UNIVERSIDAD TÉCNICA FEDERICO SANTA MARÍA

DEPARTAMENTO INGENIERÍA MECÁNICA

VALPARAÍSO-CHILE

"Desarrollo y Seguimiento del Proceso de Documentación de Infraestructura de Mantención Mecánica Hospitalaria para Auditoria de Certificación Bajo Norma"

SEBASTIÁN ANDRÉS BÁEZ RODRÍGUEZ

MEMORIA DE TITULACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

INGENIERO MECÁNICO INDUSTRIAL

PROFESOR GUÍA : **Dr. Ing. Pedro Sariego Pastén**

PROFESOR CORREFERENTE : **Ing. Mg. Félix Pizarro Martínez**

“A mi familia, el gran apoyo en mi desarrollo como persona y como profesional”

“Gracias a los profesionales que intervinieron en mi desarrollo como profesional dentro de la universidad, a mis compañeros de carrera, al departamento de Mantención del IST, a mis Padres y mi hermano. Todos fueron un gran apoyo para poder afrontar de la mejor manera este desafío académico.”

RESUMEN

En el Sistema de Salud chileno coexisten dos subsistemas de salud, uno público y otro privado, los establecimientos de salud no se rigen bajo ningún tipo de ente acreditación obligatoria, que asegure la calidad y la seguridad de los pacientes en las prestaciones dadas por un prestador de salud a lo largo del tiempo.

Con la reforma de la salud en Chile, durante el año 2005 nacen las garantías explícitas en salud que permiten al Estado entregar prestaciones a patologías específicas, que incluyen cuatro garantías: acceso, oportunidad, protección financiera y calidad. Las tres primeras garantías están vigentes y pueden ser exigibles por la población. A partir de la entrada en vigencia de la garantía explícita en salud de calidad, los establecimientos que podrán otorgar prestaciones garantizadas explícitamente, deberán estar acreditados en la Superintendencia de Salud. Esto supone un mejoramiento considerable en la calidad de salud tanto pública como privada.

En el año 2015 el 44,7% de clínicas y hospitales tiene sello de calidad, según reporte de la Superintendencia, es decir, han logrado demostrar que cumplen con estándares de calidad y seguridad en la atención de los pacientes, y que poseen instalaciones adecuadas. El Hospital I.S.T. de Viña del Mar como un establecimiento de salud, se encontraba en el porcentaje que aún no había acreditado, por lo que fue en busca de la acreditación en el año 2016.

El Departamento de Mantención y Servicios del Hospital, no estaba ajeno a este proceso, por lo que tuvo que llevar a cabo programas de mantenimiento de equipos e instalaciones, un protocolo de seguimiento de vida útil, un plan de prevención de incendios, planes de contingencia de cortes de suministros. Todo esto protocolos de acuerdo a la pauta de cotejo entrega por la Superintendencia de Salud.

El resultado de la realización de los programas realizados por el Departamento de Mantención y Servicios, fue encaminar al Hospital IST Viña del Mar a la acreditación hospitalaria, como también el mejoramiento de los procesos de mantenimiento.

ABSTRACT

In the Chilean system of health two subsystems of health coexist, the public and different private one the establishments of health are not ruled under any type of entity obligatory accreditation, which assures the quality and the safety of the patients in the presentations given by a lender of health along the time.

With the reform of the health in Chile, during the year 2005 the explicit guarantees are born in health that presentations allow the State to deliver to specific pathologies, which include four guarantees: access, opportunity, financial protection and quality. The first three guarantees are in force and can be exigibles for the population. From the entry in force of the explicit, guarantee in health of quality, the establishments that will be able to grant presentations guaranteed explicitly, will have to be accredited in the Superintendence of Health. This supposes a considerable improvement in the quality of health both public and deprived.

In the year 2015 44,7 % of clinics and hospitals have quality stamp, according to report of the Superintendence, that is to say, they have achieved to demonstrate that they expire with quality standards and safety in the attention of the patients, and that they possess suitable facilities. The Hospital I.S.T. of “Viña del Mar” as an establishment of health, one was thinking in the percentage that even he had not accredited, for what it was in search of the accreditation in the year 2016.

Mantencion's Department and Services of the Hospital, it was not foreign to this process, for what it had to realize programs of maintenance of equipment’s and facilities, protocol of follow-up of useful life, a plan of prevention of fires, plans of contingency of courts of supplies. All that protocols of agreement to the guideline of check delivers for the Superintendence of Health.

INDICE

RESUMEN **4**

I. INTRODUCCIÓN **9**

II. OBJETIVOS **11**

CAPITULO 1: DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD **13**

1.1 LA ENTIDAD **14**

1.2. RESEÑA HISTORICA DE LA ENTIDAD **18**

1.3 VISIÓN DEL IST **23**

1.4 MISIÓN DEL IST **23**

1.5 HOSPITAL CLINICO IST VIÑA DEL MAR **23**

1.6 INFRAESTRUCTURA HOSPITAL CLINICO IST VIÑA DEL MAR **27**

1.7 ORGANIGRAMA HOSPITAL CLINICO IST VIÑA DEL MAR **28**

1.8. DEPARTAMENTO DE MANTENCIÓN Y SERVICIOS DEL HOSPITAL CLÍNICO IST VIÑA DEL MAR **29**

CAPITULO 2: ESTADO DEL ARTE **31**

2.1 REFERENCIAS GENERALES DE ACREDITACIÓN EN LA INSTITUCIÓN **32**

2.2 MARCO TEÓRICO DE LA ACREDITACIÓN HOSPITALARIA **35**

2.3 MANUALES ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN **35**

2.4 MANUAL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN CERRADA **37**

2.5 ESTRUCTURA DEL MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ATENCIÓN CERRADA **38**

2.6 REQUISITOS DE ACREDITACIÓN DE UN PRESTADOR DE SALUD **39**

2.7 PROCESO DE ACREDITACIÓN DE UN PRESTADOR DE SALUD 40

2.8 PROCESO DE MEJORA CONTINUA DE LA ACREDITACIÓN 40

2.9 FISCALIZACIÓN DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN 40

2.10 FUNDAMENTOS DE LA ACREDITACIÓN EN CHILE 42

2.11 FUNDAMENTOS DE ACREDITACIÓN EN EL HOSPITAL CLÍNICO IST VIÑA DEL MAR 47

2.12 LEGISLACIÓN Y NORMATIVA CHILENA REFERIDA A LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN HOSPITALARIA 50

CAPITULO 3: MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN CERRADA……..52

3.1 DESCRIPCIÓN DEL MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN54

3.2 INSTRUCCIONES Y CRITERIOS A EMPLEAR POR LAS ENTIDADES ACREDITADORAS..... 56

3.3 REGLAS DE DECISIÓN 57

3.4 ÁMBITOS, COMPONENTES Y CARACTERÍSTICAS..... 61

CAPITULO 4: PAUTA DE COTEJO DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN CERRADA…….64

4.1 PAUTA DE COTEJO DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN CERRADA……..73

CAPITULO 5: REALIZACIÓN DE PROTOCOLOS SEGÚN PAUTA DE COTEJO MANUAL ATENCIÓN CERRADA…….…….776

5.1 PROTOCOLOES REALIZADOS EN EL DEPPARTAMENTO DE MANTENCIÓN……...……77

5.2 REUNIONES DE TRABAJO….....……..…….77

5.3 GESTIÓN Y TRABAJO REALIZADO EN PROTOCOLOS……...80

IV. CONCLUSIONES 172

V. BIBLIOGRAFIA……..……..171

ANEXO 1…….172

ANEXO 2…….....193

I. INTRODUCCIÓN

La Salud en Chile está en el proceso de la Acreditación Hospitalaria para mejorar la equidad y la seguridad del paciente en los establecimientos de salud, en la Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria, publicada en el Diario Oficial del 24 de Febrero de 2004, confirió la función y potestad al Ministerio de Salud de "establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar", esto es, para los establecimientos de salud debidamente autorizados por los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud respectivos. Dicha legislación se encuentra actualmente refundida y sistematizada con los principales cuerpos legales emanados del Proceso de Reforma a la Salud en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial del 24 de abril de 2006.

La normativa señala que "se entenderá por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento del estándar mínimo señalado en el numeral anterior, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones".

Esta norma hace referencia al numeral 11 del actual Artículo 4° del DFL N° 1, de 2005, del MINSAL, el cual señala que éste deberá "establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios".

Con fecha 3 de julio de 2007 fue publicado en el Diario Oficial el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud (Decreto Supremo N° 15, de 2007, del MINSAL), que regula el proceso de acreditación.

Bajo este marco, el conjunto de estándares de acreditación que se presenta en estos documentos es exigible en forma común a todos los prestadores institucionales de atención cerrada o abierta que otorgan prestaciones de salud, y fija condiciones consideradas mínimas para la seguridad de los usuarios, y para la efectividad del proceso de atención en general, tanto de los problemas incluidos en el régimen de garantías como de aquellos que no lo están. El proceso de acreditación es voluntario para los prestadores sin embargo, para cumplir la garantía de calidad, los prestadores institucionales que deban realizar prestaciones incluidas en alguna de las patologías GES deben estar acreditados.

Se trata de una acreditación clave porque, en el 2016, todos los centros de salud que atienden las 24 enfermedades más complejas del Auge o GES -como cardiopatías, cánceres, esquizofrenia o infecciones respiratorias-, deberán tener la acreditación de calidad o no podrán continuar con esas prestaciones.

En el Hospital IST Viña del Mar se ha trabajado arduamente durante estos dos últimos años para lograr este objetivo. El Departamento de Calidad del Instituto de Seguridad del Trabajo en conjunto con las jefaturas del Hospital ha realizado reuniones para esclarecer de que trata la acreditación hospitalaria, y realizar de la mejor forma la exigencia de la Superintendencia de Salud. El acreditar permitirá otorgar prestaciones asociadas a las Garantías Explícitas en Salud o sea que el Hospital atienda patologías GES.

El Departamento de Mantención del Hospital IST Viña del Mar, tiene la responsabilidad al igual que varios Servicios del Hospital con contribuir a esta misión de acreditar. El Departamento debe realizar protocolos y planes de mantenimiento del equipamiento e instalaciones del Hospital según lo requiera la pauta de cotejo entregada por la Superintendencia de Salud, y con ello contribuir al objetivo más importante que es la seguridad del paciente.

II. OBJETIVOS

- Definir el plan de acción del proceso de desarrollo de la documentación exigida de acuerdo a norma. Formación de equipos de trabajo para el desarrollo de procedimientos y auditorías internas, determinación de metas, asignación de recursos.

- Identificación de equipos y maquinarias sujetas a proceso de mantenimiento mecánico.

- Desarrollo de auditorías internas, especificación de no conformidades, plan de levantamiento de las mismas. Cumplimiento fiel del plan.

- Desarrollo certificación por parte de entidad externa, especificación de no conformidades, plan de levantamiento de las mismas. Cumplimiento fiel del plan. Medición del grado de asertividad, en el marco del ciclo PHVA. Ajustes finales.

III. DESARROLLO DEL TRABAJO

El siguiente esquema conceptual muestra el desarrollo del presente trabajo de título:

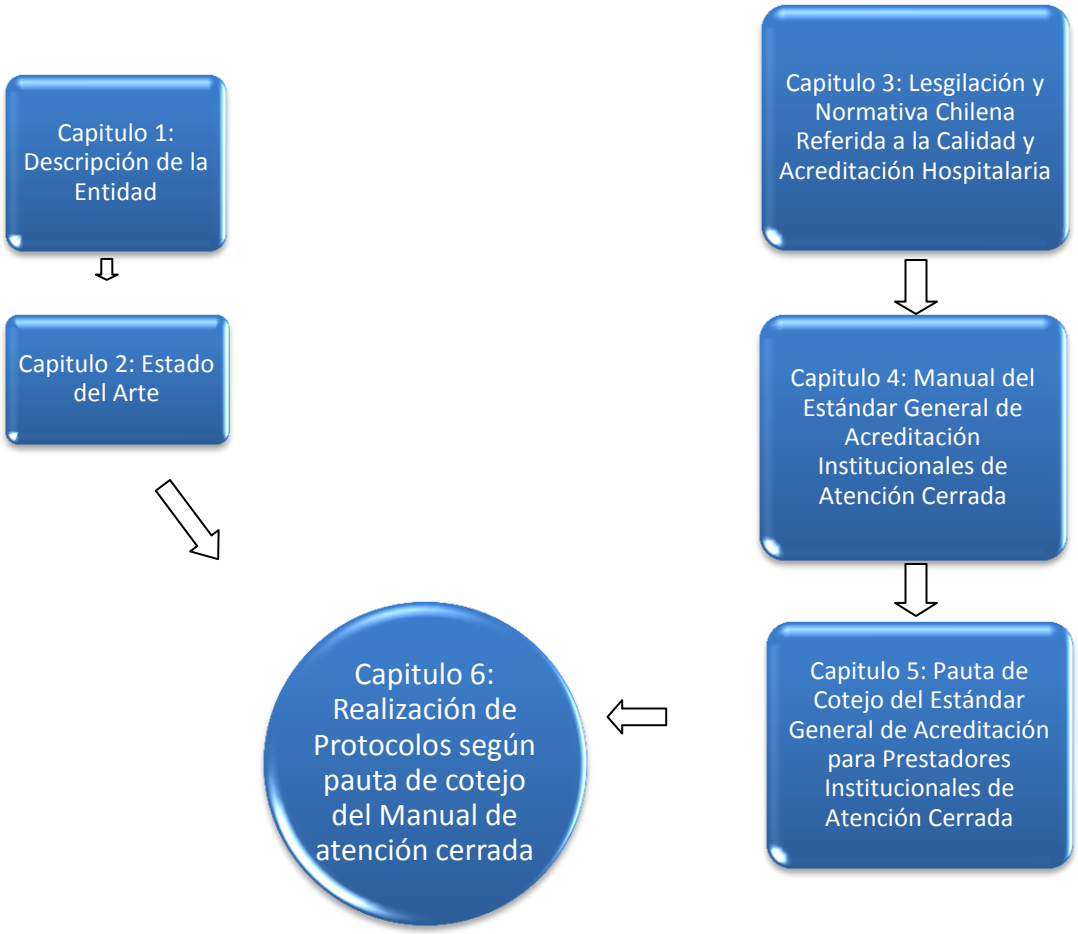


Figura (1): Esquema del Desarrollo del trabajo

El esquema describe como se relacionan los capítulos del trabajo teniendo por un lado la Legislación actual, el Manual y Pauta de Acreditación que establece la Superintendencia de Salud, y por el otro lado la institución o entidad en este caso representada por el establecimiento de Salud Hospital IST Viña del Mar. La entidad de salud en paralelo con la Legislación y Pautas converge en los Protocolos a realizar por la institución para la Acreditación Hospitalaria.

CAPITULO 1:

DESRIPCION DE LA ENTIDAD

1.1 LA ENTIDAD [2]

El Instituto de Seguridad del Trabajo (IST) es una corporación de carácter de Mutual, que tiene por fin administrar, sin fines de lucro, el Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, de acuerdo a las disposiciones de la Ley n° 16.744, respecto de sus empresas adherentes y de sus trabajadores afiliados. Sus actividades son controladas por la Superintendencia de Seguridad Social.

El IST se encuentra obligado a entregar las siguientes prestaciones:

- Económicas: Producidas por incapacidad, invalidez o muerte.

- Prevención de riesgos: Apoya las actividades de prevención de riesgos en el interior de las empresas adherentes, para mejorar los estándares de seguridad, el control de pérdidas, el cuidado del medio ambiente y la calidad de vida de los trabajadores.

- Prestaciones médicas: El trabajador accidentado o enfermo profesional tiene derecho a las prestaciones médicas necesarias que se le otorgarán gratuitamente hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por enfermedad o accidente laboral.

Figura (2): Fotografía del Edificio Plaza O'Higgins, ½ Oriente Viña del Mar (SEDE CENTRAL)

[2]: http://www.ist.cl

Historia

El 31 de diciembre de 1957 los empresarios de la Asociación de Industriales de Valparaíso y Aconcagua (ASIVA) crearon la primera mutualidad de empleadores de Chile bajo el nombre "Instituto de Seguridad de Asiva", creando las bases del sistema de mutualidades Chileno. El Instituto estaba especializado en la prevención de accidentes de trabajo, la recuperación del empleado y obrero lisiado, con la finalidad de proporcionar servicios de previsión y atención médica en beneficio de los empleados, obreros y sus familias.

En 1965, ya con el nombre IST, contaba con 125 empresas adherentes, 12.500 trabajadores afiliados, adelantándose a la Ley 16.744 que haría obligatoria la afiliación y que no se promulgó hasta 1968.

A la fecha, el IST cuenta con una red nacional hospitalaria y de atención de salud, desde Arica a Punta Arenas, conformada por hospitales clínicos, centros de atención integrales de salud y otras instituciones en convenio.

Sistemas de Gestión

La Gerencia de Sistemas de Gestión colabora con las empresas adherentes en el diseño, implementación, mantención y mejora de sistemas de gestión, que aporten en forma sinérgica a la seguridad de las personas y la salud ocupacional, generando mejoras en los valores organizacionales y la cultura empresarial. Para ello se trabaja en las siguientes líneas de acción:

Desarrollo de proyectos de alcance nacional, dirigidos a empresas clientes que cuenten con centros de trabajo en todo el país y cuyo objetivo sea lograr mejoras en sus estándares de seguridad, salud ocupacional y medio ambiente, junto a un avance en los procesos de sistematización y estandarización de su trabajo preventivo.

