

# PAUTA DE COTEJO MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA SERVICIOS DE RADIOTERAPIA



POR UNA SALUD FUERTE



Gobierno  
de Chile

SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

## **Pauta de Cotejo**

---

Manual del Estándar

General de Acreditación para

**Servicios de Radioterapia**

**Superintendencia de Salud**

Intendencia de Prestadores en Salud

## A. Elementos Medibles y Puntos de Verificación

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

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

### Elementos Medibles

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

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

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

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

Se constata el cumplimiento de.....

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

### Verificador: Sistema de control de calidad de los procedimientos de radioterapia

Elementos medibles GCL-1.3	Servicio de radioterapia	
Se describe en documento(s) de carácter institucional el sistema de control de calidad de la radioterapia, con los siguientes contenidos mínimos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aseguramiento de dosis: funcionamiento normal del acelerador lineal mediante chequeo diario, mensual y anual de dosis, simetría y planitud</li> <li>- Vigencia de elemento radiactivo en telecobaltoterapia</li> <li>- Posicionamiento de pacientes</li> </ul>		
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.		

---

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

#### **5. Se constata directamente el cumplimiento de ...**

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

## C. Condiciones de Cumplimiento de las Características

---

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

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



## ÁMBITO DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

## RESPECTO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

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

### DP 1.1

#### Componente DP-1

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

#### Característica

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

#### Verificador

Instrumento de difusión de derechos de los pacientes.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
			Sector de acceso *	Sector de espera de público	
DP-1.1	Cumple 100%	<b>Elementos Medibles DP-1.1</b>			* Acceso principal.
		Existe un instrumento de difusión de carácter institucional que incluye los derechos relativos a: <ul style="list-style-type: none"><li>- No discriminación</li><li>- Respeto a la privacidad y pudor</li><li>- Respeto a la confidencialidad</li><li>- Información al paciente o responsables</li><li>- Información respecto al carácter docente asistencial del establecimiento, cuando corresponda.</li></ul>			
		El instrumento es fácilmente accesible, legible y comprensible			

## DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

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

### DP 1.2

#### Característica

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

#### Verificador

Sistema de gestión de reclamos.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
DP-1.2	Cumple: 100%	<b>Elementos Medibles DP-1.2</b>	<b>Dirección o gerencia del prestador</b>	<b>Sectores de espera de público</b>	* Se verificará presencia de libro de reclamos, buzones u otros sistemas para efectuar la formulación del reclamo en cantidad suficiente para asegurar el acceso.
		Se describe en un documento de carácter Institucional el procedimiento de gestión de los reclamos.			
		Existe un análisis global de los reclamos que considera al menos: causas principales y oportunidad de respuesta.			
		Se constata que existe fácil acceso al sistema de formulación 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 2.1

#### Componente DP-2

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

#### Característica

Se utilizan documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución del tratamiento de radioterapia.

#### Verificador

Consentimiento informado.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
DP-2.1	Cumple: 100%	<b>Elementos Medibles DP-2.1</b>  Se describe en documento(s) de carácter institucional las características del consentimiento escrito: <ul style="list-style-type: none"><li>- Debe especificar el procedimiento a realizar.</li><li>- Debe establecer que mediante su firma el paciente o sus familiares expresan que recibieron, de parte de quien efectuará el procedimiento, información sobre los objetivos de la intervención, sus características y potenciales riesgos.</li><li>- Debe registrar nombre y firma del paciente y del profesional responsable del procedimiento y la fecha de la obtención del consentimiento.</li></ul> Procedimiento de obtención del consentimiento, con definición del responsable de la aplicación.  Procedimiento a realizar en los casos de los menores de edad, y de las personas con dificultades de entendimiento.  Se constata uso de consentimiento informado con los elementos definidos en este instrumento.	<b>Dirección o gerencia del prestador</b>	

## DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

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

### DP 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.

#### Verificador

Aprobación ética de investigaciones en seres humanos.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
DP-3.1	Cumple: 100%	<b>Elementos Medibles DP-3.1</b>  Se describe en documento de carácter Institucional la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanas en las que participe la institución <sup>1</sup> .  Se constatan registros de investigaciones en las que ha participado la institución, aprobadas por un comité de ética y autorizadas por el prestador.	<b>Dirección o gerencia del prestador</b>	<sup>1</sup> 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.

