora el cumplimiento de las normativas nacionales.

|                      |
|----------------------|
| VERIFICADOR          |
| Comité de vigilancia |

#### Característica IIH.1.2. Normativa local

Las principales actividades de atención que conllevan riesgo de infecciones intrahospitalarias se encuentran normadas y son uniformes para toda la institución de acuerdo a la normativa nacional vigente sobre la materia, se evalúa y mejora el cumplimiento de las normativas nacionales.

|  |
|--|
| VERIFICADORES  |
| Normas de prevención de infecciones del torrente sanguíneo |
| Normas de prevención de infecciones respiratorias bajas    |
| Normas de prevención de infecciones de herida operatoria   |
| Normas de prevención de infecciones del aparato urinario   |
| Normas de prevención de infección endometrial              |

#### Característica IIH.1.3. Capacitación del personal

El personal ha sido capacitado en materias de prevención y control de infecciones intrahospitalarias en la orientación en el momento de su ingreso y con actividades periódicas de capacitación en servicio posteriormente.

|  |
|--|
| VERIFICADORES                                      |
| Programa de capacitación de personal de pabellones |
| Programas de capacitación médica                   |
| Programa de capacitación otros profesionales       |

### Componente IIH .2. Diagnóstico epidemiológico

El hospital cuenta con información epidemiológica local apropiada para la toma de decisiones

#### Característica IIH. 2.1. Sistema de Vigilancia Epidemiológica

El sistema de vigilancia cumple requisitos apropiados con relación a la complejidad del establecimiento y las normativas nacionales. Se evalúa y adapta su aplicación de acuerdo a los fines propios del establecimiento..

|   |
|---|
| VERIFICADORES                             |
| Proceso de vigilancia activa en servicios |
| Procesos de vigilancia post alta          |
| Resistencia bacteriana a antibióticos     |
| Mortalidad asociada a IIH                 |

Característica IIH 2.2. Programas de Intervención

El diagnóstico epidemiológico de las Infecciones Intrahospitalarias comprende todas las actividades de riesgo del establecimiento y se traduce en programas de intervención cuya aplicación y resultados se evalúan permanentemente.

|                                   |
|-----------------------------------|
| VERIFICADORES                     |
| Programas locales de intervención |