Consultoría especializada en Sistemas de Gestión para empresas clientes que posean sistemas ya implementados y cuyo propósito sea integrar la seguridad, salud ocupacional, medio ambiente y calidad como un todo, buscando tener un sistema integrado que se enfoque en la mejora continua y en desempeños de alto nivel

- Programa PASSO, basado en la norma OHSAS 18001
- Programa PGA, basado en la norma ISO 14001
- Norma ISO 9001
- Programa PMM
- Programa PGC, basado en la norma ISO 9001

Acciones Preventivas

Son todas las actividades y acciones tendientes a evitar y controlar la ocurrencia de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en las empresas adherentes y se dividen en las disciplinas:

Seguridad Industrial

Su tarea es diagnosticar las causas de los accidentes en los ambientes de trabajo y aplicar, en conjunto con las empresas, los productos preventivos diseñados para controlarlas, evitando con ello la ocurrencia de nuevos accidentes del trabajo

Salud Ocupacional

Evalúa y controla los factores de riesgo presentes en el ambiente laboral, para prevenir las enfermedades y accidentes de trabajo, junto con el agravamiento de las enfermedades preexistentes. También se ocupa de promover el bienestar y capacitar a los trabajadores en la adaptación a sus labores

Ergonomía

La ergonomía elimina las barreras que se oponen a un trabajo seguro, productivo y de calidad mediante el adecuado ajuste de productos, tareas y ambientes a la persona. Los ergónomos contribuyen al diseño y evaluación de tareas, trabajos, productos, ambientes y sistemas, en orden de hacerlos compatibles con las necesidades, habilidades y limitaciones de las personas. El enfoque ergonómico pone las necesidades y capacidades humanas como el foco del diseño de sistemas tecnológicos. Su propósito es asegurar que los humanos y la tecnología trabajen en completa armonía.

Existen dos áreas principales:

Ergonomía Física

Se preocupa de las características anatómicas, antropométricas, fisiológicas y biomecánicas del ser humano en tanto que se relacionan con la actividad física, como las posturas de trabajo, el manejo manual de materiales, los movimientos repetidos, lesiones músculo-tendinosas (LMT) de origen laboral, diseño de puestos de trabajo, seguridad y salud ocupacional

Ergonomía Organizacional

Busca la optimización de sistemas socio técnico, incluyendo estructura organizacional, las políticas y los procesos. Incluye aspectos de la comunicación, la gerencia de recursos humanos, el diseño de tareas, el diseño de horas laborables y trabajo en turnos, el trabajo en equipo, el diseño participativo, la ergonomía comunitaria, el trabajo cooperativo, los nuevos paradigmas del trabajo, las organizaciones virtuales, el teletrabajo y el aseguramiento de la calidad.

Higiene Industrial

Consiste en reconocer, evaluar y controlar en conjunto con la empresa, los riesgos de contraer una enfermedad profesional como consecuencia del ejercicio del trabajo. Este proceso incluye:

- Identificar los peligros higiénicos (agentes) existentes en un área, recinto, proceso y/o tarea.
- Identificar los diferentes ambientes de trabajo (puestos de trabajo en contacto con el agente) o grupos homogéneos de riesgo.
- Identificar los tiempos de contacto (tiempos de exposición, ciclos de exposición).
- Identificar la intensidad del contacto en esos tiempos (niveles, concentración).

- Evaluar si la exposición al agente tiene el potencial de provocar una enfermedad profesional.
- Definir las mejores alternativas para mantener controlado el riesgo.
- Verificar que las alternativas seleccionadas cumplan su cometido.

Comités Paritarios

El IST apoya el trabajo de los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad (CPHS), de diferentes maneras ayudando a la empresa a dar cumplimiento a una exigencia legal así como facultándolas para optar a importantes beneficios que son posibles de obtener bajo el concepto de "Punto de Encuentro", que es la filosofía que IST ha desarrollado para enfocar el funcionamiento de estos organismos. Un lugar donde convergen las ideas y experiencias de sus integrantes para contribuir a la creación de ambientes de trabajo más gratos, más seguros y más productivos, favoreciendo, de esta forma, a alcanzar una cultura preventiva al interior de las empresas.

1.2. RESEÑA HISTORICA DE LA ENTIDAD

Corrían los últimos días del año 1957 cuando se concretaba una idea que los empresarios reunidos en la Asociación de Industriales de Valparaíso y Aconcagua (Asiva) venían planificando hacía tiempo: la creación del Instituto de Seguridad de Asiva, que con la firma del acta de constitución el 31 de diciembre de ese año pasó a la historia como la primera mutualidad de empleadores de Chile.

Figura (3): Edificio del Instituto de Seguridad de Asiva en 1957

El objetivo de estos empresarios pioneros y que tuvieron la visión de fundar el sistema de mutualidades, era la organización técnica especializada en la prevención de accidentes del trabajo, la recuperación del empleado y obrero lisiado, y proporcionar servicios de previsión y atención médica que tiendan a un mayor beneficio de los empleados, obreros y sus familias.

Figura (4): Empresarios pioneros que fundaron el sistema de mutualidad en Chile

En 1965, ya con el nombre de IST, contaba con más de 125 empresas adherentes y 12 mil 500 trabajadores afiliados. Lo más destacable es que hasta ese momento aún no existía la ley que haría obligatoria esta afiliación, la Ley 16.744, que se promulgó en 1968.

En esa época el Instituto establece servicios desde Arica hasta Porvenir, puesto que la incorporación de la Compañía Chilena de Navegación Interoceánica (CCNI) hacía necesario contar con cobertura nacional. Así comienza la estrecha relación de IST con la actividad naviera del país, que se mantiene hasta el día de hoy.

Figura (5): Hospital IST Viña del Mar en 1970

Ya en 1970, el Hospital IST de Viña del Mar, en la misma ubicación que tiene hoy en calle Álvares, había ganado prestigio por la incorporación de conocimientos y técnicas avanzadas en el tratamiento y recuperación de pacientes accidentados, producto de las excelentes relaciones de los médicos de IST con sociedades científicas nacionales y extranjeras y un proceso de permanente perfeccionamiento de los profesionales.

Figura (6): De pie se encuentra Frank Bird

Paralelamente, IST logró contactar y traer a Chile a Frank Bird, ingeniero norteamericano líder mundial en la nueva tendencia de la prevención: el control de pérdidas, quien dictó una serie de cursos de enorme éxito y que ayudaron a entender cómo debían resolverse los problemas de seguridad con una visión moderna e innovadora.

Figura (7): Hospital IST de Talcahuano parte superior y Hospital IST de Santiago parte inferior en la década de los 80'

En la década de los ’80 se inicia una fuerte expansión de IST a lo largo de Chile, con la construcción de hospitales clínicos en Santiago y Talcahuano, y clínicas en Puerto Montt, Los Andes, San Felipe y Punta Arenas, y policlínicos en Antofagasta, Iquique, La Calera, Arica y Quillota.

Figura (8): Pabellones quirúrgicos del Hospital IST Viña del Mar

Dentro de la historia del IST destaca un hecho excepcional, puesto que en una de las salas del Hospital Clínico Viña del Mar se verificó uno de los milagros del Padre Alberto Hurtado, el último que se esperaba para su canonización. Con sólo 16 años, Vivian Galleguillos ingresó al recinto médico con diagnóstico de TEC grave y estuvo 9 días en coma profundo. Su familia puso su recuperación en manos del Padre Hurtado, quien por esos días era beatificado. Esa misma noche Vivian comenzó a despertar, a los dos días estaba lúcida y sin secuelas y poco después fue dada de alta sin consecuencias. Tras entrevistarse con los médicos de la UCI del Hospital Clínico IST, el Vaticano determinó que la extraordinaria mejoría de Vivian se debió a un milagro pues no pudo ser explicada científicamente.

CERTIFICADO DE APROBACIÓN

Certificamos que el Sistema de Gestión de Calidad de:

INSTITUTO DE SEGURIDAD DEL TRABAJO
Viña del Mar, Chile

ha sido aprobado por Lloyd's Register Quality Assurance de acuerdo con las siguientes Normas de Sistemas de Gestión de Calidad:

ISO 9002: 1994; NCh-ISO 9002.Of95

El Sistema de Gestión de Calidad es aplicable a:

Zonal Viña del Mar
Servicios de Prevención de Riesgos en las Areas de Gestión Preventiva, Seguridad Industrial, Higiene Industrial y Salud Ocupacional.

Figura (9): Certificación de Aprobación ISO 9000

En las últimas décadas, IST continúa una trayectoria de permanente crecimiento y desarrollo, alcanzado la certificación ISO 9000 para los servicios médicos y preventivos en Viña del Mar y demás zonales, y ampliando constantemente el marco de acción y cobertura de la Prevención, la principal misión de IST.

Figura (10): Fachada Hospital IST Viña del Mar

Hoy en día, tras una profunda reflexión y análisis del entorno y las necesidades de sus clientes, IST ha renovado su enfoque de su cultura corporativa, construyendo un nuevo modelo de servicio, más humano, empático y cálido, centrado en las personas, los trabajadores y trabajadoras, sus familias y las empresas.

1.3 VISIÓN DEL IST

Solidaridad**:** Cada trabajadora o trabajador tiene acceso a las mismas prestaciones independiente de su cotización o el tamaño de su empresa.

Social y obligatorio**:** Sin fines de lucro, es decir, los excedentes se re invierten en el mismo servicio para sus adherentes.

Universalidad**:** Cubre a todos los trabajadores y sus contingencias de forma integral.

1.4 MISIÓN DEL IST

- Ofrecer una atención dedicada en materias de cuidado, prevención y salud laboral, de acuerdo a las necesidades de cada trabajador, sus familias y las empresas adherentes.

- Brindar productos y servicios diferenciados e innovadores, a través de sus equipos de trabajos cálidos y competentes.

- Aportar a los adherentes, herramientas efectivas que les permitan avanzar permanentemente hacia un entorno laboral más seguro y productivo.

1.5 HOSPITAL CLINICO IST VIÑA DEL MAR

El Hospital Clínico IST es un centro asistencial de carácter privado y mutualista, fundado en 1970, este se ubica en la Región de Valparaíso en Álvares 662, Viña del Mar. El Hospital depende exclusivamente de la Superintendencia de Seguridad Social y a la vez se rige por las resoluciones de la Seremi de Salud, entidad fiscalizadora de las instalaciones hospitalizarías. Cuya finalidad es prestar atención médica a los trabajadores afiliados a la mutual, y a privados con atención de urgencias las 24 horas.

El Hospital consta con 12 servicios, los cuales son: Banco de Sangre, Esterilización, Farmacia, Hospitalización, Pabellón, Policlínico Programado, Policlínico de Urgencias, Rayos X, Recuperación, Sala 402, Terapia Ocupacional y UCI.

- Servicio de Banco de Sangre:

El Banco de Sangre tiene por función dar soporte en la terapia transfusional a los pacientes hospitalizados y ambulatorios del Hospital.

El Banco de Sangre trabaja gracias a las donaciones de sangre, cuyas muestras en su mayoría son separadas en componentes para después ser congeladas o refrigeradas. La sangre total se conserva a temperaturas de entre 2 y 6 °C.

- Servicio Esterilización:

Es la unidad donde se llevan a cabo los procesos de esterilización del Hospital, entiendo por esterilización, la total destrucción de todos los microorganismos patógenos y no patógenos incluidas sus formas de resistencias. Todos los procesos de esterilización están centralizados en esta unidad siendo la única forma de poder certificar un producto como "estéril" después de su procesamiento.

- Servicio Farmacia:

Este servicio se ocupa de la selección, preparación, adquisición, dispensación y otras actividades orientadas a conseguir una utilización apropiada de los medicamentos, en beneficio de los pacientes atendidos en el Hospital.

- Servicio Hospitalización:

El servicio está destinado a la permanencia de pacientes para su diagnóstico, recuperación y/o tratamiento y sus ambientes anexos requeridos para trabajo de enfermería; se relaciona básicamente con los servicios de apoyo, diagnóstico y tratamiento quirúrgicos, obstétricos, de cocina y de lavandería.

- Servicio Pabellón:

El servicio de Pabellón los pacientes son sometidos a intervenciones quirúrgicas, mejorando la calidad de vida del paciente, de forma oportuna.

- Servicio Policlínico Programado:

El servicio del Policlínico Programado atiende a pacientes citados luego de la primera atención a seguir con su tratamiento (curaciones, yesos, etc.)

- Servicio Policlínico Urgencias:

El servicio de urgencia es una unidad médico-quirúrgicas donde deberían atenderse rápida y eficientemente pacientes graves, víctimas de accidentes, intoxicaciones y otras situaciones clínicas urgentes.

- Servicio Rayos X:

El servicio de Rayos X tiene como objetivo la caracterización de materiales por medio de técnicas de rayos X, obteniéndose información sobre alguna anomalía al interior del cuerpo.

Las estructuras que son densas, como los huesos, bloquearán la mayoría de las partículas de rayos X y aparecerán de color blanco.

Las estructuras que contienen aire se verán negras, y los músculos, la grasa y los líquidos aparecerán como sobras de color gris.

- Servicio Recuperación:

El servicio recibe al paciente procedente de intervenciones quirúrgicas. Se verifica el nivel de conciencia y signos vitales, maniéndose al paciente estable y seguro. El alta del paciente lo solicita el anestesiólogo, luego el paciente se traslada al paciente a hospitalización o a la UCI, según sea el caso.

- Servicio Sala 402:

Este servicio contiene pacientes intermedios, en estado vegetal donde se monitorean todos sus parámetros y se le prestan todos sus cuidados. Estos pacientes son de larga estadía.

- Servicio Terapia Ocupacional:

El objetivo del servicio es ayudar al paciente a mejorar su autonomía en las tareas de la vida diaria, asistir y apoyar su desarrollo hacía una vida independiente, satisfecha y productiva.

Las intervenciones que realizadas por terapeutas ocupacionales para conseguir mayor grado de independencia en los pacientes incluyen rehabilitación de déficit neurológico, función motora, función sensitiva y relaciones interpersonales.

- Servicio UCI:

El objetivo de este servicio es prestar cuidados intensivos a pacientes críticos, este paciente es aquel cuya condición patológica afecta a uno o más sistemas, que pone en riesgo su vida, que hacen necesario la aplicación de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado. Este servicio proporciona atención médica y de enfermería intensiva las 24 horas del día.

1.6 INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL CLÍNICO IST VIÑA DEL MAR

El Hospital contempla seis pisos con una superficie total de 7.788 metros cuadrados.

- Subsuelo, se encuentran los servicios de: Bodega Central, Terapia Ocupacional, Bodega de Farmacia, Central de Alimentación, Vestuarios, Ropería, Banco de Sangre y Escáner.

- Primer piso, se encuentran los servicios de: Atención al Cliente, Kinesiología, Rayos X, Policlínico de Urgencia, Farmacia, Cajas, Recepción de Pacientes privados y Salas de esperas.

- Segundo piso, se encuentran los servicios de: Pabellones Quirúrgicos, Unidad de Cuidados Intensivos, Recuperación y Policlínico de Especialidades.

- Tercer piso, se encuentran los servicios de: Dirección Médica, Cafetería, 20 salas de Hospitalización.

- Cuarto piso, se encuentra los servicios de: Subgerencia Comercial, Hospitalización de Pacientes ley.

- Quinto piso, se encuentran los servicios de: Departamento de Mantención y Servicios, Asistente Social, Departamento de Personal, Laboratorio Clínico.

- Edificios de Apoyo, se encuentran los servicios de: Central Térmica, Esterilización, Central de Gases, Grupo Electrógeno, Toma de Muestras, Taller Eléctrico, Resonancia Magnética.

1.7 ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL CLÍNICO IST VIÑA DEL MAR

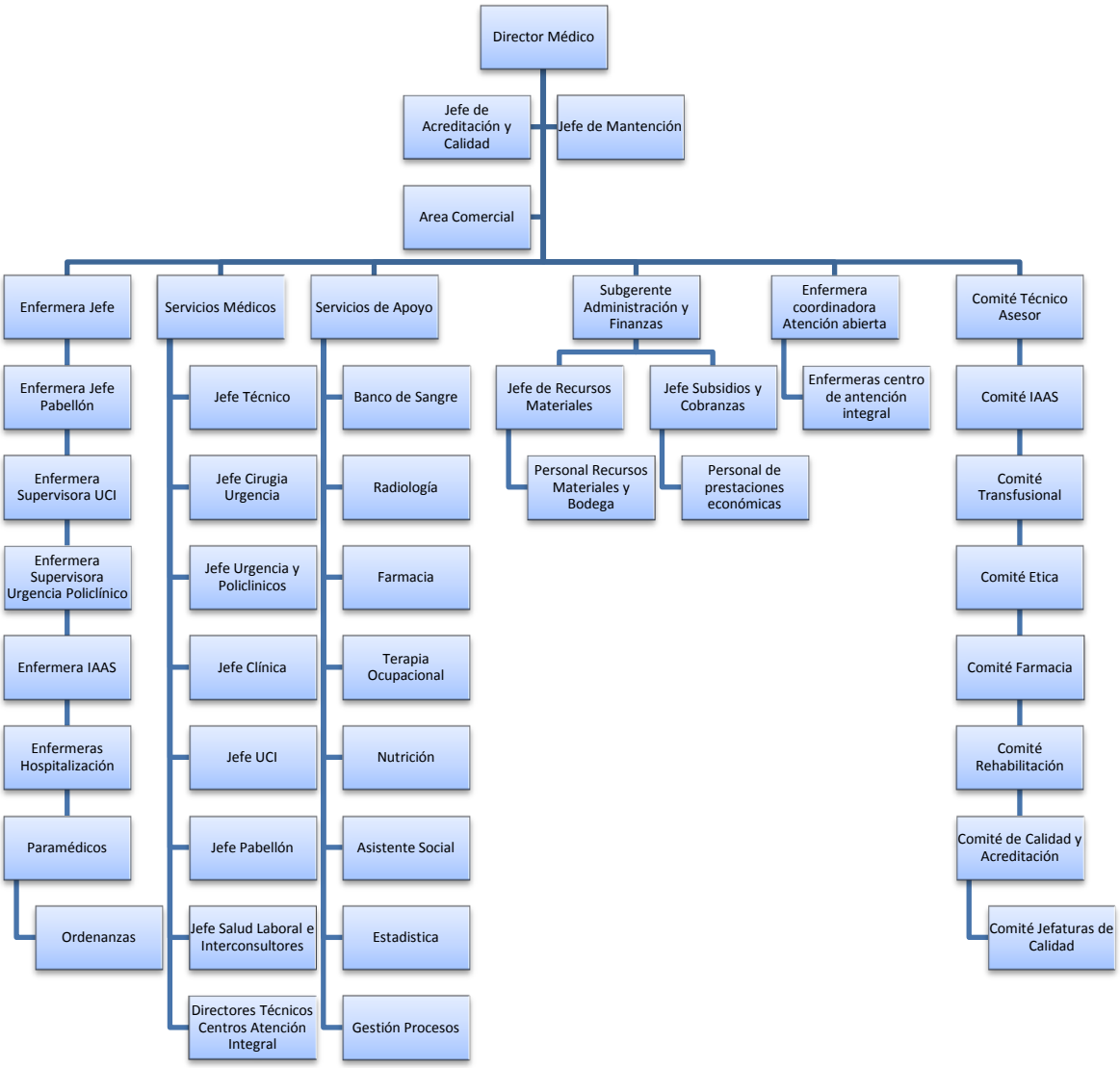


Figura (11): Organigrama del Hospital Viña del Mar

Algunos de los cargos más destacados son:

Director Médico: Es la autoridad superior del establecimiento y responsable de que éste ejecute en forma continua y eficaz con los recursos asignados, las acciones integradas de salud que le incumbe cumplir dentro de su territorio, en conformidad con las políticas, normas, planes y programas a que ellas deben sujetarse y bajo la supervisión y control de la Dirección del Servicio al que pertenece.