## 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 4.1

#### 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.

#### Característica

Las actividades docentes de pregrado 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.

#### Verificador

Regulación de actividades docentes de pregrado.

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

## DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP)

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

### 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.

### Verificador

Identificación de comité de ética y evaluaciones realizadas.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
DP-5.1	Cumple: 100%	<b>Elementos Medibles DP-5.1</b>	<b>Dirección o gerencia del prestador</b>	
		Se constata Identificación formal del Comité de Ética del que dispone o al que puede acceder el prestador.		
		Se ha definido un procedimiento para la presentación de casos al Comité de Ética.		
		Se constatan registros de casos sometidos al Comité de Ética.		

## ÁMBITO GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)



## GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

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

### CAL 1.1

#### Componente CAL-1

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

#### Característica

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

#### Verificador

Programa de mejoría continua de la calidad a nivel Institucional.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
CAL-1.1	Cumple: 100%	<p><b>Elementos Medibles CAL-1.1</b></p> <p>Existe un documento de carácter institucional que describe la política de calidad de la institución.</p> <p>Existe un profesional a cargo del programa de calidad a nivel Institucional.</p> <p>La descripción del cargo del responsable especifica:</p> <p>a) Funciones</p> <p>b) Horas asignadas</p> <p>Cuenta con un programa de calidad que incorpora un sistema de evaluación 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<sup>2</sup>.</p>	<p><b>Dirección o gerencia del prestador</b></p>	<p><sup>2</sup> 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 GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

## GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

### GCL 1.1

#### Componente GCL-1

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

#### Característica

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

#### Verificador

Análisis de pacientes en comité oncológico.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
GCL-1.1	Cumple: 100%	<b>Elementos Medibles GCL-1.1</b>	<b>Dirección o gerencia del prestador</b>		<sup>3</sup> Incluye la identificación de los médicos participantes.
		Se constata identificación formal del Comité Oncológico <sup>3</sup> del que dispone, o al que puede acceder, el prestador.			
		Se constata registro de pacientes sometidos a dicho comité.			

## GESTIÓN GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

### GCL 1.2

#### Característica

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

#### Verificador

Protocolos de radioterapia.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Sala de planificación y simulación	Sala de teleterapia	Sala de braquiterapia	
GCL-1.2	Cumple: 100%	<b>Elementos Medibles GCL-1.2</b>					
		Se describe en documento(s) de carácter institucional los procedimientos relacionados con: <ul style="list-style-type: none"><li>- Planificación</li><li>- Simulación</li><li>- Aplicación de teleterapia, incluyendo al menos equipos a usar, chequeo de campos y controles de tratamiento.</li></ul> Se han definido los responsables de su aplicación.					
		Se constata, mediante revisión de registros, que se han realizado los procedimientos de acuerdo a lo estipulado.					

## GESTIÓN GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

### GCL 1.3

#### Característica

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

#### Verificador

Sistema de control de calidad de los procedimientos de radioterapia.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
GCL-1.3	Cumple: $\geq 66\%$	<p><b>Elementos Medibles GCL-1.3</b></p> <p>Se describe en documento(s) de carácter institucional el sistema de control de calidad de la radioterapia, con los siguientes contenidos mínimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aseguramiento de dosis: funcionamiento normal del acelerador lineal mediante chequeo diario, mensual y anual de dosis, simetría y planitud.</li> <li>- Vigencia de elemento radiactivo en telecobaltoterapia<sup>4</sup>.</li> <li>- Posicionamiento de pacientes.</li> </ul> <p>Se han definido los responsables de su aplicación.</p> <p>Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.</p> <p>Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.</p>	<p><b>Dirección o gerencia del prestador</b></p>	<p><sup>4</sup> Vigencia de cobalto instalado de hasta 5 años como máximo.</p>

## GESTIÓN GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

### GCL 1.4

#### Característica

El prestador institucional cuenta con protocolos de reanimación cardiopulmonar.

