

**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN**

 **ESTÁNDAR GENERAL**

 **DE ACREDITACIÓN DE**

 **SERVICIOS DE ESTERILIZACIÓN**

**(Formato aprobado por circular ip/N° 9, de fecha 03-09-2010)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **nOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO** | **rut** | **firma** |

dd - mm - año

**FORMATO PARA LA CONFECCIÓN DEL INFORME DE AUTOEVALUACIÓN para SERVICIOS DE ESTERILIZACIÓN**

**Aplicable al “Estándar General de Acreditación para Servicios de Esterilización”**

1. **Individualización y Caracterización General del Prestador Institucional**

**A-. Antecedentes del Prestador**

|  |
| --- |
| Nombre del Establecimiento: |
| RUT : |
| Dirección: |
| Comuna: Ciudad: |
| Región: |

**B-. AUTORIZACIÓN SANITARIA**

Registre los antecedentes solicitados en la siguiente tabla respecto a las resoluciones de autorización sanitaria de las instalaciones y/o equipos con que cuenta la institución, en caso de no contar con alguna de las individualizadas a continuación, informar No aplica (N/A), agregue aquellas instalaciones con las que cuente y no se encuentran en el listado.

B.1 **INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contenido Resolución** | **N° Resolución** | **Tipo de Prestador** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Dirección del Prestador** |
|  |   |  |   |   |   |
|  |   |  |   |   |   |
|  |   |  |   |   |   |

B.2 **DIRECTOR TÉCNICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre / Rut** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** |
|  |  |  |  |

B.3 **DEPENDENCIAS Y EQUIPAMIENTO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencias** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** |
|  |  |  |   |   |
|  |  |  |  |  |
| **Equipamiento / N° Registro** | **Marca****Modelo****Serie** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** |
| Esterilizador por Calor Seco |  |  |  |  |  |
| Esterilizador por Calor Húmedo |  |  |  |  |  |
| Esterilizador por Calor Húmedo |  |  |  |  |  |
| Esterilizador por Calor Húmedo |  |  |  |  |  |
| Esterilizados por Óxido de Etileno |  |  |  |  |  |
| Esterilizador por Plasma de Peróxido de Hidrógeno |  |  |  |  |  |
| Desinfección de Alto Nivel |  |  |  |  |  |
| **Director Técnico Nombre / Rut** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** |
|  |  |  |  |

\* Registre ubicación en el prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.

B.4 **OTRAS INSTALACIONES (ESPECIFIQUE)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencia** | **Unidades Autorizadas** | **N° Resolución** | **Fecha** | **Autoridad que la dicta** | **Ubicación \*** |
|  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* Registre ubicación en el prestador de acuerdo a la Autorización Sanitaria vigente.

B.5 **señale soLicitudes DE MODIFICACIÓN de autorización sanitaria pendientes POR RESOLVER**

**(Incluya todas las solicitudes ingresadas a la SEREMI correspondiente y que se encuentran en trámite)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Modificación solicitada** | **Fecha solicitud** | **Autoridad Sanitaria** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

B. 6 **SEÑALE PRESTADOR/ES, CONSIDERADOS COMO EXTERNOS; UBICADOS DENTRO, CONTIGÜOS O** **ALREDEDOR, A SU INFRAESTRUCTURA FÍSICA, (ejemplo. Consultas externas, Imagenología, Laboratorio Clínico, etc.)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Prestador** | **Ubicación****(Dentro/****contiguo/****otro)** | **Prestaciones Entregadas (descripción general)** | **Fue considerado dentro del Actual Proceso (SI/NO)** | **Solicitó Pronunciamiento****(SI/NO)** |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |

**C-. FICHA TéCNICA**

Cuenta con ficha técnica completa y actualizada en la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud.

Si No

Si la respuesta es Sí, ¿Cuál es el código asignado?

**D-. Procesos Clínicos asociados a la seguridad del paciente**

Describa los seis (6) procesos de mayor relevancia clínica que se realizan en su institución, y si correspondiera, las medidas de mejora continua que ha implementado en ellos, desde la perspectiva de la seguridad de la atención:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N° | Proceso de relevancia clínica | Medida de mejora continua |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |

1. **Proceso de Autoevaluación**

2.1 **Cronología de eventos en los que se enmarcó LA PREPARACION DE LA INSTITUCION PARA EL PROCESO de autoevaluación**

2.1.1 Fecha de inicio de preparación de la institución

dd/mm/aaaa

para la solicitud de la acreditación:

dd/mm/aaaa

2.1.2 Fecha de inicio del último proceso de autoevaluación:

dd/mm/aaaa

2.1.3 Fecha de término del último proceso de autoevaluación:

dd/mm/aaaa

2.1.4 Fecha de confección del informe de la última

Autoevaluación

dd/mm/ aaaa

2.1.5 Período estimado para solicitar la

Acreditación.