Le corresponde programar, dirigir, coordinar, supervisar y controlar todas las actividades del establecimiento para que ellas se desarrollen de modo regular y eficiente.

Subgerente de Administración y Finanzas: Esta encargado de la Contabilidad, la adquisición, la planificación Financiera del Hospital. Administra los procesos específicos de control interno, dentro de los sistemas de presupuesto, de determinación y recaudación de los recursos financieros, de tesorería y contabilidad del Hospital.

Jefe Acreditación y Calidad: Está encargado de implementar y coordinar los procesos de gestión y aseguramiento de la calidad del Hospital (Sistema de Gestión de la Calidad, SGC) como de la Acreditación Hospitalaria.

Jefes de Servicios Médicos: Velan por el buen funcionamiento del servicio que tienen a cargo, supervisan que el servicio cumpla con los objetivos a realizar. Las Jefaturas en su mayoría son enfermeras o doctores.

Comités en el Hospital: Los comités hospitalarios son grupos interdisciplinarios encargados de la docencia, investigación y consulta, relacionados con los temas específicos que hacen a la misión definida para cada uno.

1.8. DEPARTAMENTO DE MANTENCIÓN Y SERVICIOS DEL HOSPITAL CLÍNICO IST VIÑA DEL MAR

El departamento de Mantención y Servicios es el organismo responsable de velar por el buen funcionamiento de los distintos equipos e instalaciones al interior del Hospital, resguardando ante todo la seguridad de nuestros trabajadores y los pacientes.

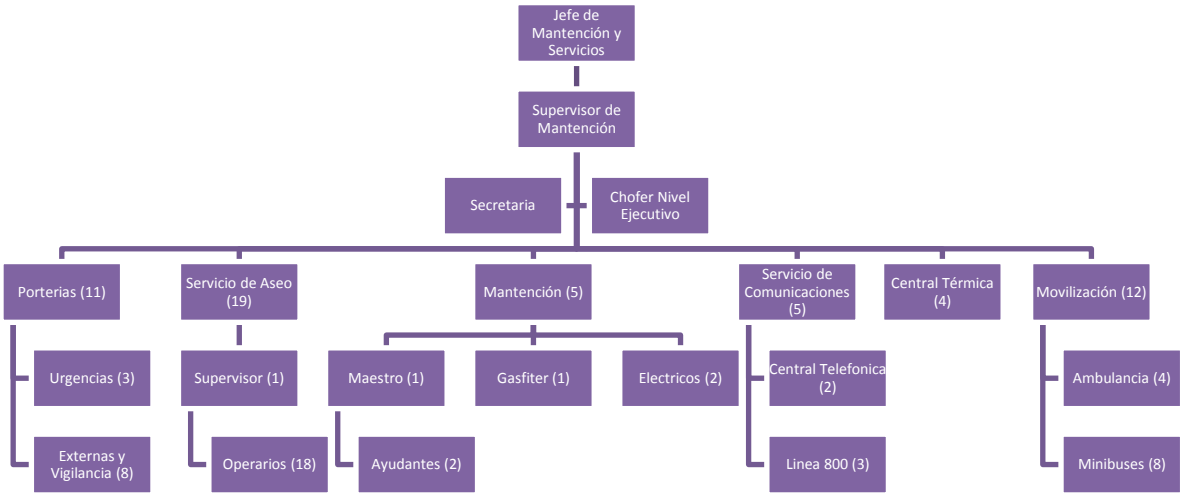


Figura (12): Organigrama Departamento de Mantención y Servicios

El Departamento de Mantención y Servicios consta:

- Con un Jefe de Mantención y Servicios Generales, encargado de controlar la ejecución de las actividades de proyectos, mantenimiento y reparaciones en dependencias de la Institución, distribuyendo, coordinando y supervisando los trabajos del personal a su cargo, para garantizar el buen funcionamiento y conservación de los bienes del Hospital. Velando por el funcionamiento de todos los servicios del Hospital las 24 horas.
- Con un Supervisor de Mantención encargado de resolver requerimientos que se generen en el Hospital, supervisar trabajos de mantenimiento y reparación, llevar a cabo planes de mantenimiento y su correcta realización.

- Con una Secretaria encargada de ingresar de facturas al sistema de contabilidad, recibir llamados, declaración de desechos, resolver algunos requerimientos del Hospital.
- Con un Chofer nivel ejecutivo encargado de documentación de los vehículos de la institución, resolver problemas de tipo mecánico en vehículos de la institución llamando al mecánico o empresa correspondiente, ser chofer del directorio del IST.
- Con once Porteros encargados de guiar a pacientes cuando ingresan al hospital, resguardar la seguridad del hospital. Este servicio esta externalizado con la empresa GUARD SERVICE.

- Con diecinueve personas de aseo, encargados de mantener todas las instalaciones desinfectadas y limpias, este servicio esta externalizado con la empresa ARAMARK.
- Con cinco personas para realizar mantenciones y reparaciones, un gasfíter, un maestro de construcción con dos ayudantes y dos eléctricos, los cuales mantienen y/o reparan o según sea el requerimiento.
- Con cinco telefonistas encargadas de recibir llamados de urgencias o consultas de cualquier tipo del Instituto, derivando los llamados a quien corresponda.
- Con cuatro operarios de caldera, encargados de supervisar: el funcionamiento de las calderas, la central de gases, bombas de agua potable y bombas de pozos sépticos.
- Con doce choferes, cuatro choferes encargados de conducir las ambulancias de urgencia y ocho choferes encargados de conducir minibuses para el traslado de los pacientes.

El **Supervisor de Mantención (Sebastián Báez)** a parte de las tareas ya mencionadas fue el encargado de preparar y realizar todo lo necesario para que el Departamento estuviera listo para la acreditación, entre las tareas fue la creación de planes de mantenimiento, plan de incendio, realización de planes de contingencia de corte de suministros de electricidad y agua. Y que todos los planes fueran llevados a cabo, lo que conllevo al desarrollo de este trabajo.

CAPITULO 2:

ESTADO DEL ARTE

2.1 REFERENCIAS GENERALES DE ACREDITACIÓN EN LA INSTITUCIÓN

El Instituto de Seguridad del Trabajo, se colocó como meta acreditar cuatro sistemas de gestión en la institución a nivel nacional (ISO 9001, OHSAS 18001, ISO 14001 y Acreditación Hospitalaria), por lo que se creó hace unos años el Departamento de Calidad en la Institución. En el caso del Hospital Clínico Viña del Mar deberá estar acreditado en octubre del 2016 por la Acreditación Hospitalaria, esta es más compleja de llevar a cabo ya que es mucho más estricta y especifica en los requerimientos para dar cumplimiento a la acreditación.

La Acreditación Hospitalaria es un proceso de evaluación al que todos los Centros de Salud son sometidos si quieren seguir realizando servicios contra las patologías del Auge. La acreditación que tiene como objetivo verificar el cumplimiento de un conjunto de Estándares de Calidad establecidos por el Ministerio de Salud, enfocados a mejorar la de los pacientes y disminuir sus riesgos.

El Departamento de Calidad y las Jefaturas de los distintos departamentos del Hospital trabajan en conjunto para lograr la meta de la Acreditación Hospitalaria. El año 2015 el hospital tuvo la primera “simulación de acreditación hospitalaria” con la entidad acreditadora AGS (Asesorías en Gestión de Salud), dejando entrever varios errores en las interpretaciones, el resultado fue dejado por la entidad en un informe. Luego de realizadas las correcciones correspondientes, en el mes de Mayo del año 2016, se realizó la segunda visita de la entidad AGS, encontrando que las correcciones fueron bien realizadas y que el hospital estaba en condiciones de acreditar en el mes de Septiembre del 2016.

Sistemas de Gestión a implementar en la Institución

El I.S.T. desde algunos años ha incorporado el punto de vista de los consumidores de salud como parte del concepto de calidad en la atención sanitaria. Lo anterior, ha permitido mejorar los procesos respecto de los elementos que valoran al evaluar satisfacción y calidad percibida en la atención, la seguridad de los trabajadores del I.S.T. y el cuidado medio ambiental. La Acreditación Hospitalaria incorporará o se enfoca principalmente en la seguridad del paciente.

ISO 9001: 2008

Sistema de Gestión de Calidad

Satisfacción del Cliente

ISO 14001: 2004

Sistema de Gestión Ambiental

Cuidado al Medio Ambiente

OHSAS 18001: 2007

Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional

Cuidado de la Salud y Seguridad de los Trabajadores del IST

ESTANDARES GENERALES DE ACREDITACIÓN HOSPITALARIA

Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad Asistencial

Garantizar atenciones médicas de calidad y seguridad hacía los pacientes

En Instituto de Seguridad del Trabajo, es una empresa que entrega servicios tanto de Salud como de Prevención, ya sea a empresas o personas. La institución se colocó como objetivo acreditar y en estos cuatro sistemas de gestión para validad el buen servicio que está entregando tanto a las empresas adheridas como a la comunidad, todo esto dentro del año 2016 y 2017.

En el Hospital Clínico IST Viña del Mar, el primer paso será la Acreditación Hospitalaria siendo esta la que luego se complementara con los otros sistemas de gestión.

2.2 MARCO TEÓRICO DE LA ACREDITACIÓN HOSPITALARIA

¿Qué es la Acreditación de prestadores institucionales?

Es un proceso periódico de evaluación, al cual se someten los Hospitales, Clínicas, Consultorios y Centros de Atención de Salud, cuyo objetivo es verificar el cumplimiento de un conjunto de Estándares de Calidad establecidos por el Ministerio de Salud, enfocados a mejorar la atención de los pacientes reciben y disminuir sus riesgos. La Acreditación tiene una vigencia de 3 años, luego de este período debe someterse el prestador institucional de salud a una re acreditación.

Beneficios de este proceso:

- Mejora la confianza de los usuarios con las instituciones de salud, porque valoran la calidad y la seguridad del paciente.
- Involucra a los pacientes y sus familiares en el proceso de atención de salud.
- Construye una cultura organizacional a partir del aprendizaje de acontecimientos adversos o eventos inesperados, como por ejemplo, las caídas de pacientes, para mejorar la seguridad de la atención.
- Mejora continua de los procesos, en base a actividades tales como la utilización de un brazalete de identificación a todo paciente que ingresa a hospitalizarse.
- Promueve un ambiente de trabajo eficiente y seguro, lo que contribuye a la satisfacción de los pacientes y sus familias.

Durante la acreditación, se verifica que las instituciones de salud cumplan con las condiciones establecidas en los Estándares de Calidad. Dichas condiciones de mejoramiento de la calidad y disminución de los riesgos asociados a la atención, se expresan en las siguientes materias:

- Respeto a la dignidad de los pacientes.
- Gestión de la calidad.
- Gestión clínica.
- Acceso, oportunidad y continuidad de la atención de salud.
- Registros.
- Competencias del Recurso Humano.

- Seguridad del Equipamiento.
- Seguridad de las Instalaciones.
- Servicios de Apoyo.

2.3 MANUALES ESTÁNDAR GENERALES DE ACREDITACIÓN

Manuales que son publicados por la Superintendencia de Salud para los diferentes tipos de prestadores, según corresponda.

VIGENTES Y OPERATIVOS	
Estándar General para ATENCIÓN CERRADA	
Estándar General para ATENCIÓN ABIERTA	
Estándar General para ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA CERRADA	
Estándar General para CENTROS DE DIÁLISIS	
Estándar General para SERVICIOS DE ESTERILIZACIÓN	E
Estándar General para LABORATORIOS CLÍNICOS	
Estándar General para SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA	

Figura (13): Manuales de Estándares Generales para distintos prestadores de salud.

Figura (14): Manuales de Estándar General de Acreditación para prestadores de Atención abierta y cerrada.

El Hospital Clínico I.S.T Viña del Mar se identifica como **Atención Cerrada**, ya que toda atención que implique la hospitalización es atención cerrada. Los prestadores de Atención Abierta, son aquellos centros asistenciales que sólo otorgan atención de tipo ambulatorio, sin pernoctación de pacientes.

En un futuro se acreditaran también los otros dos Hospitales del I.S.T (Santiago y Talcahuano) y policlínicos periféricos de la institución.

2.4 MANUAL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN CERRADA

Figura (15): Portada de Manual del Estándar General de Atención cerrada.

El Manual del Estándar General para los prestadores Institucionales de Atención Cerrada, tiene contenidos normativos, desagregando sus exigencias y requisitos en ámbitos, componentes, características y verificadores. La forma en que han sido trabajados tales contenidos permite facilitar la comprensión de los objetivos que en cada caso persigue la evaluación.

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

- ✓ Respeto a la Dignidad del Paciente (DP)
- ✓ Gestión de la Calidad (CAL)
- ✓ Gestión Clínica (GCL)
- ✓ Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención (AOC)
- ✓ Competencias del Recurso Humano (RH)
- ✓ Registros (REG)
- ✓ Seguridad del Equipamiento (EQ)
- ✓ Seguridad de las Instalaciones (INS)
- ✓ Servicios de Apoyo (AP)

De acuerdo al marco legal, el proceso de acreditación debe ser igual para los prestadores públicos y privados.

2.5 ESTRUCTURA DEL MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ATENCIÓN CERRADA

El Manual tiene nueve grandes ámbitos:

- Respeto a la dignidad del Paciente (DP).
- Gestión de la Calidad (CAL).
- Gestión Clínica (GCL).
- Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención (AOC).
- Competencias del Recurso Humano (RH).
- Registros (REG).
- Seguridad del Equipamiento (EQ).
- Seguridad de las Instalaciones (INS).
- Servicios de Apoyo (AP).

Los treinta y cinco Componentes, ciento seis Características y los novecientos cincuenta y dos Elementos Medibles se distribuyen en cada ámbito según muestra tabla a continuación:

AMBITOS	COMPONENTES	CARACTERISTICAS	ELEMENTOS MEDIBLES
Respeto A La Dignidad Del Paciente	5	8	60
Gestión De La Calidad	3	2	44
Gestión Clínica	1	19	282
Acceso, Oport Y Continuidad de la atención	2	5	65
Competencias Del Recurso Humano	4	9	114
Ámbito Registros	1	4	66
Seguridad Del Equipamiento	3	5	10
Seguridad De Las Instalaciones	3	5	54
Ámbito Servicios De Apoyo	13	49	257
TOTAL	**35**	**106**	**952**

Figura (16): Estructura del Manual de Acreditación.

"Los ámbitos de Seguridad del Equipamiento (EQ) y Seguridad de las Instalaciones (INS) con sus respectivos componentes y características, le corresponde satisfacer al Departamento de Mantención y Servicios en el caso del Hospital Clínico IST Viña del Mar."

2.6 REQUISITOS DE ACREDITACIÓN DE UN PRESTADOR DE SALUD

a) Autorización sanitaria vigente.
b) Haber ejecutado y concluido el proceso de autoevaluación de 12 meses anteriores a la solicitud de acreditación (completar el informe de autoevaluación y fichas técnicas).
c) Cumplir con los estándares de calidad definidos por el Ministerio de Salud.
d) Presentar solicitud de acreditación ante la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud.

2.7 PROCESO DE ACREDITACIÓN DE UN PRESTADOR DE SALUD

El proceso de Acreditación comienza formalmente al ingresar la solicitud de acreditación a la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, quién tiene la función de evaluar el cumplimiento de los requisitos normativos mediante el análisis jurídico y técnico de los antecedentes aportados por el Prestador junto a su solicitud.

Una vez valorados estos antecedentes, en caso de aprobarse dicha solicitud se procede a programar la designación aleatoria de una Entidad Acreditadora para continuar con el proceso. Los profesionales de dicha Entidad acudirán al Prestador para realizar la evaluación en terreno y contrastar los hallazgos con lo solicitado en el Estándar, para luego elaborar el Informe de Acreditación con el respectivo resultado del proceso. Por tanto en esta etapa se deben contemplar los plazos y requisitos para:

1. La solicitud de acreditación.

2. La evaluación en terreno.

3. La resolución del proceso.

Se estima que esta etapa completa dura aproximadamente cinco meses.