#### Verificador

Protocolos de reanimación cardiopulmonar básica.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN			OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Sala de teleterapia	Sala de braquiterapia	
GCL-1.4	Cumple: 100%	<b>Elementos Medibles GCL-1.4</b>  Se describe en documento(s) de carácter institucional el protocolo de reanimación cardiopulmonar básica y se ha definido los responsables de su aplicación.				

## GESTIÓN GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

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

### GCL 1.5

#### Característica

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

#### Verificador

Almacenamiento de material estéril.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Sala de braquiterapia	
GCL-1.5	Cumple: 100%	<b>Elementos Medibles GCL-1.5</b>			
		Se describe en documento de carácter institucional el procedimiento de almacenamiento de material estéril.			
		Se constata en terreno almacenamiento de material estéril de acuerdo a norma local que considera las orientaciones del MINSAL.			

## GESTIÓN 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 vigilar la ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a la atención de los pacientes.

## GCL 2.1

### Característica

Se realiza vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención<sup>5</sup>.

### Verificador

Programa de vigilancia de eventos adversos.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN			OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Sala de teleterapia	Sala de braquiterapia	
GCL-2.1	Cumple: 100%	<p><b>Elementos Medibles GCL-2.1</b></p> <p>Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención, que contempla al menos :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eventos adversos y eventos centinelas a vigilar de acuerdo a realidad asistencial.</li> <li>- Sistema de vigilancia.</li> <li>- Procedimiento de reporte.</li> </ul> <p>Se han definido los responsables de su aplicación.</p> <p>Existen registros implementados y en uso para reporte de EA de acuerdo al sistema de vigilancia local.</p> <p>Se constata análisis de eventos centinelas.</p>				

<sup>5</sup> Ejemplos de EA a vigilar: error de identificación de paciente, error de lado del paciente, inflamación actínica de órganos no tratados.



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

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

El prestador institucional posee una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus pacientes, en forma oportuna, expedita y coordinada, tomando en consideración prioridades dadas por la gravedad de los cuadros clínicos y la presencia de factores de riesgo<sup>6</sup>.

### AOC 1.1

#### Componente AOC-1

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

#### Característica

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

#### Verificador

Procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN				OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Sectores de espera de público	Sala de teleterapia	Sala de braquiterapia	
AOC-1.1	Cumple: 100%	<b>Elementos Medibles AOC-1.1</b>					
		Está descrito, en documento de carácter institucional, el sistema institucional de alerta y organización en caso que ocurra una emergencia.					
		Se constata: conocimiento del procedimiento en personal entrevistado.					

<sup>6</sup> Para estos efectos, se consideran como factores de riesgo los que se asocian a aumento de la morbilidad o mortalidad.

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

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

### AOC 2.1

#### Componente AOC-2

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

#### Característica

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

#### Verificador

Sistema de derivación.

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

## ÁMBITO COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

## COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

### RH 1.1

#### Componente RH-1

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

#### Característica

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

#### Verificador

Certificados de título de médicos con funciones permanentes o transitorias.

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

## COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

### RH 1.2

#### Característica

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

#### Verificador

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

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
RH-1.2	Cumple: 100%	<p><b>Elementos Medibles RH-1.2</b></p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los <b>tecnólogos médicos</b> que cumplen funciones permanentes.</p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de los tecnólogos médicos que cumplen funciones transitorias (durante último año).</p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de las <b>enfermeras</b> que cumplen funciones permanentes.</p> <p>Certificados de título otorgados por establecimientos de educación superior reconocidos por el Estado, de las enfermeras que cumplen funciones transitorias (durante último año).</p> <p>Certificados de título de técnico de nivel superior<sup>7</sup> o medio de enfermería<sup>8</sup> o certificado de competencia<sup>9</sup> emitido por la autoridad sanitaria, del personal que cumple funciones de <b>técnicos paramédicos</b> en forma permanente.</p> <p>Certificados de título de técnico de nivel superior o medio de enfermería o certificado de competencia emitido por la autoridad sanitaria, del personal que cumple funciones de técnicos paramédicos en forma transitoria (durante último año).</p>	<p><b>Dirección o gerencia del prestador</b></p>	<p><sup>7</sup> <b>Título de Técnico de Nivel Superior (TNS)</b>, otorgado por un establecimiento de educación superior reconocido por el Estado.</p> <p><sup>8</sup> <b>Título de Técnico de Nivel Medio en Atención de Enfermería</b>, otorgado por un establecimiento de educación técnico-profesional reconocido por el Estado.</p> <p><sup>9</sup> <b>Certificado de Competencia</b> otorgado por la Autoridad Sanitaria a la persona que acredite el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Reglamento respectivo, correspondientes a la realización del curso de 1.600 horas según Programa del MINSAL y a la aprobación del Examen de Competencia que toma dicha Autoridad Sanitaria para autorizar el ejercicio de los Auxiliares Paramédicos de Enfermería (DS 2147/78 y DS 261/79, del MINSAL) y el ejercicio de los Auxiliares Paramédicos de Radioterapia (DS 1704/93 del MINSAL).</p>

## COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

### RH 1.3

#### Característica

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

#### Verificador

Certificados de especialidad de médicos.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
RH-1.3	Cumple: 100%	<b>Elementos Medibles RH-1.3</b>	<b>Dirección o gerencia del prestador</b>		
		Certificados de especialidad médica emitidos por entidad competente de acuerdo a la legislación vigente.			

## COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

### RH 2.1

#### Componente RH-2

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

#### Característica

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

#### Verificador

Programas de orientación.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
RH-2.1	Cumple: 100%	<b>Elementos Medibles RH-2.1</b>	<b>Dirección o gerencia del prestador</b>		
		Se describe en un documento de carácter institucional el programa de orientación que enfatiza temas relacionados con la seguridad de la atención.			
		El programa considera a todo el personal del establecimiento.			
		Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de orientación establecido a todo el personal que ingresó el último año al establecimiento.			



## 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 clínica de pacientes, en materias relevantes para su seguridad.

#### Característica

El prestador institucional incluye en su programa la capacitación en reanimación cardiopulmonar, protección radiológica y procedimientos de radioterapia, destinada al personal que participa en atención clínica de pacientes.

#### Verificador

Programa de capacitación.

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

## COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

### RH 4.1

#### Componente RH-4

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

#### Característica

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

#### Verificador

Programa de control de riesgos a exposiciones.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
RH-4.1	Cumple: 100%	<b>Elementos Medibles RH-4.1</b>	<b>Dirección o gerencia del prestador</b>	
		Se ha designado el responsable institucional del programa de salud laboral.		
		Se describe en documento de carácter institucional el programa de control de riesgos que contempla acciones relacionadas con:  - almacenamiento, transporte y desecho de material radioactivo  - controles de dosimetría.		
		Existe constancia de que se ha ejecutado el programa.		

## 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 sustancias peligrosas.

#### Verificador

Procedimientos en caso de accidentes del personal con material radioactivo.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
RH-4.2	Cumple: 100%	<b>Elementos Medibles RH-4.2</b>	<b>Dirección o gerencia del prestador</b>	<b>Sala de braquiterapia</b>	
		Se describe en documento(s) de carácter institucional el procedimiento establecido para el manejo de accidentes relacionados con:  - Materiales radioactivos.			
		Se constata conocimiento del procedimiento local para el manejo de estos accidentes por parte del personal.			

Manual del Estándar General de Acreditación para  
Servicios de Radioterapia

ÁMBITO REGISTROS (REG)



SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

## REGISTROS (REG)

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

### REG 1.1

#### Componente REG-1

El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica.

#### Característica

El prestador institucional cuenta con ficha clínica única.

#### Verificador

Sistema de ficha clínica.