2.2 **Describa brevemente el plan de trabajo ejecutado POR LA**

**institución para LA PREPARACION Del proceso de autoevaluación**

|  |
| --- |
| **Breve reseña de la incorporación de la gestión de calidad en la institución (Año en que se incorporó la Calidad como parte del trabajo en la institución, participación y compromiso del equipo directivo y personal de la institución)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Descripción del plan de trabajo para la preparación del proceso de autoevaluación** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## 2.3 PROCESO DE autoevaluación RESPECTO DEL “ESTÁNDAR General de ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE ESTERILIZACIÓN

## ÁMBITO: GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

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

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica.** | **Metodología de autoevaluación utilizada** | **Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación** |
| CAL 1.1  |  |  |  |

**ÁMBITO: GESTIÓN DE PROCESOS (GP)**

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

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica.** | **Metodología de autoevaluación utilizada** | **Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación** |
| GP 1.1  |  |  |  |
| GP 1.2 |  |  |  |
| GP 1.3 |  |  |  |
| GP 1.4 |  |  |  |

Señale las **características que no aplican en este ámbito**, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |

## ÁMBITO: COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

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

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica.** | **Metodología de autoevaluación utilizada** | **Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación** |
| RH 1.1 |  |  |  |
| RH 2.1 |  |  |  |
| RH 3.1 |  |  |  |
| RH 4.1 |  |  |  |
| RH 4.2 |  |  |  |

Señale las **características que no aplican en este ámbito**, fundamente su respuesta

|  |  |
| --- | --- |
| **Característica** | **Fundamento** |
|  |  |
|  |  |

## ÁMBITO: REGISTROS (REG)

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

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica.** | **Metodología de autoevaluación utilizada** | **Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación** |
| REG 1.1  |  |  |  |

## ÁMBITO: SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)

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

Complete la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** | **Señale el Porcentaje de cumplimiento encontrado respecto de cada característica.** | **Metodología de evaluación utilizada** | **Medidas de aseguramiento o mejoramiento que se implementaron a partir de la autoevaluación** |
| EQ 1.1 |  |  |  |
| EQ 2.1 |  |  |  |

**3. IDentificación de los profesionales de la instituciÓn que dirigen y participan en la preparaciÓn para el proceso de ACREDITACIÓN**

**A-. Nombre a los directivos que acompañaron la preparación de la institución para la acreditación, y a los profesionales y personal que participaron activamente en este proceso**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Primer Apellido** | **Segundo Apellido** | **Nombres** | **RUT** | **Profesión** | **Cargo o Función** | **Servicio o Unidad** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**4. si es pertinente Identifique la(s) entidades asesoras y/o profesionales externos que acompaÑaron a la institucion en los ÚLTIMOS DOCE meses PARA LA PREPARACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN Y AUTOEVALUACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Primer Apellido** | **Segundo Apellido** | **Nombres** | **RUT** | **Profesión** | **Entidad Asesora** | **Período de asesoría** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**5. INDICADORES UTILIZADOS**

**SERVICIOS DE ESTERILIZACIÓN**

Informe los indicadores que su institución monitorea para las características que se señalan a continuación, que deben ser pertinentes para lo solicitado en la característica.

En caso de monitorear más de 1 indicador por característica, insertar dichos indicadores.

|  |  |
| --- | --- |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GP 1.2 (indicador 1)** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **GP 1.2 (Indicador 2)** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |
| **CÓDIGO DE LA CARACTERÍSTICA** | **REG 1.1** |
| Enunciado o descripción del Indicador Medido |  |
| Formato o Expresión Matemática del Indicador |  |
| Umbral definido |  |
| Periodicidad de la evaluación |  |
| Período evaluado en el indicador (señale los meses de retrospectividad evaluados) |  |

**6. EVENTOS ADVERSOS**

**Mencione los eventos adversos que su institución tiene en su sistema de vigilancia activa para cada uno de los servicios o unidades que le aplican:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Unidad o Servicio** | **Eventos Adversos que se vigilan** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**7. CARTERA DE SERVICIOS**

**Mencione o anexe cartera de servicios de su Institución (productos o servicios del establecimiento de acuerdo al modelo de producción adoptado y definido)**

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

**8. ORGANIGRAMA**

**Anexar organigrama del Establecimiento.**

**9. PLANOS O CROQUIS DEL ESTABLECIMIENTO**

**Anexar planos esquemáticos o croquis de la Institución, considerando las actuales instalaciones.**