Figura (17): Proceso de Acreditación.

2.8 PROCESO DE MEJORA CONTINUA DE LA ACREDITACIÓN

La primera vez que se acredite un prestador de salud, se exigirá un 50% cumplimiento de las características de la pauta de cotejo, la segunda vez un 70% y la tercera vez un 90%, asegurando un mejoramiento continuo del proceso.

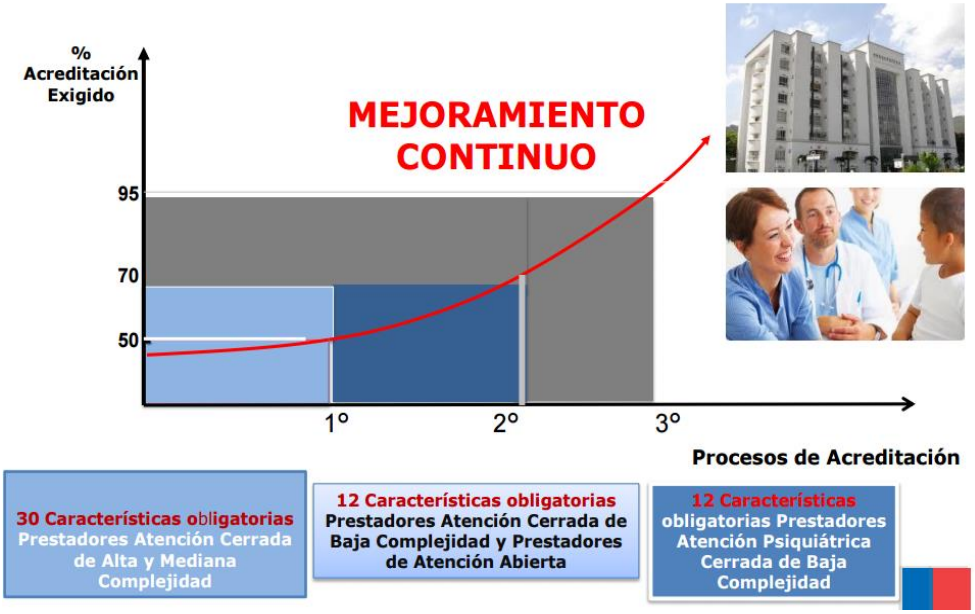


Figura (18): Grafico Mejoramiento Continuo de la Acreditación

En primera instancia se observará un historial de seis meses desde el mes que el prestador este en proceso de acreditación, luego las acreditaciones posteriores se realizarán cada tres años, observando el historial de los tres años transcurridos entre cada acreditación.

2.9 FISCALIZACIÓN DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN

Esta le corresponderá a la intendencia de prestadores de la salud y al instituto de salud pública.

1. Estas fiscalizaran a las entidades acreditadoras de su competencia, verificando el cumplimiento de los procesos y estándares de acreditación en la realización de sus evaluaciones y de todas las disposiciones del reglamento del sistema de acreditación para los prestadores institucionales de la Salud (Decreto N° 15 de 2007).

2. Estas también les corresponderá la fiscalización de los prestadores institucionales acreditados respecto de la mantención de los estándares de acreditación.

Los instrumentos regulatorios utilizados en la fiscalización por parte de la superintendencia deben ser iguales para establecimientos públicos y privados.

2.10 FUNDAMENTOS DE LA ACREDITACIÓN EN CHILE

En un área tan sensible para la población como es la salud, el sistema de acreditación de salud, tiene por objetivo garantizar la calidad de un centro o servicio hospitalario partiendo del criterio de asegurar estándares mínimos de calidad.

Evitar problemas como operaciones en el lado equivocado o que se produzcan cambios de identificación de pacientes, minimizar riesgos o accidentes al interior de los centros asistenciales, y que las personas reciban una atención de calidad y más segura al momento de recurrir a un prestador, son sólo algunas de las situaciones que podrán evidenciar los usuarios que se atiendan en los hospitales o clínicas que estén acreditados en calidad.

Lo más beneficiados el sistema de acreditación van a ser los pacientes. Algunos de los objetivos a beneficio del paciente son:

• Proporcionar información objetiva sobre los distintos centros asistenciales.

• Homologar la calidad de los centros de salud.

• Mejorar la calidad de la atención a los usuarios por medio de una mejor atención, más oportuna y más segura.

• Cumplimiento de garantía de oportunidad:

- Reducción de listas de espera GES.
- Bono AUGE.
- Fiscalización cumplimiento garantías de oportunidad.

• Reducción listas de espera para patologías no GES.

• Mejora en atención en urgencias hospitalarias o Servicios de atención de urgencia diferida (Salud).

• Calidad de atención:

- Programa “Mi hospital se pone a punto”.
- Premios “centros de salud de excelencia”.

• Calidad de las prestaciones.

- Cumplimiento de la garantía de calidad.
  - Acreditación de calidad hospitales públicos.
  - Fiscalización cumplimiento garantizado.
- Programa “comprometidos con la calidad.
- Nuevo modelo de gestión hospitalaria.
- Fiscalización a prestadores.

Algunos ejemplos de falta de estándares de calidad tanto en el ámbito internacional y nacional:

En el caso Internacional:

1. En EEUU mueren 98.000 personas por errores en la Atención de Salud en un año, siendo este la sexta mayor causa de muerte en EEUU. (Fuente: Institute of Medicine).

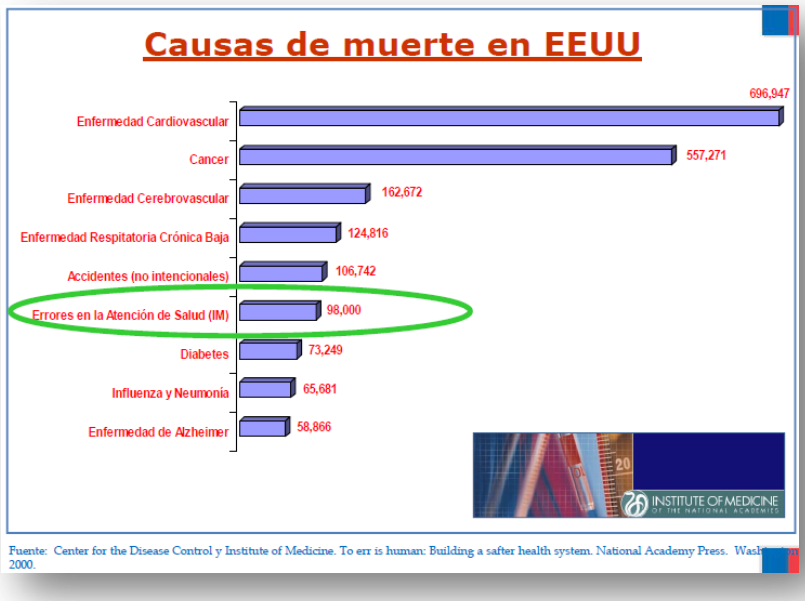


Figura (19): Causas de muertes en EEUU.

2. En el mundo se operan alrededor de 234 millones de personas de las cuales mueren 1 millón a causa de eventos adversos (EA), siendo el 50% de esos eventos prevenibles o corregibles. (Fuente: WHO Guidelines for Safe (First Edition).

Figura (20): Personas que mueren a causa de eventos adversos.

En el caso de Latinoamérica:

En un estudio realizado en países latinoamericanos, se obtuvó que un 20% de los pacientes presentó algún evento adverso y que de esos eventos adversos un 65% se consideraron evitables o corregibles.

En un estudio realizado en Chile un 6,3% del total de pacientes presento un evento adverso, de los cuales 25% fueron graves y un 80% de los eventos se consideraron evitables.

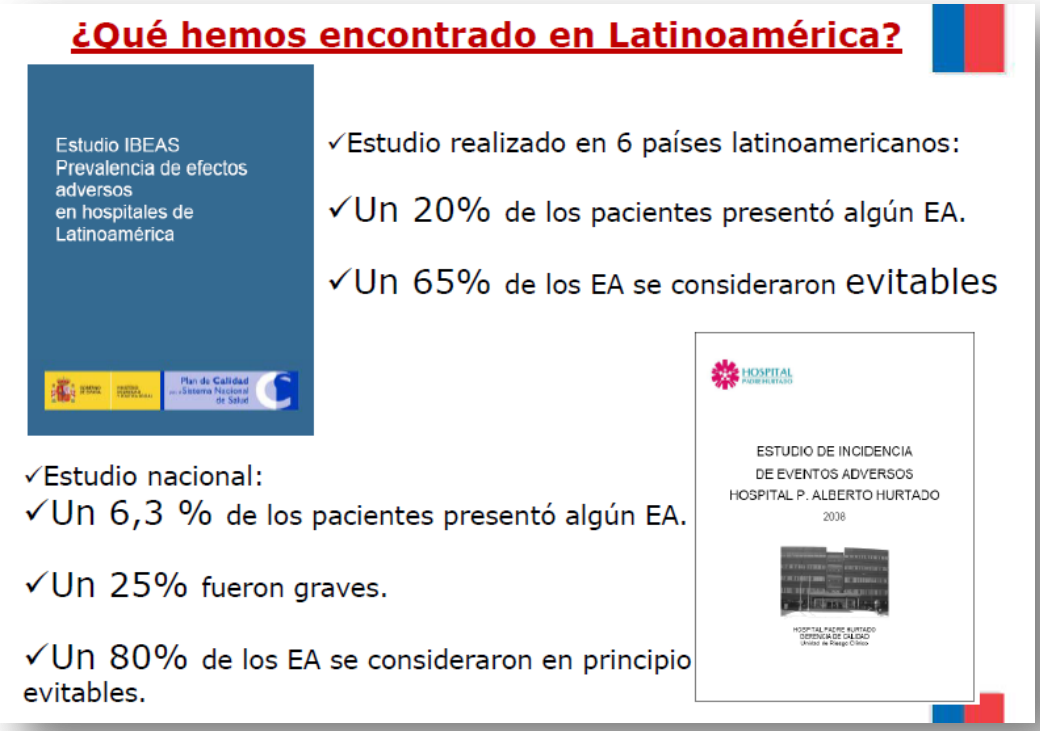


Figura (21): Porcentaje de eventos adversos que se producen en países de Latinoamérica y el porcentaje de eventos adversos que se producen en Chile.

En el caso Nacional:

28/07/2011	EL MERCURIO - (STGO-CHILE)	1	5	EN PLENO VELORIO FAMILIA SUPO QUE SU PARIENTE VIVE Y QUE LA FALLECIDA ERA OTRA PARTE 01	21.2x14.1	No Defi

En pleno velorio familia supo que su pariente vive y que la fallecida era otra

La mujer de 82 años, supuestamente muerta, estaba grave en ese mismo centro asistencial.

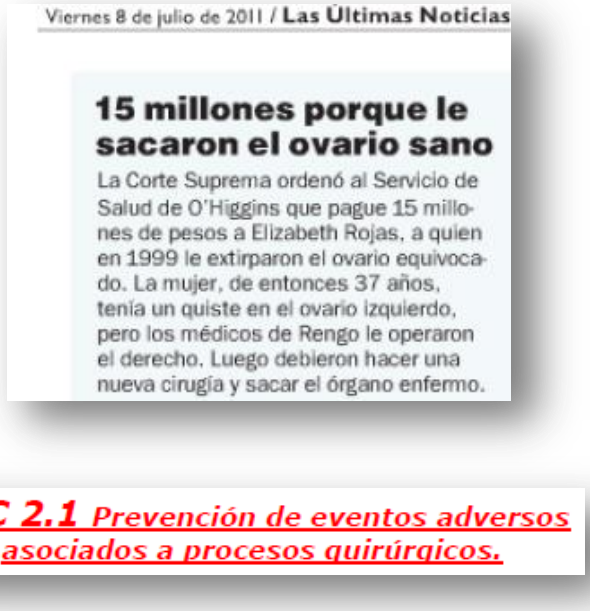
cia, en el mismo hospital la angustia se apoderó de los familiares de Juana Zamora Rodríguez, también de 82 años.

Inician sumario

La directora del Hospital Gustavo Fricke, Solene Naudón Díaz,

GCL 1.12 Proceso de Identificación de pacientes

Figura (22): Muestra noticia nacional relacionada con un evento adverso en el Hospital Gustavo Fricke, en rojo se destaca el ámbito del manual de acreditación hospitalaria en el cual se falló.



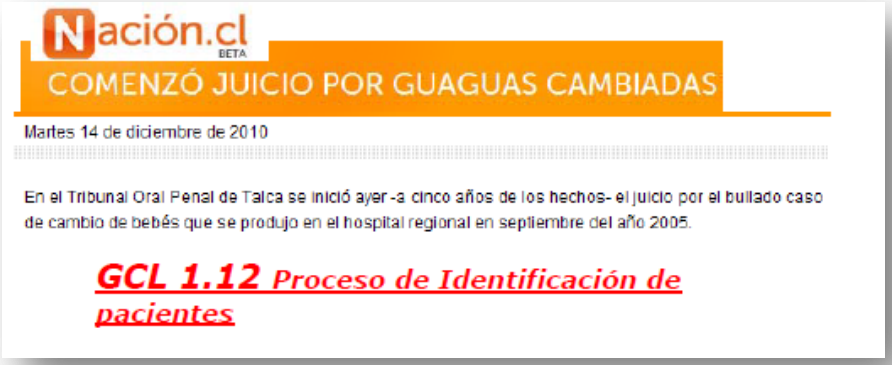
Viernes 8 de julio de 2011 / **Las Últimas Noticias**

15 millones porque le sacaron el ovario sano

La Corte Suprema ordenó al Servicio de Salud de O'Higgins que pague 15 millones de pesos a Elizabeth Rojas, a quien en 1999 le extirparon el ovario equivocado. La mujer, de entonces 37 años, tenía un quiste en el ovario izquierdo, pero los médicos de Rengo le operaron el derecho. Luego debieron hacer una nueva cirugía y sacar el órgano enfermo.

GLC 2.1 Prevención de eventos adversos asociados a procesos quirúrgicos.

Figura (23): Muestra noticia nacional relacionada con un evento adverso en el servicio de Salud de O'Higgins, en rojo se destaca el ámbito del manual de acreditación hospitalaria en el cual se falló.


Nación.cl BETA

COMENZÓ JUICIO POR GUAGUAS CAMBIADAS

Martes 14 de diciembre de 2010

En el Tribunal Oral Penal de Talca se inició ayer -a cinco años de los hechos- el juicio por el bullado caso de cambio de bebés que se produjo en el hospital regional en septiembre del año 2005.

GCL 1.12 Proceso de Identificación de pacientes

Figura (24): Muestra noticia nacional relacionada con un evento adverso en el Hospital regional de Talca, en rojo se destaca el ámbito del manual de acreditación hospitalaria en el cual se falló.

2.11 FUNDAMENTOS DE ACREDITACIÓN EN EL HOSPITAL CLÍNICO IST VIÑA DEL MAR

Mejorar la calidad de la atención y la seguridad asistencial

Al establecer un modelo de gestión enfocado en la calidad de la atención y la seguridad asistencial, aumentamos la efectividad clínica y reducimos los riesgos derivados de la atención, con lo cual se asegura la satisfacción de los pacientes y sus familiares.

Mejora del funcionamiento de la institución y la gestión de los riesgos asociados a la atención en salud

Un modelo de gestión enfocado en la calidad de la atención ayuda a la institución a mejorar su funcionamiento y a diferenciarse de aquellas instituciones que no usan el modelo. El modelo también hace más fácil medir el funcionamiento y gestionar los riesgos existentes.

Atrae a sus clientes, realza la reputación de su institución

El modelo de gestión mejorará la reputación como institución y puede ser utilizada como una herramienta de marketing. Manda un mensaje claro a todos sus potenciales clientes (pacientes y familiares) de que la institución está comprometida con la calidad de la atención, la seguridad asistencial y la mejora continua.

Mejora la operación y reduce costos

La experiencia ha demostrado los beneficios financieros de las organizaciones que han invertido en un modelo de gestión de calidad. En general obtienen una mayor eficiencia operacional, reducción de costos e incrementos de su rentabilidad.

Aumenta la comunicación interna, el trabajo en equipo y eleva la motivación del personal

Un modelo enfocado en la gestión de la calidad permite que los empleados y directivos de la institución se sientan más involucrados a través de una mejora en las comunicaciones internas, la mejora de sus competencias laborales y el trabajo en equipo.

Incrementa la satisfacción del cliente

El ciclo de mejoramiento continuo "planificar, realizar, revisar y corregir" aplicado a los procesos de la institución de salud, asegura que los procesos serán cada vez más eficientes, lo que se traducirá en un aumento de la satisfacción del cliente.

Ventaja competitiva

Un modelo enfocado en la calidad, como modelo de gestión y administración de una institución de salud, ya sea pública o privada, asegura que se trabaje día a día con un enfoque en sus objetivos estratégicos, favoreciendo las mejores prácticas de los empleados y de los procesos.

Económicos

El hospital IST Viña del Mar, como prestador de atención cerrada, si no llegará a acreditar por cualquier motivo que sea este, no podrá seguir entregado servicios de patologías GES o Auge.

CONVENIO GES ISAPRE/FONASA (Cirugía Primaria y recambio)		
AÑO	**CANTIDAD CIRUGÍAS**	**INGRESOS**
2010	**15**	**63.053.700**
2011	**19**	**135.544.000**
2012	**16**	**96.508.268**
2013	**17**	**92.583.699**
TOTAL	**67**	**387.689.667**

El hospital en estos momentos presta servicios de una sola patología Auge, que es la prótesis de cadera. La prótesis de cadera genera alrededor de 500 millones anuales a la institución.