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

## REGISTROS (REG)

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

### REG 1.2

#### Característica

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

#### Verificador

Registros clínicos.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
			Dirección o gerencia del prestador	Archivo	
REG-1.2	Cumple: ≥75%	<p><b>Elementos Medibles REG-1.2</b></p> <p>Se describe en documento de carácter institucional las características de los registros clínicos que contempla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsables del llenado y contenidos mínimos a llenar por cada registro</li> <li>- Legibilidad.</li> </ul> <p>Debe incluir al menos los registros de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación</li> <li>- Simulación</li> <li>- Evolución clínica diaria que considera registro de tiempo y dosis de exposición</li> <li>- Epicrisis</li> </ul>			
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.			
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.			
		Se constata legibilidad y contenidos mínimos de evolución diaria			

## REGISTROS (REG)

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

### REG 1.3

#### Característica

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

#### Verificador

Informes de prestaciones.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
REG-1.3	Cumple: 100%	<b>Elementos Medibles REG-1.3</b>	<b>Dirección o gerencia del prestador</b>	<b>Archivo</b>	
		Se describe en un documento de carácter institucional la información escrita que debe ser entregada al paciente al momento del alta de radioterapia.			
		Se describe además los contenidos mínimos de los informes a entregar, los que deben incluir: diagnóstico, procedimiento(s) realizados e indicaciones.			
		Y se han designado responsables de su aplicación.			
		Existe constancia de que se ha entregado informe de prestaciones a los pacientes dados de alta el último año.			

## 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.

#### Verificador

Sistema de registro de entrega y recepción de fichas.

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



## ÁMBITO SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

## SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

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

### 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 o reposición del equipamiento incluye la definición de sus responsables y considera la participación de los profesionales usuarios.

#### Verificador

Procedimiento de adquisición de equipamiento.

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

## SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

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

### Componente EQ-2

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

## EQ 2.1

### Característica

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

### Verificador

Programa de mantenimiento preventivo de equipos relevantes.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
EQ-2.1	Cumple: 100%	<b>Elementos Medibles EQ-2.1</b>	<b>Dirección o gerencia del prestador</b>		
		Se describe en un documento de carácter institucional el programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos: <ul style="list-style-type: none"><li>- Equipos de radioterapia (todos)</li><li>- Tomógrafo axial computarizado (TAC)</li><li>- Monitor desfibrilador</li></ul>			
		Existe constancia que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa, en los equipos mencionados.			

## SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

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

### EQ 3.1

#### Componente EQ-3

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

#### Característica

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

#### Verificador

Definiciones locales de operación de equipamiento.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
EQ-3.1	Cumple: 100%	<b>Elementos Medibles EQ-3.1</b>	<b>Dirección o gerencia del prestador</b>		
		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: - Tomógrafo axial computarizado (TAC) - Equipos computarizados de simulación - Equipos de radioterapia.			

## ÁMBITO SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)



POR UNA SALUD FUERTE



SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

## SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

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

### INS 1.1

#### Componente INS-1

El prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de sus instalaciones.

#### Característica

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

#### Verificador

Plan de prevención de incendios.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
INS-1.1	Cumple: 100%	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.			
		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).			

## SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

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

### INS 2.1

#### Componente INS-2

El prestador institucional cuenta con planes de emergencia frente a accidentes o siniestros, que 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.

#### Verificador

Plan de evacuación.

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

## SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

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

### INS 2.2

#### Característica

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

#### Verificador

Señalética de vías de evacuación.

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



## SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)

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

### Componente INS-3

Las instalaciones relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidas a un programa de mantenimiento preventivo.

## INS 3.1

### Característica

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

### Verificador

Mantenimiento preventivo de instalaciones.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
INS-3.1	Cumple: 100%	<b>Elementos Medibles INS-3.1</b>	<b>Dirección o gerencia del prestador</b>	
		Se ha designado un responsable institucional del mantenimiento preventivo de las instalaciones.		
		Se documenta un programa de mantenimiento preventivo que incluye al menos: - Ascensores. - Sistemas de climatización. - Techumbre.		
		Se constata ejecución de programa de mantenimiento preventivo.		

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



SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

## SERVICIO DE TRANSPORTE DE PACIENTES (APT)

## SERVICIOS DE APOYO (AP)

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

### APT 1.1

#### Componente APT Transporte de pacientes

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

#### Característica

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

#### Verificador

Compra de prestaciones a terceros acreditados.

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

**Manual del Estándar General de Acreditación para  
Servicios de Radioterapia**

**SERVICIO DE IMAGENOLÓGÍA (API)**



**SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD**

## SERVICIOS DE APOYO (AP)

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

### API 1.1

#### Componente API Imagenología

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.

#### Verificador

Compra de prestaciones a terceros acreditados.

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