Expansión

Al acreditar el Hospital de Viña del Mar, luego seguiremos con los Hospitales de Santiago y Talcahuano del IST, todo esto ya se va a realizar más fácil teniendo en cuenta ya la experiencia aprendida con el Hospital de Viña del Mar. Los policlínicos periféricos también serán acreditados con el transcurso del tiempo.

2.12 LEGISLACIÓN Y NORMATIVA CHILENA REFERIDA A LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN HOSPITALARIA

Normas Legales

- ✓ Ley Nº 19937 : Autoridad Sanitaria 19.937 (24/2/04)
- ✓ Ley Nº 19.966: Garantía Explícita de Calidad (3/9/04)
- ✓ DS Nº 15 Reglamento Acreditación (3/7/2007)

Ley Nº 19937: Autoridad Sanitaria (24/2/04): Es función del Ministerio de Salud

Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios.

Ley 19.966: Régimen General de Garantías en Salud: "Garantía Explícita de Calidad"

Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un Prestador Acreditado, de acuerdo a la Ley Nº 19.937.

Ley Nº 19.966: Vigencia de la GES de Calidad:

Artículo Tercero Transitorio:

La Garantía Explícita de Calidad será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, conforme a lo dispuesto en la Ley N°19.937."

Decreto N°15 de 2007:

El cual define acreditación como; "El proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos fijados por el Ministerio de Salud, por parte de los prestadores institucionales autorizados por la autoridad sanitaria para funcionar, tales como hospitales, clínicas, consultorios, centros médicos y laboratorios".

El Artículo 121 del Decreto Fuerza de Ley N°1 de 2005, del Ministerio de Salud:

Estipula que a la Superintendencia de Salud le corresponde fiscalizar a los prestadores de salud, ya sean privados o públicos, estas funciones las llevara a cabo a través de la Intendencia de Prestadores de salud, la cual está encargada de realizar las funciones relacionadas con la acreditación de prestadores institucionales de la salud, entre las más importantes de encuentran, a saber:

1. Autorizar la acreditación de personas jurídicas y designar una entidad acreditadora1 que desarrollara el proceso.

2. Fiscalizar el cumplimiento de la entidad acreditadora de los procesos y estándares de acreditación

3. Fiscalizar a los prestadores institucionales acreditados en la mantención del cumplimiento de los estándares de acreditación.

4. Mantener registro de los prestadores institucionales acreditados y de las entidades acreditadoras. En base a esos registros efectuar estudios, índices y estadísticas relacionadas con la acreditación. Para esto puede requerir información de los prestadores institucionales acreditados, de las entidades acreditadoras entidades y organismos que conforman la Administración del Estado.

CAPITULO 3:

MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN CERRADA

3.1 DESCRIPCIÓN DEL MANUAL DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN [1]

Figura (25): Portada Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada.

La Superintendencia de Salud presenta la publicación de los Manuales del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta y Cerrada, un hito histórico en nuestra política sanitaria con el que iniciamos un nuevo sistema de evaluación de la calidad exigible para el funcionamiento de los establecimientos de salud públicos y privados en Chile.

La evaluación se basa en la implementación progresiva de una primera generación de estándares mínimos -definidos por el Ministerio de Salud-, los que constituyen un punto de partida, exigente por cierto, pero gradual. El adecuado uso de tecnologías de diagnóstico y tratamiento, que fortalecerán crecientemente la gestión asistencial, será un desafío primordial en la tarea de mejorar el desempeño institucional de todo establecimiento de salud.

[1]: http://www.supersalud.gob.cl/.

Para cautelar la neutralidad de las instituciones del Estado en la evaluación de la calidad y su capacidad para asegurarle a la población la objetividad de las mediciones que se realizarán a los prestadores institucionales, los procesos de acreditación serán realizados por Entidades Acreditadoras autorizadas y fiscalizadas por la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Prestadores, comprobando sus competencias, capacidades, transparencia y objetividad de sus procedimientos.

En este marco histórico para el país, la institucionalización de los sistemas de evaluación de la calidad, por los que hemos estado trabajando en su diseño e implementación durante los últimos años, constituye un paso significativo porque cumplimos con una más de las tantas tareas que nos impuso la Reforma a la Salud: evaluar la calidad de nuestro sistema sanitario prestador.

Esto significa que transitaremos desde simples prestaciones hacia soluciones más integrales de salud, con coberturas garantizadas, sustentadas en el mejoramiento continuo y en la calidad de la atención de salud que se merecen todos los chilenos.

Consideraciones Generales

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

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

- Respeto a la Dignidad del Paciente
- Gestión de la Calidad
- Gestión Clínica
- Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención
- Competencias del Recurso Humano
- Registros
- Seguridad del Equipamiento **(ámbito que involucra a mantención y servicios).**
- Seguridad de las Instalaciones **(ámbito que involucra a mantención y servicios).**
- Servicios de Apoyo

La Pauta de Cotejo, adjunta a este Manual, debe entenderse, para todos los efectos, como parte integrante de los contenidos del mismo.

Sobre el Informe de Autoevaluación

La Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud instruirá respecto del o los formatos y contenidos mínimos que deberán cumplir los Informes de Autoevaluación a ser ejecutados por los prestadores institucionales que soliciten someterse al procedimiento de acreditación en virtud del presente Manual.

Concepto de Ámbito, Componentes, Características y Verificadores

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

Los **componentes** constituyen el primer nivel de desagregación del ámbito y proveen definiciones de aspectos más operacionales que contribuyen a cumplir con la intención del ámbito. En el ejemplo del Ámbito 1, los componentes son 5:

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

- 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 previo a su ejecución.

- 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.

- La institución cautela que las actividades docentes de pregrado no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los pacientes.

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

Las **características** desagregan el componente en espacios menores de análisis en la evaluación. Son los requerimientos específicos de gestión sanitaria que se evalúan en cada componente, especificando lo que se busca evaluar. Siguiendo con el ejemplo, el componente "El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno" se descompone en las siguientes características:

• Existe un documento de derechos explícitos.
• El prestador utiliza un sistema de gestión de reclamos.
• Se evalúa el efectivo respeto de los derechos de los pacientes.

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

3.2 INSTRUCCIONES Y CRITERIOS A EMPLEAR POR LAS ENTIDADES ACREDITADORAS

Instrucciones Generales

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

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

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

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

Interpretación de las Normas Contenidas en este Manual

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

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

3.3 REGLAS DE DECISIÓN

Las Entidades Acreditadoras, una vez concluida la evaluación de todas las características aplicables al prestador institucional de que se trate y habiendo determinado

el cumplimiento o incumplimiento de las características evaluadas, procederá a decidir si otorga o deniega la acreditación respectiva, o si otorga dicha acreditación con observaciones, de conformidad con las normas del reglamento respectivo y siguiendo las siguientes reglas de decisión:

Características Obligatorias

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

a. Si se tratare de prestadores institucionales que, de conformidad con los criterios señalados en los Artículos 32 y 34 del D.S. N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, hubieren sido calificados como de Alta o Mediana Complejidad deberán haber dado, en todo caso, debido y obligatorio cumplimiento a las siguientes características, si le fueren aplicables:

Ámbito	Característica	Denominación
Seguridad del Equipamiento	EQ 2.1	Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.
Seguridad de las Instalaciones	INS 1.1	El prestador institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo.

b. Si se tratare de prestadores institucionales que, de conformidad con los criterios señalados en los Artículos 32 y 34 del D.S. N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, hubieren sido calificados como de Baja Complejidad deberán haber dado, en todo caso, debido y obligatorio cumplimiento a las siguientes características, si le fueren aplicables:

Ámbito	Característica	Denominación
Registros	REG 1.1	El prestador institucional cuenta con ficha clínica única individual.
Seguridad de las Instalaciones	INS 3.2	Plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico y de agua potable

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

a. Declarará cuál fue el total de características aplicables a la evaluación efectuada;

b. Declarará si se han cumplido todas las características de obligatorio cumplimiento que hayan sido aplicables al prestador evaluado;

c. Acto seguido, cuantificará cuál fue el total de características cumplidas y qué porcentaje del total antes señalado éstas representan.

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

4. Si se han cumplido todas las características de obligatorio cumplimiento, la Entidad Acreditadora otorgará o denegará la Acreditación, o la concederá con observaciones, siempre que, en este último caso, se hubieren cumplido con las formalidades y normas previstas en el reglamento, según las siguientes reglas:

a. Si el prestador institucional aspirare a su primera acreditación, se le exigirá:

i. Para acreditar: el cumplimiento del 50% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;

ii. Para acreditar con observaciones: haber cumplido todas las características obligatorias, según su complejidad y las reglas precedentes.

b. Si el prestador hubiere sido previamente acreditado por el umbral señalado en la letra a.i.) y aspirare a una segunda acreditación, se le exigirá:

i. Para acreditar: el cumplimiento del 70% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación;
ii. Para acreditar con observaciones: el cumplimiento del 50% de las características que le fueron aplicables en este proceso de acreditación.

c. Si el prestador hubiere sido precedentemente acreditado por haber cumplido el umbral señalado en la letra b.i.) Precedente y aspirare a una tercera acreditación, se le exigirá:

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

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

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

3.4 ÁMBITOS, COMPONENTES Y CARACTERÍSTICAS

Ámbitos:

- 1º ÁMBITO : Respeto a la Dignidad del Paciente (DP)
- 2º ÁMBITO : Gestión de la Calidad (CAL)
- 3º ÁMBITO : Gestión Clínica (GCL)
- 4º ÁMBITO : Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención (AOC)
- 5º ÁMBITO : Competencias del Recurso Humano (RH)
- 6º ÁMBITO : Registros (REG)
- 7º ÁMBITO : Seguridad del Equipamiento (EQ)
- 8º ÁMBITO : Seguridad de las Instalaciones (INS)
- 9º ÁMBITO : Servicios de Apoyo

"A continuación solamente se especificará en los dos ámbitos que son responsabilidad del Departamento de Mantención y Servicios del Hospital IST Viña del Mar".

"Seguridad del Equipamiento (EQ)"

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

Componente EQ-1

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

Características

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

Componente EQ-2

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

Características

- EQ 2.1 Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.
- EQ 2.2 Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes en las Unidades de Apoyo.

Componente EQ-3

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

Característica

- EQ 3.1 Los equipos clínicos relevantes son utilizados por personas autorizadas para su operación.

Seguridad de las Instalaciones (INS)

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

Componente INS-1

El prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de sus instalaciones.

Característica

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

Componente INS-2

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

Características

- INS 2.1 Existen planes de evacuación actualizados, difundidos y sometidos a pruebas periódicas frente a los principales accidentes o siniestros.
- INS 2.2 El prestador institucional mantiene la funcionalidad de la señalética de vías de evacuación.

Componente INS-3

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

Características

- INS 3.1 El prestador institucional ejecuta un programa de mantenimiento preventivo de las instalaciones relevantes para la seguridad de pacientes y público.
- INS 3.2 El prestador institucional ejecuta un plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico y de agua potable.

CAPITULO 4:

PAUTA DE COTEJO DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN CERRADA

4.1 PAUTA DE COTEJO DEL ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE ATENCIÓN CERRADA [1]

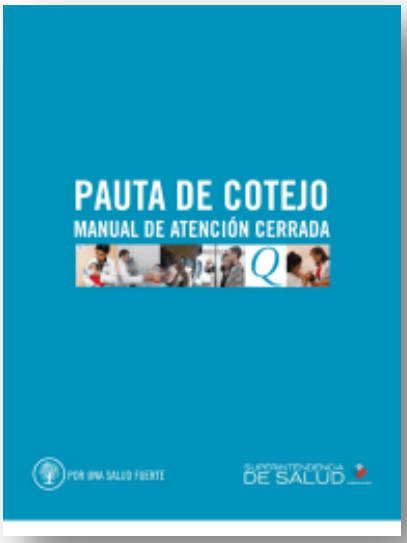


Figura (26): Portada de Pauta de Cotejo del Manual Atención Cerrada.

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 cumplimiento de…

[1]: http://www.supersalud.gob.cl/.

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.

Característica GCL – 1.12

Elementos Medibles GCL-1.12	Dirección o gerencia del prestador	PQ	UPC Ad	UPC Ped	UPC Neo	Med.	Ped.	Neo
Se describen en documento de carácter institucional los siguientes elementos relacionados con la identificación de pacientes: - Obligatoriedad de Identificación al menos en: 1. Recién nacidos, 2. pacientes pediátricos, 3. pacientes con compromiso de conciencia y 4. pacientes que ingresan a pabellón. Se ha definido el tipo de identificación y los datos a incluir en la identificación. Se han definido los responsables de su aplicación.	1 2 3 4	1 4	3 4	2	1	3	2	1
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.								
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.								
Se constata identificación de pacientes.								

Figura (27): Ejemplo de Características del ámbito (GCL) Gestión Clínica.

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

En los siguientes lugares de verificación se debe proceder del modo señalado:

- **Pabellones quirúrgicos (PQ),** se verificarán los elementos medibles en todos los sectores de pabellones quirúrgicos disponibles en la institución.

- **Salas de procedimientos,** se verificarán los elementos medibles en Hemodinámica y/o sala(s) de procedimientos endoscópicos según esté especificado en el manual. En el caso de describirse sólo como procedimientos, se verificará en ambos.

- **Cirugía,** se verificarán los elementos medibles en cirugía adulto y/o infantil según esté especificado en el manual. En el caso de describir sólo como Cirugía, se verificará en ambos.

- **Urgencia,** si las unidades de atención de emergencia de la institución estuvieran separadas, como por ejemplo urgencias de adultos, pediátricas y gíneco obstétricas, el proceso de verificación se realizará en cada una de ellas.

Los lugares de verificación contenidos en este manual representan una formulación genérica de la estructura organizativa interna que puede tener un prestador institucional de atención cerrada. Por ello, si la organización del prestador institucional que solicita la acreditación es distinta a la prevista en el presente manual, se evaluará el prestador de acuerdo al tipo de pacientes que se atienden en las distintas estructuras. Así por ejemplo el Servicio Médico Quirúrgico deberá ser evaluado en tanto Servicio de Medicina (en términos de cumplimiento de requisitos asociados a pacientes médicos), así como Servicio de Cirugía (cumplimiento de requisitos asociados a pacientes quirúrgicos), por ello este servicio será evaluado, siguiendo el manual en las columnas Med y Cir.

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 en la tabla se encuentren en blanco, esto es, no achuradas.

Además, consignará que una determinada evaluación específica contenida en la respectiva tabla en blanco como que “no aplica” en los casos en que:

- El prestador no tenga la unidad o servicio explicitado en los títulos de las columnas.

- El prestador no realiza la prestación o prestaciones relacionadas con la característica.

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

Requisitos para el cumplimiento de los elementos medibles

Las siguientes instrucciones describen los requisitos que deben tener los elementos medibles para ser considerados cumplidos e ilustran la forma en que ello debe hacerse:

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

Sólo en los casos en que se solicite 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 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

Característica GCL-1.7

Elementos Medibles GLC-1.7	Dirección o gerencia del prestador*	PQ	UPC Ad	APD	URG	APQ
Se describen en un documento de carácter institucional los criterios de indicación médica de transfusión, tipo de hemocomponente y Nº de unidades.	√	√	√	√	√	√
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.						
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.						

* O Comité o Unidad de Medicina Transfusional o Banco de sangre.

Figura (28): Ejemplo de Características del ámbito (GCL) Gestión Clínica.

En este ejemplo el documento respecto a los criterios de transfusión no sólo debe estar disponible en la Dirección, sino también en los Pabellones Quirúrgicos, en la Unidad de Paciente Crítico de Adultos, Diálisis, Urgencia y Quimioterapia.

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, con las características solicitadas en el punto 2. En los casos 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 (por ejemplo, tasa de infecciones intrahospitalarias). 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.

Característica GCL-1.7

Elementos Medibles GLC-1.7	Dirección o gerencia del prestador*	PQ	UPC Ad	APD	URG	APQ
Se describen en un documento de carácter institucional los criterios de indicación médica de transfusión, tipo de hemocomponente y Nº de unidades.						
Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.		√	√	√	√	√
Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.						

* O Comité o Unidad de Medicina Transfusional o Banco de sangre.

Figura (29): Ejemplo de Características del ámbito (GCL) Gestión Clínica.

Utilizando el mismo ejemplo anterior, la definición del indicador y umbral de cumplimiento respecto de la evaluación de los criterios de transfusión deben estar referidos a Pabellones Quirúrgicos, Unidad de Paciente Crítico Adulto, Diálisis, Urgencia y Quimioterapia. Estos deben estar disponibles en cada unidad o en el Banco de Sangre.

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 (en el caso del ejemplo, en el Banco de Sangre).

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. Se adjunta en anexo una tabla con tamaños de muestra.

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 o cirugías, registros de actividades clínicas, etc.

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 el manual de evaluación.

Se considera que una característica se cumple 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.

"A continuación se mostrarán las características específicas que tienen que demostrar el Departamento de Mantención, que se están realizando dentro del Hospital, cuando sea la acreditación hospitalaria:"

Código EQ-1.2 (Umbral cumplimiento > 50%)

Elementos medibles EQ-1.2

Existe un documento de carácter institucional donde se describe un **seguimiento de vida útil del equipamiento relevante para la seguridad de los usuarios** que incluye al menos:

- Equipamiento de anestesia.
- Equipos de monitorización hemodinámica, monitores desfibriladores, ventiladores fijos y de transporte, monitores de diálisis e incubadoras.

Existe un informe anual de las necesidades de reposición del equipamiento crítico.

Código EQ-2.1 (Umbral cumplimiento 100%)

Elementos medibles EQ-2.1:

Se ha designado el profesional responsable del **mantenimiento preventivo del equipamiento crítico** a nivel institucional.

Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos:

- Equipos de monitorización hemodinámica.
- Monitores desfibriladores.
- Ventiladores fijos y de transporte.
- Máquinas de anestesia.
- Ambulancias de urgencias.
- Incubadoras.

Existe constancia de que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa en los equipos mencionados.

Código EQ-2.2 (Umbral cumplimiento > 50%)

Elementos medibles EQ-2.2:

Se describe en un documento el programa de **mantenimiento preventivo del equipamiento de apoyo** que incorpora al menos:

- Autoclaves
- Campana de flujo laminar
- Equipos de laboratorio:
- Contadores hematológicos.
- Equipos para determinación de electrolitos y gases.
- Analizadores automatizados de Química Clínica.
- Equipos automatizados para microbiología, hormonas e inmunología.
- Microscopio de fluorescencia.
- Lectores de ELISA.
- Refrigeradores y congeladores para sangre y hemoderivados.
- Equipos de diálisis y tratamiento de agua.
- Equipos de imagenología.
- Equipos de radioterapia.

Existe constancia que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa, en los equipos mencionados.

"ÁMBITO DE SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)"

Código INS-1.1 (Umbral cumplimiento > 80%)

Elementos medibles INS-1.1:

Se ha designado un responsable institucional del **plan prevención de incendios.**

Se documenta un plan institucional de prevención de incendios.

Existe un informe de evaluación del riesgo de incendio, elaborado por bomberos (quinquenal).

Existe un análisis de los resultados del informe de la evaluación y decisiones adoptadas al respecto.

Se constata:

- Recarga vigente de extintores.
- Redes secas y húmedas accesibles.
- Cumplimiento de mantenimiento de red seca, red húmeda y sistemas automatizados. de mitigación de incendios (en caso de disponerse de estos dos últimos).

Código INS-3.1 (Umbral cumplimiento 100%)

Elementos medibles INS-3.1:

Se ha designado un responsable institucional del **mantenimiento preventivo de las instalaciones**

Se documenta un programa de mantenimiento preventivo que incluye al menos:

- Ascensores.
- Calderas.
- Sistema de aspiración y gases clínicos.
- Techumbre.
- Sistemas de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes.

Se constata ejecución de programa de mantenimiento preventivo.

Código INS-3.2 (Umbral cumplimiento > 75%)

Elementos medibles:

Se ha designado el responsable Institucional del **plan de contingencia en el caso de interrupción del suministro eléctrico y de agua potable.**

Se documenta un plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico y agua potable.

Existen registros que dan cuenta de:

- Mantenimiento preventivo y realización de pruebas de los sistemas iluminación de emergencia.
- Mantenciones preventivas del sistema de provisión de agua de emergencia.
- Revisión periódica de calidad del agua de los estanques de reserva.

Se constata:

- Operación de generadores de energía de emergencia.
- Calidad macroscópica del agua de estanques de reserva

CAPITULO 5:

REALIZACIÓN DE PROTOCOLOS SEGÚN PAUTA DE COTEJO MANUAL ATENCIÓN CERRADA

5.1 PROTOCOLOS REALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE MANTENCIÓN Y SERVICIOS

Los protocolos realizados para el proceso de Acreditación por el Departamento de Mantención y Servicios del Hospital Clínico IST Viña del Mar.

- Programa de mantenimiento preventivo del equipamiento crítico.
- Protocolo de seguimiento de vida util del equipamiento relevante para la seguridad de los pacientes.
- Programa de mantenimiento preventivo de equipamiento de apoyo.
- Plan de prevención de incendios.
- Programa de Mantenimiento preventivo de las instalaciones.
- Plan de contingencia en caso de interrupción de suministro de agua potable.
- Plan de contigencia en caso de interrupción de suministro eléctrico.

5.2 REUNIONES DE TRABAJO

La realización de los protocolos se realizaron en base a reuniones entre el Supervisor de Mantención y el Jefe de Calidad, quienes recopilaron información de protocolos antiguos ya realizados por el Departamento de Mantención y Servicios del Hospital Clínico IST Viña del Mar, gestionaron convenios con empresas para la mantención del equipamiento crítico, el levantamiento de equipamiento, realización de programas de mantención acordes, contactos con la Superintendencia de Salud para información de interpretación de la pauta de cotejo, etc.

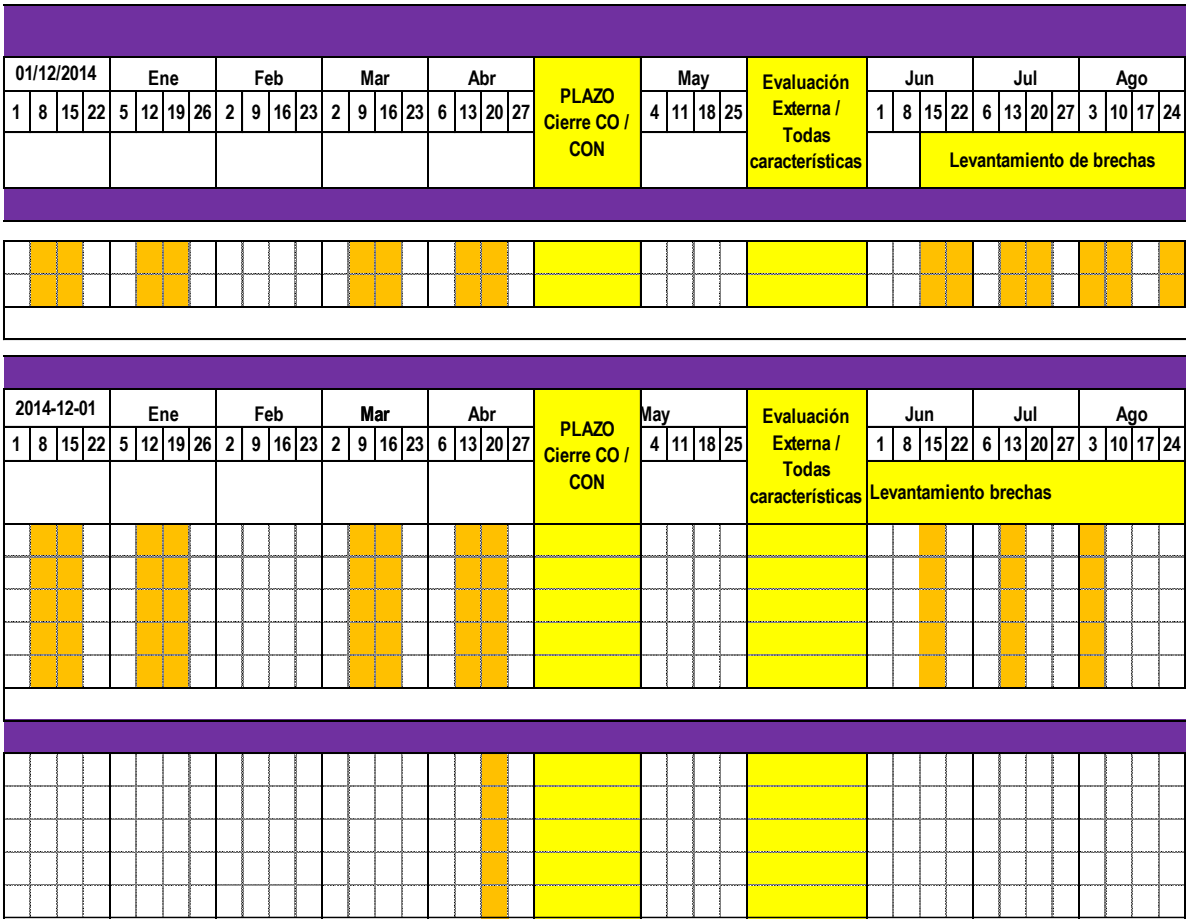
Se trabajó en la realización de los protocolos desde el año 2014 en adelante, los cuales han tenido modificaciones con el transcurso del tiempo, al ver que hay inconformidades o errores, se modifican y se vuelve a sacar otra versión del protocolo, hasta que el protocolo llegó sin detalles a la Acreditación Hospitalaria realizada en Octubre del 2016.

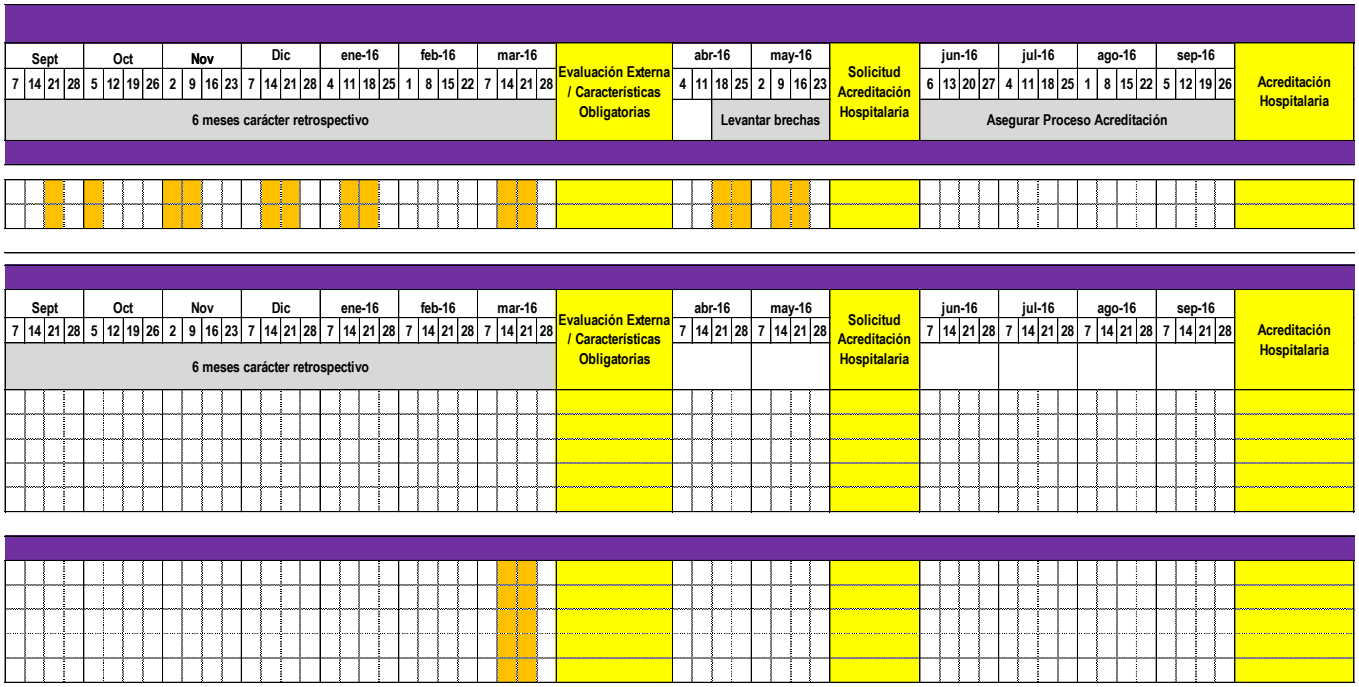
A continuación se muestra la Carta Gantt de las reuniones realizadas entre el Supervisor de Mantención y el Jefe de Calidad desde el 2014 hasta el 2016, donde se trabajaron todos los protocolos señalados en la Carta Gantt, pero obviamente dándole más

importancia a los de carácter obligatorio como lo son EQ 2.1: Mantenimiento de equipamiento relevante o crítico y INS 1.1: Plan de prevención de incendios.

CRONOGRAMA ACREDITACIÓN HOSPITAL CLÍNICO INSTITUTO DE SEGURIDAD DEL TRABAJO - VIÑA DEL MAR 2015 - 2016							
	CARACTERÍSTICAS	Actividades	UMBRAL	Nº verificadores cumplidos	N° verificadores aplicables	% Cumple	CUMPLE (Si / No)
		2015 - 2016					
1	CIERRE BRECHAS CARACTERÍSITCAS OBLIGATORIAS						
	EQ 2.1	MANTENIMIENTO PREVENTIVO EQUIPAMIENTO	100%	3	3	100%	SI
	INS 1.1	PLAN DE PREVENCIÓN DE INCENDIO	80%	4	5	100%	SI
				7	8	88%	SI
2	CIERRE BRECHAS						
			UMBRAL	Nº verificadores cumplidos	N° verificadores aplicables	% Cumple	CUMPLE (Si / No)
	EQ 1.2	SISTEMA SEGUIMIENTO VIDA UTIL DEL EQUIPAMIENTO	50%	0	2	100%	SI
	EQ 2.2	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO EQ NO CRITICO	50%	0	2	100%	SI
	INS 3.2	PLAN DE CONTIGENCIA EN CASO DE INTERRUPCIÓN DE SUMINISTRO ELECTRICO	75%	7	23	100%	SI
	INS 3.2	PLAN DE CONTINGENCIA EN CASO DE INTERRUPCIÓN DE AGUA POTABLE	75%	4	4	100%	SI
	INS 3.1	MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LAS INSTALACIONES	100%	0	4	100%	SI
						100%	SI
3	ACTUALIZACIÓN DOCUMENTACIÓN						
		Revisión de documentos					
		Modificación de documentos					
		Impresión de documentos					
		Elaboración de carpetas					
		Distribución a servicios clínicos					
		Reuniones entre Jefe de Calidad y Supervisor de Mantención					

Figura (30): Cronograma de Acreditación con los protocolos correspondientes al Departamento de Mantención y Servicios (se dividió en tres partes la figura).





Carta Gantt de reuniones realizadas por cada protocolo (figura 30) entre el Supervisor de Mantención y el Jefe de Calidad.

En el mes de marzo de realizó una evaluación de una empresa externa solo de las características obligatorios y en el mes de octubre se realizó el proceso de Acreditación del Hospital Clínico IST Viña del Mar, el resultado de este proceso se entregará a fines del año 2016 o comienzos del 2017.

5.3 GESTIÓN Y TRABAJO REALIZADO EN PROTOCOLOS

La realización de los protocolos es un proceso de mejora continua, que va entregando un resultado provisorio que con el tiempo y los distintos procesos de auditoría o acreditaciones se irán mejorando y cambiando. La mejor representación de este proceso es el Ciclo PHVA que apunta siempre a la mejora continua, en base a auditorias y a las acciones de mejora.

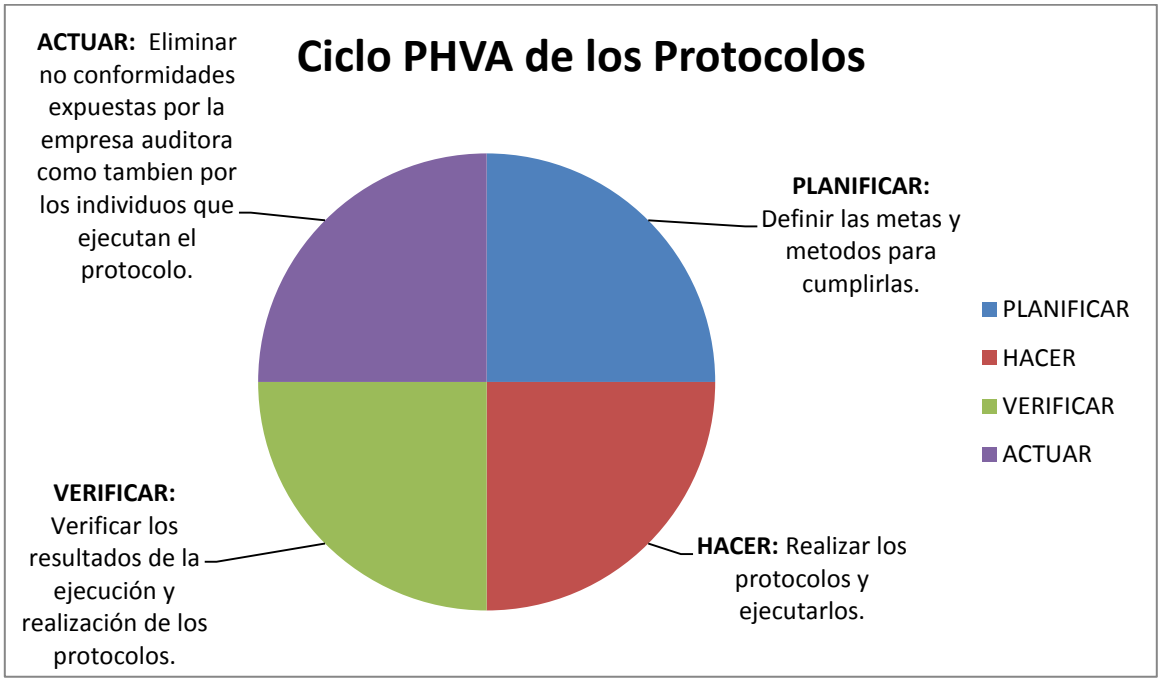


Figura (31): Ciclo PHVA de los protocolos.

No es casualidad que la Acreditación Hospitalaria al igual los protocolos busquen siempre la mejora continua, la reingeniería y mejora de los procesos. Es la base y la idea de la Acreditación Hospitalaria. Un protocolo sin importar su ámbito es el resultado de la exigencia de la Pauta de Cotejo entregada por la Superintendencia y un proceso de mejora del protocolo por las distintas necesidades que aparezcan en el transcurso del tiempo.

1. PROTOCOLO DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL EQUIPAMIENTO CRÍTICO (CODIGO EQ 2.1).

Umbral cumplimiento 100%)

Elementos medibles por la Pauta de Cotejo:

Se ha designado el profesional responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento crítico a nivel institucional (ANEXO 2).

Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo que incorpora al menos:

- Equipos de monitorización hemodinámica.
- Monitores desfibriladores.
- Ventiladores fijos y de transporte.
- Máquinas de anestesia.
- Ambulancias de urgencias.
- Incubadoras.

Existe constancia de que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa en los equipos mencionados.

El trabajo realizado para satisfacer la Pauta de Cotejo fue:

- Este protocolo es uno de los más complejos ya que es de carácter obligatorio y su umbral es del cien por ciento, o sea si en el momento de la Acreditación Hospitalaria se encuentra algún equipo sin su mantención preventiva realizada en el mes descrito en el protocolo, el Hospital no acredita.

- Para evitar lo anteriormente descrito, se realizó un convenio con la empresa INTEGRAL SERVICE, ya que en un principio la mantención del equipamiento crítico era realizada por distintas empresas, lo cual hacía que el control y realización de la mantención preventiva fuera más compleja. La empresa INTEGRAL SERVICE presta el servicio de mantención preventiva a la totalidad del equipamiento del Hospital lo que fue un gran avance para que este protocolo cumpliera con lo dicho.

- De este convenio inicial nació un convenio a nivel nacional con la empresa INTEGRAL SERVICE para el resto de los Hospitales del país Talcahuano y Santiago.

- También se fijó solamente dos meses en el año para la realización de las mantenciones preventivas en Abril y Octubre, anteriormente cada equipo tenía mantenciones preventivas en distintos meses. Lo que ayudo bastante también al control y realización de las mantenciones.

- Se fijaron solamente dos meses en el año para la mantención preventiva por motivos de horas de uso del equipamiento en el Hospital, recomendaciones técnicas de la empresa INTEGRAL SERVICE y motivos de los costos asociados a las mantenciones.

- Se realizó un levantamiento del equipamiento crítico, luego se inventario y se creó un ficha técnica a cada equipo donde iban a ser registradas las mantenciones realizadas. Se encontraron con equipos en comodato y equipos que debían ser dados de baja. Se limpió y actualizó el inventario de equipamiento crítico.

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL EQUIPAMIENTO CRÍTICO (EQ 2.1)

ist especialistas en prevención	HOSPITAL CLINICO IST	Código	MED DOC 50.46
		Característica	EQ 2.1
		Edición	02
		Página	1 de 15
		Vigencia	01/11/2020
PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL EQUIPAMIENTO CRÍTICO			

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL EQUIPAMIENTO CRITICO

INSTITUTO DE SEGURIDAD DEL TRABAJO

ISO 9001:2008
ISO 14001:2004
OHSAS 18001:2007
Estándares Generales para los Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y Abierta

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez V. Sebastián Baez R.	Patricio Forjan R. Tamara Orellana V.	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención Encargado de Mantención	Jefe de Acreditación Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2015	Fecha: 01/11/2015

1. OBJETIVOS

El objetivo de este procedimiento es mantener los equipos críticos relacionados con el proceso médico-curativo operativos y en óptimas condiciones para su uso.

2. ALCANCE

Este procedimiento se aplica a todos los equipos críticos del Hospital, de acuerdo a la definición de la pauta de cotejo se la superintendencia de salud.

- Unidad de Cuidados Intensivos
- Hospitalización
- Pabellones Quirúrgicos
- Recuperación
- Urgencia

3. RESPONABLES DE LA EJECUCIÓN

Se designa como responsable de ejecución del procedimiento de mantención preventiva al jefe de mantención y servicios, el cual velara por el oportuno cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo de equipos críticos.

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez V. Sebastián Baez R.	Patricio Forjan R. Tamara Orellana V.	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención Encargado de Mantención	Jefe de Acreditación Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2015	Fecha: 01/11/2015

4. RESPONSABLES DE LA SUPERVISIÓN

El jefe de mantención y servicios, supervisa y controla el cumplimiento del programa de mantención preventivo del establecimiento.

La supervisión del cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo del equipamiento crítico, será responsabilidad del supervisor o jefe de cada servicio clínico, según donde se encuentre el equipamiento.

5. DEFINICIONES

A.-Mantención Preventiva

Se efectuará mantención a los equipos críticos en forma programada y periódica, según las características de cada equipo.

B.-Mantención Correctiva

Se efectuarán a los equipos que presenten fallas o deterioro de acuerdo a las necesidades y características de cada uno y se llevará un registro de éstas.

Elaborado por José Baez V. Sebastián Baez R.	Revisado por Patricio Forjan R. Tamara Orellana V.	Aprobado por Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención Encargado de Mantención	Jefe de Acreditación Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2015	Fecha: 01/11/2015

C.- <u>Equipos Críticos:</u>

Son aquellos cuyo deterioro pueden afectar el transcurso seguro de las actividades sanitarias a realizar, entre éstos equipos se encuentran:

- Equipos de monitorización hemodinámica
- Monitores desfibriladores
- Ventiladores mecánicos fíjos y de transporte
- Máquinas de anestesia
- Ambulancias de Urgencia

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez V. Sebastián Baez R.	Patricio Forjan R. Tamara Orellana V.	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención Encargado de Mantención	Jefe de Acreditación Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2015	Fecha: 01/11/2015

6. DESARROLLO

PROGRAMA DE MANTENCIÓN PREVENTIVA

1. El programa de mantenimiento preventivo del equipamiento crítico se realizará de forma semestral (cada 6 meses). Todo equipamiento crítico no deberá superar dicho tiempo en su mantención.
2. Cada uno de los equipos del hospital cuenta con un registro de mantención preventiva y correctiva, donde se lleva constancia de las mantenciones preventivas y correctivas realizadas por las empresas externas.
3. También se estima un **rango de tolerancia de cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo de equipamiento crítico** de **1 mes** posterior al programado, por diversas circunstancias. Cuando dicha mantención preventiva no se realice en los tiempos programados, debe quedar registro de la justificación de la no realización de la mantención preventiva mediante carta o e-mail de dicha situación, por parte de la empresa externa.
4. El registro de las mantenciones preventivas de equipamiento crítico, se realizará en el **documento registro de mantenciones preventivas y correctivas**. El informe de la mantención preventiva registrada por la empresa externa, deberá estar firmada o timbrada por personal del área de mantención y servicios del establecimiento.
5. Los equipos nuevos que estén dentro de sus años de garantía, también se les realizará una mantención preventiva de acuerdo a sus características, siguiendo el criterio de mantención semestral.

Elaborado por José Baez V. Sebastián Baez R.	Revisado por Patricio Forjan R. Tamara Orellana V.	Aprobado por Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención Encargado de Mantención	Jefe de Acreditación Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2015	Fecha: 01/11/2015

6. Se dejara constancia del cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo del equipamiento crítico del año respectivo, a través de un informe anual, el cual será derivado a dirección médica.
7. Semestralmente se revisará y actualizará el programa de mantenimiento preventivo de los equipos críticos, dejando constancia de ello en informe anual del área de mantención y servicios.
8. Si se adquiere un equipo dentro del año programado, se agrega a la dotación y se programa mantención a los 6 meses de adquirido, se actualiza el programa de mantenimiento preventivo del equipamiento crítico y se difunde al servicio correspondiente.

CRITERIOS DE MANTENCIÓN PREVENTIVA

Para el desarrollo adecuado del programa de mantención preventiva de equipos críticos, se definen criterios mínimos de revisión a realizar por las empresas externas, los cuales dependerán del tipo de equipo a evaluar:

Dichos criterios a evaluar en los equipos críticos son:

Equipos de monitorización hemodinámica

- Revisión de batería
- Revisión del sistema de carga de batería
- Revisión de prueba de funcionamiento

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez V. Sebastián Baez R.	Patricio Forjan R. Tamara Orellana V.	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención Encargado de Mantención	Jefe de Acreditación Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2015	Fecha: 01/11/2015

Monitores desfibriladores

- Revisión de batería
- Revisión del sistema de carga de batería
- Revisión de prueba de funcionamiento

Ventiladores mecánicos fijos y de transporte

- Revisión de baterías
- Revisión de alarmas
- Revisión prueba de funcionamiento

Máquinas de anestesia

- Revisión de baterías
- Revisión de alarma
- Revisión de manómetros

Ambulancias de Urgencia

- Revisión técnica al día

Los criterios mínimos a considerar en el mantenimiento preventivo de los equipos críticos serán constatados en documento ficha técnica de equipamiento crítico. Anexo 2.

Los equipos de monitorización hemodinámica, monitores desfibriladores, ventiladores mecánicos fíjos y de transporte junto con las máquinas de anestesia son sometidas cada dos años a calibraciones.

Elaborado por José Baez V. Sebastián Baez R.	Revisado por Patricio Forjan R. Tamara Orellana V.	Aprobado por Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención Encargado de Mantención	Jefe de Acreditación Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2015	Fecha: 01/11/2015

NOTA: El programa de mantenimiento preventivo de equipamiento crítico considera las siguientes ambulancias de urgencias:

- **N° 321**
- **N° 408**

7. INDICADOR

Nombre del indicador	% Cumplimiento del programa de mantención preventivo de equipos críticos.
Fórmula	Número de mantenciones preventivas de equipos críticos realizadas/ Número de mantenciones preventivas de equipos críticos programadas *100
Metodología	Supervisión de los Equipos Críticos del Hospital
Tipo	Resultado
Umbral	100%
Fuente de datos	Registros de mantenciones preventivas
Responsables	Jefe de Mantención
Periodicidad	Semestral
Reporte	Mensual.

8. DISTRIBUCIÓN

- Dirección Médica.
- Hospitalización
- Pabellón
- Recuperación
- UCI
- Urgencia

9. MODIFICACIONES

Corrección N°	Fecha	Descripción de la modificación	Publicado en	N° de documento
1	01/07/2015	Se modifica el desarrollo del protocolo.	01/08/2015	02
2				

Elaborado por José Baez V. Sebastián Baez R.	Revisado por Patricio Forjan R. Tamara Orellana V.	Aprobado por Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención Encargado de Mantención	Jefe de Acreditación Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2015	Fecha: 01/11/2015

ANEXO 1: PLANILLA GANTT ANUAL

ist especialistas en prevención	GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	Código	DOC ADM 058
		Característica	EQ 2.1.
	LISTADO DE EQUIPOS SUJETOS A MANTENCIÓN PREVENTIVA Y CALIBRACIÓN	Fecha	01/12/2014
		Edición	1
		Página	1 de 1
		Vigencia	01/12/2019

NOMBRE ESTABLECIMIENTO IST: HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR AÑO: 2015 RESPONSABLE DE MANTENCIÓN:

NOMBRE DEL EQUIPO	USUARIO (Servicio en donde se encuentra el equipo)	MARCA	PATENTE (En caso de Vehículo)	MODELO	SERIE	Nº DE INVENTARIO	VIDA ÚTIL ESTIMADA	FRECUENCIA DE MANTENCIÓN (M anual, semestral anual, etc)	MES PROGRAMADO PARA MANTENCIÓN	PROVEEDOR	FRECUENCIA DE CALIBRACIÓN (M anual, semestral anual, etc)	MES PROGRAMADO PARA CALIBRACIÓN	PROVEEDOR
Desfibrilador c/Monitor Cardíaco	Hospitalización	Fukuda		FC-560	29112195	1		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Desfibrilador c/Monitor Cardíaco	Pabellón	Nihon Kohden		Cardiolife	2672	19		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Desfibrilador c/Monitor Cardíaco	Poli-Urgencia	Hewlett Packard		Code Master XL	3601437457	4		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Desfibrilador c/Monitor Cardíaco	Recuperación	Nihon Kohden		TEC-5531E	921	1		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Desfibrilador c/Monitor Cardíaco	Sala 402	Nihon Kohden		Cardiolife Tec-7100K	21622	2		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Sala 402	Contec		CMS5100	BG1504100174	5		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Desfibrilador c/Monitor Cardíaco	UCI	Nihon Kohden		Cardiolife Tec-5531E	37	2		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Hospitalización	Contec		CMS5100	BG1505100191	4		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Hospitalización	General Electric		Dinamap Pro Care	AAW07480151A	5		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Hospitalización	General Electric		Dinamap Pro Care	AAW07480412A	6		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Hospitalización	General Electric		Dinamap Pro Care	AAW07480451A	7		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Hospitalización	Mindray		Mec 1200	CC-PA101536	8		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Hospitalización	Mindray		Mec 1200	CC-21121451	9		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Hospitalización	Contec		CMS5100	BG1505300014	10		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Hospitalización	Mindray		Mec 1200	CC-PA101536	11		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Hospitalización	Critikare		506CXN	106604155	12		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Hospitalización	Contec		CMS6800	BM1502100037	14		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Hospitalización	Contec		CMS6800	BM1502100043	15		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Hospitalización	Contec		CMS5100	BG1505300159	16		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Pabellón	Datex		Cardiocap II	320190	42		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Pabellón	Datex		Cardiocap II	301050	43		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Pabellón	Datex		Cardiocap/5	6100117	44		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Pabellón	Datex		Cardiocap/5	6695722	45		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Poli-Urgencia	Mindray		Mec-1200	CC-PA101523	7		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Poli-Urgencia	Mindray		Mec-1200	CC-PA101541	8		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Poli-Urgencia	Mindray		Mec-1200	CC-PA101544	9		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Poli-Urgencia	Mindray		Mec-1200	CC-PA101516	10		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Poli-Urgencia	Critikare		506CXN3	405603774	11		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Recuperación	Dinamap		KL9301	03906	2		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Recuperación	Dinamap		KL9301	11274	3		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Recuperación	Indura		Life Care 740	628029	4		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Recuperación	Indura		Life Care 740	628026	5		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Recuperación	General Electrics		Datex -Ohmeda	6408166	6		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Recuperación	General Electrics		Datex -Ohmeda	6408161	7		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	Sala 402	Mindray		Mec-1200	CC-PA101546	3		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	UCI	Dinamap		Pro100V2	032M1579045	7		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	UCI	General Electrics		Datex-Ohmeda	6241181	8		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	UCI	General Electrics		Datex-Ohmeda	6241182	9		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	UCI	General Electrics		Datex-Ohmeda	6580017	10		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	UCI	General Electrics		Datex-Ohmeda	6569766	11		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	UCI	Datex -Ohmeda		Cardiocap II	3886623	12		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Multiparámetro	UCI	Datex -Ohmeda		Cardiocap II	3889728	13		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Cardíaco	UCI	Datex		Oscar	84074	6		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Ventilador	Sala 402	Achieva		PS02	G060200900	4		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Ventilador	UCI	Infresonic		Adult Star	24952001110150 35335453	14		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Ventilador	UCI	Infresonic		Adult Star	000354 26862-056	15		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Ventilador	UCI	T BIRD		AVS III	AAHT 1989	16		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Ventilador	UCI	Hamilton Medical		Galileo	9183	17		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Ventilador	UCI	Hamilton Medical		Raphael XTC	10527	18		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Ventilador	UCI	Bio-Med		Crossvent 3+	023C068	19		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Ventilador	UCI	T-Bird		Vela	80702654	20		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Ventilador tipap	UCI	Respironics		Tipap LPT-030	102893	21		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Máquina de Anestesia	Pabellón	Datex-Ohmeda		Aestiva 3000	AMRC00975	33		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Máquina de Anestesia	Pabellón	Datex-Ohmeda		Aestiva/5	AMRK00387	34		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Máquina de Anestesia	Pabellón	Ohmeda		Excel 210	AMAW01034	35		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Máquina de Anestesia	Pabellón	Datex-Ohmeda		Aestiva/5	AMRC00485	36		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Máquina de Anestesia	Pabellón	Draguer		Primus	ASPH-0209	55		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-
Monitor Cardíaco	Pabellón	Draguer		infinity Delta	6006849066	56		Semestral	ABR-OCT	INTEGRAL SERVICE	2 años	-	-

Elaborado por José Baez V. Sebastián Baez R.	Revisado por Patricio Forjan R. Tamara Orellana V.	Aprobado por Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención Encargado de Mantención	Jefe de Acreditación Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2015	Fecha: 01/11/2015

ANEXO 2: REGISTRO DE MANTENCIÓN PREVENTIVA Y CORRECTIVA

N°

ist especialistas en prevención

REGISTRO DE MANTENCIÓN PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS

				SERVICIO	
EQUIPO				MODELO	
MARCA				PROVEEDOR	
Nº DE SERIE				CONDICIÓN	
AÑO FABR.		AÑO INST.		VIDA ÚTIL	
MANTENCIÓN				EMPRESA	
CALIBRACIÓN				EMPRESA CALIB.	

DESCRIPCIÓN

MANTENCIONES PREVENTIVAS(P) Y CORRECTIVAS(C)

FECHA	MANT.	OBSERVACIÓN	Nº IT.	OP/NOP

CALIBRACIONES

FECHA	CALI.	OBSERVACIÓN	Nº IT.	OP/NOP

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez V. Sebastián Baez R.	Patricio Forjan R. Tamara Orellana V.	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención Encargado de Mantención	Jefe de Acreditación Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2015	Fecha: 01/11/2015

ANEXO 3 FICHA TECNICA EQUIPAMIENTO CRITICO

ist especialistas en prevención
DEPTO. MANTENCIÓN Y SERVICIOS

FICHA TÉCNICA EQUIPAMIENTO CRÍTICO

		SERVICIO	
EQUIPO	MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA	MODELO	
MARCA		PROVEEDOR	
Nº DE SERIE		CONDICIÓN	
AÑO FABR.	AÑO INST.	VIDA ÚTIL	
MANTENCIÓN		EMPRESA	
CALIBRACIÓN		EMPRESA CALIB.	

MANTENCIONES PREVENTIVAS				
CRITERIOS DE MANTENCIÓN PREVENTIVA	FECHAS			
REVISIÓN DE BATERIA				
REVISIÓN SISTEMA DE CARGA DE BATERÍA				
REVISIÓN DE PRUEBA DE FUNCIONAMIENTO				

FIRMA O TIMBRE ÁREA DE MANTENCIÓN Y SERVICIOS				

TERMINOLOGÍA:

APROBADO "A"

REPROBADO "R"

Elaborado por José Baez V. Sebastián Baez R.	Revisado por Patricio Forjan R. Tamara Orellana V.	Aprobado por Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención Encargado de Mantención	Jefe de Acreditación Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2015	Fecha: 01/11/2015

ist especialistas en prevención	HOSPITAL CLINICO IST	Código	MED DOC 50.46
		Característica	EQ 2.1
		Edición	02
		Página	13 de 15
		Vigencia	01/11/2020

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL EQUIPAMIENTO CRÍTICO

ist especialistas en prevención
DEPTO. MANTENCIÓN Y SERVICIOS

FICHA TÉCNICA EQUIPAMIENTO CRÍTICO

				SERVICIO	
EQUIPO	VENTILADOR MECÁNICO			MODELO	
MARCA				PROVEEDOR	
Nº DE SERIE				CONDICIÓN	
AÑO FABR.		AÑO INST.		VIDA ÚTIL	
MANTENCIÓN				EMPRESA	
CALIBRACIÓN				EMPRESA CALIB.	

MANTENCIONES PREVENTIVAS				
CRITERIOS DE MANTENCIÓN PREVENTIVA	FECHAS			
REVISIÓN DE BATERIA				
REVISIÓN DE ALARMA				
REVISIÓN DE PRUEBA DE FUNCIONAMIENTO				

FIRMA O TIMBRE ÁREA DE MANTENCIÓN Y SERVICIOS				

TERMINOLOGÍA:

APROBADO "A"

REPROBADO "R"

Elaborado por José Baez V. Sebastián Baez R.	Revisado por Patricio Forjan R. Tamara Orellana V.	Aprobado por Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención Encargado de Mantención	Jefe de Acreditación Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2015	Fecha: 01/11/2015

ist especialistas en prevención	HOSPITAL CLINICO IST	Código	MED DOC 50.46
		Característica	EQ 2.1
		Edición	02
		Página	14 de 15
		Vigencia	01/11/2020

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL EQUIPAMIENTO CRÍTICO

ist especialistas en prevención
DEPTO. MANTENCIÓN Y SERVICIOS

FICHA TÉCNICA EQUIPAMIENTO CRÍTICO

		SERVICIO	
EQUIPO	MAQUINA DE ANESTESIA	MODELO	
MARCA		PROVEEDOR	
Nº DE SERIE		CONDICIÓN	
AÑO FABR.	AÑO INST.	VIDA ÚTIL	
MANTENCIÓN		EMPRESA	
CALIBRACIÓN		EMPRESA CALIB.	

MANTENCIONES PREVENTIVAS				
CRITERIOS DE MANTENCIÓN PREVENTIVA	FECHAS			
REVISIÓN DE BATERIA				
REVISIÓN DE ALARMA				
REVISIÓN DE MANÓMETROS				

FIRMA O TIMBRE ÁREA DE MANTENCIÓN Y SERVICIOS				

TERMINOLOGÍA:

APROBADO "A"

REPROBADO "R"

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez V. Sebastián Baez R.	Patricio Forjan R. Tamara Orellana V.	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención Encargado de Mantención	Jefe de Acreditación Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2015	Fecha: 01/11/2015

ist especialistas en prevención	HOSPITAL CLINICO IST	Código	MED DOC 50.46
		Característica	EQ 2.1
		Edición	02
		Página	15 de 15
		Vigencia	01/11/2020

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL EQUIPAMIENTO CRÍTICO

ist especialistas en prevención
DEPTO. MANTENCIÓN Y SERVICIOS

FICHA TÉCNICA EQUIPAMIENTO CRÍTICO

		SERVICIO	
EQUIPO	MONITOR DESFIBRILADOR	MODELO	
MARCA		PROVEEDOR	
Nº DE SERIE		CONDICIÓN	
AÑO FABR.	AÑO INST.	VIDA ÚTIL	
MANTENCIÓN		EMPRESA	
CALIBRACIÓN		EMPRESA CALIB.	

MANTENCIONES PREVENTIVAS				
CRITERIOS DE MANTENCIÓN PREVENTIVA	FECHAS			
REVISIÓN DE BATERIA				
REVISIÓN SISTEMA DE CARGA DE BATERÍA				
REVISIÓN DE PRUEBA DE FUNCIONAMIENTO				

FIRMA O TIMBRE ÁREA DE MANTENCIÓN Y SERVICIOS				

TERMINOLOGÍA:

APROBADO "A"

REPROBADO "R"

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez V. Sebastián Baez R.	Patricio Forjan R. Tamara Orellana V.	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención Encargado de Mantención	Jefe de Acreditación Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2015	Fecha: 01/11/2015

Figuras (32,33,34 y 35): ejemplo de equipamiento critico, monitores signos vitales (Parte superior) y maquinas de anestesia (Parte inferior).

Figuras (36 y 37): a la izquierda ejemplo desfibrilador cardiaco y a la derecha un ventilador mecanico.

2. PROTOCOLO SEGUIMIENTO DE VIDA ÚTIL DEL EQUIPAMIENTO RELEVANTE PARA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES (CODIGO EQ 1.2)

Umbral de cumplimiento >50%

Existe un documento de carácter institucional donde se describe un seguimiento de vida útil del equipamiento relevante para la seguridad de los usuarios que incluye al menos:

- Equipamiento de anestesia.
- Equipos de monitorización hemodinámica, monitores desfibriladores, ventiladores fijos y de transporte, monitores de diálisis e incubadoras.

Existe un informe anual de las necesidades de reposición del equipamiento crítico.

El trabajo realizado para satifacer la Pauta de Cotejo:

- Este protocolo no es de carácter obligatorio, pero es muy importante para la seguridad de los pacientes. Este protocolo se trabajo con el Director Médico, el Subgerente de Administración y Finanzas.

- A nivel nacional no existe ningun tipo de normativa de vida util de los equipos medicos o el recambio de este. Se buscaron en los manuales del proovedor, sin encontrar el año especifico en el cual se tiene que dar de baja el equipo, ya que todo depende mucho del uso y las horas de uso del equipamiento médico.

- Al no tener ningun tipo de información, se converso con la empresa INTEGRAL SERVICE la que nos realiza la mantención preventiva de este equipamiento, nos dio un aproximado de 10 años de vida util, ya que por temas de repuestos, tecnologia y seguridad, es una buena aproximación de años para el uso de nuestros equipos. Sin dejar de lado que los equipos por algun u otro motivo se pueden dar de baja antes de los 10 años de vida util como limite.

- El Director Medico y el Subgerente estuvieron de acuerdo con lo estipulado por la empresa ya que economicamente era factible el recambio en esa cantidad de años, sabiendo que estos equipos tienen un valor de mercado elevado.

- Para saber la vida util de un equipo se necesitaba tambien la fecha de compra de instalación del equipo lo cual se realizo el levantammiento correspondiente por equipo pudiendo obtener gran cantidad de fechas de instalacion. Lo que se tradujo a un codigo QR en cada equipo del establecimiento que contenia la fecha de instalacion como otros datos importantes.

PROTOCOLO SEGUIMIENTO DE VIDA ÚTIL DEL EQUIPAMIENTO RELEVANTE PARA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES (CODIGO EQ 1.2)

ist especialistas en prevención	HOSPITAL CLINICO IST	Código	
		Característica	EQ 1.2
		Edición	02
		Página	
		Vigencia	01-01-2017
PROTOCOLO SEGUIMIENTO VIDA ÚTIL DEL EQUIPAMIENTO RELEVANTE PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES			

PROTOCOLO SEGUIMIENTO VIDA ÚTIL DEL EQUIPAMIENTO RELEVANTE PARA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

INSTITUTO DE SEGURIDAD DEL TRABAJO

ISO 9001:2008
ISO 14001:2004
OHSAS 18001:2007
Estándares Generales para los Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y Abierta

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Báez V. Sebastián Báez R.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

INDICE:

1. Objetivos……pág.3
2. Alcance……pág.3
3. Definiciones……pág.3
4. Responsabilidad de ejecución……pág.4
5. Responsable supervisión……pág.4
6. Descripción del proceso……pág.5
7. Modificaciones……pág.8
8. Anexos……pág.8

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Báez V. Sebastián Báez R.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

1.- OBJETIVO:

El objetivo de este procedimiento es definir e implementar una metodología efectiva y eficiente que permita controlar el seguimiento de la vida útil de los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes., de manera de anticiparse al cese de funciones, garantizando su disponibilidad y buen funcionamiento.

2.-ALCANCE:

Este procedimiento debe ser aplicado por la unidad de mantención en coordinación con los servicios clínicos, en lo relativo a la evaluación de requerimientos, abarcando la totalidad de equipos considerados como relevantes, sean estos:

a.- Equipos de anestesia.
b.- Monitores hemodinámicos.
c.- Desfibriladores.
d.- Ventiladores mecánicos.

3.-DEFINICIONES:

Equipos relevantes: Son todos aquellos equipos que están relacionados directamente con el paciente e intervienen en procesos claves del funcionamiento del hospital. Para efectos de este sistema de seguimiento, se definirán como tales al menos los siguientes equipos: Equipos de anestesia, monitores hemodinámicos, desfibriladores y ventiladores mecánicos.

Vida Útil del Equipamiento: Es el periodo de tiempo en el cual un equipo opera con todas sus funciones para la cual fue diseñado, sin que este signifique un riesgo para los pacientes y el usuario clínico, sin la necesidad de que se hagan modificaciones o reacondicionamientos mayores.

Equipo obsoleto: Un equipo puede alcanzar la obsolescencia por varias razones, de entre las cuales se mencionan: La no disponibilidad de repuestos (ya no existe más el fabricante o la línea del producto ha sido descontinuada), Altos costos de operación, mantenimiento y reparación en comparación a otros equipos similares en el mercado y no brinda las condiciones de confiabilidad, seguridad y funcionalidad de acuerdo a la situación actual, haciendo imposible o no recomendable su reparación.

Método Delphi: Es un método de estructuración de un proceso de comunicación grupal que es efectivo a la hora de permitir a un grupo de individuos, como un todo, tratar un problema complejo. La capacidad de predicción de la Delphi se basa en la utilización sistemática de un juicio intuitivo emitido por un grupo de expertos.

4. RESPONSABILIDAD DE EJECUCIÓN

Se asignará como responsable al **jefe de servicio**, el cual será el encargado de mantener vigente la ficha única interna de vida útil de los equipos pertenecientes a su servicio y actualizada la carpeta del equipo.

5. RESPONSABLE DE SUPERVISIÓN

Se designará como responsable de supervisión del procedimiento al Jefe de Mantención Zonal.

6. DESCRIPCIÓN DE PROCESO

Registro

Se confeccionara una ficha técnica que contendrá la vida útil por cada equipo del hospital, en la cual detallará todas las especificaciones pertinentes, esta ira graficada en una carta Gantt desde la fecha de incorporación hasta el fin de su vida útil.

Esta ficha técnica también va a estar resumida en un código QR el cual se va encontrar en todos los equipos del hospital, para hacer más fácil y rápida la accesibilidad a la información del equipo incluyendo la información de la vida útil.

El responsable, deberá mantener actualizada la ficha y la carpeta a medida que los meses transcurren, para tener el conocimiento suficiente del plazo de la vida útil del equipo. Además deberá dar aviso

a la Dirección Médica, cuando quede un (1) año para el término de su vida útil, para efectos de solicitar la reposición correspondiente.

Esta ficha se mantendrá archivada en una carpeta en la oficina de Mantención y Servicios la cual contendrá una bolsa plástica transparente por cada equipo

Cada vez que se compre un equipo médico, el responsable deberá crear la carpeta con las fichas que la normativa requiera, recopilando la información entregada por el proveedor y archivándola en la carpeta mencionada. También se realizara el QR correspondiente para el equipo con la información correspondiente.

Criterios para considerar un equipo obsoleto:

El determinar la vida útil de equipos no es una tarea trivial, ya que en la mayoría de los casos ni los mismos fabricantes detallan explícitamente la vida proyectada para el equipo. El método Delphi es utilizado en investigaciones donde no se cuenta con datos o registros reales del tema de interés. A través de esta técnica se trata de lograr una cuantificación de parámetros en situaciones donde no hay disponibilidad de datos confiables. Por medio de este método y teniendo presente: el área en donde presta servicios el equipo, la complejidad del servicio y competencias de los usuarios.

a) Se considerará como norma general una vida útil de 10 años para todos los equipos relevantes, a menos que el fabricante especifique un periodo distinto, el cual deberá quedar registrado en la ficha del mismo. La tabla entrega valores de vida útil para

equipos críticos que están sometidos a un programa de mantención preventiva.

EQUIPO	VIDA UTIL
Equipos de Anestesia	10 años
Monitores hemodinámicos	10 años
Desfibriladores	10 años
Ventiladores Mecánicos	10 años

b) Si dentro de la vida útil del equipo no se encuentran disponibles los repuestos y/o accesorios, debido a discontinuidad o inexistencia del mismo, se considerara "como equipo obsoleto". Esto generará la primera condición para considerar un equipo obsoleto, lo mismo ocurrirá si el oferente a cargo de la mantención nos indica que el equipo presenta una "falla no reparable".

c) Si la mantención reparativa del equipo averiado supera el 50% del valor actual del equipo, se considerará como equipo obsoleto. Este criterio sólo será aplicable para los equipos que no se encuentren con garantía vigente.

Actualmente se entregará a la Dirección Médica un informe de todos los equipos, especificando vida útil, mantenciones y reparaciones realizadas con sus respectivos requerimientos y/u observaciones.

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Báez V. Sebastián Báez R.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

7. MODIFICACIONES

Corrección N°	Fecha	Descripción de la modificación	Publicado en	N° de documento
1				
2				

8. ANEXOS

Anexo 1: Carta Gantt de vida útil del equipo.

CARTA GANTT DE VIDA ÚTIL DE EQUIPO

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC

**Marcar con una cruz los años y meses transcurridos de vida útil del equipo.*
**Actualmente mensualmente.*

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Báez V. Sebastián Báez R.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

Figuras (38 y 39): a la derecha ejemplo de implementación de codificación QR para mejorar el control de nuestros equipos dentro del hospital, donde se guarda la información relevante del equipo (Servicio donde se encuentra, Equipo, Modelo, N° de Serie, Año de instalación, N° de inventario), abajo del código QR se puede apreciar el adhesivo que deja la empresa INTEGRAL SERVICE donde aparece la última intervención que se le realizo al equipo.

3. PROTOCOLO PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPAMIENTO DE APOYO (CODIGO EQ 2.2).

Umbral cumplimiento > 50%

Elementos medibles de Pauta de Cotejo:

Se describe en un documento el programa de mantenimiento preventivo del equipamiento de apoyo que incorpora al menos:

- Autoclaves
- Campana de flujo laminar
- Equipos de laboratorio:
    - Contadores hematológicos.
    - Equipos para determinación de electrolitos y gases.
    - Analizadores automatizados de Química Clínica.
    - Equipos automatizados para microbiología, hormonas e inmunología.
    - Microscopio de fluorescencia.
    - Lectores de ELISA.
- Refrigeradores y congeladores para sangre y hemoderivados.
- Equipos de diálisis y tratamiento de agua.
- Equipos de imagenología.
- Equipos de radioterapia.

Existe constancia que se ha ejecutado el mantenimiento preventivo según programa, en los equipos mencionados.

El trabajo realizado para satisfacer requirimientos de la Pauta de Cotejo:

- Este protocolo en su esencia es igual al de Programa de Mantenimiento Preventivo de equipamiento relevante o crítico, solamente el tipo de equipamiento es distinto: Refrigeradores para sangre y hemoderivados, Autoclaves y equipos de imagenología. Con estos equipos no se pudo realizar un convenio general para todos estos equipos ya que son muy distintos uno del otro y el mantenimiento tiene que ser realizado por una empresa especializadas en el tema.

- En el control y realización del mantenimiento de las empresas no se encontraron problemas ya que son pocos los equipos a mantener. Al igual que con los equipos relevantes se realizo un inventario y se crearon fichas técnicas para estos equipos.

- En el proceso de inventario tambien se ocupo el proceso de identificación QR en estos equipos.

PROTOCOLO PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPAMIENTO DE APOYO (CODIGO EQ 2.2).

ist especialistas en prevención	HOSPITAL CLINICO IST	Código	MED DOC
		Característica	EQ 2.2
		Edición	02
		Página	1 de 10
		Vigencia	01/12/2019
PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL EQUIPAMIENTO UNIDADES DE APOYO			

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL EQUIPAMIENTO Unidades de Apoyo

INSTITUTO DE SEGURIDAD DEL TRABAJO

ISO 9001:2008
ISO 14001:2004
OHSAS 18001:2007
Estándares Generales para los Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y Abierta

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez Sebastián Baez.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

1. OBJETIVOS

El objetivo de este procedimiento es mantener los equipos de apoyo relacionados con el proceso médico-curativo operativos y en óptimas condiciones para su uso.

2. ALCANCE

Este procedimiento se aplica a todos los equipos de unidades de apoyo del Hospital, de acuerdo a la definición de la pauta de cotejo de la Superintendencia de Salud:

- Autoclaves.
- Lectores de Elisa.
- Refrigeradores para sangre y hemoderivados.
- Congeladores para sangre y hemoderivados.
- Equipos de imagenología.

3. RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN

Se designa como responsable de ejecución del procedimiento de mantención preventiva de los equipos de apoyo al Jefe de Mantención y Servicios, el cual velará por el oportuno cumplimiento del programa de mantención.

Elaborado por José Baez Sebastián Baez.	Revisado por Tamara Orellana Villafañe	Aprobado por Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

4. RESPONSABLES DE LA SUPERVISIÓN

El jefe de mantención y servicios, supervisa y controla el cumplimiento del programa de mantención preventivo del equipamiento de apoyo del establecimiento.

La supervisión del cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo del equipamiento de apoyo, será responsabilidad del supervisor o jefe de cada servicio clínico o de apoyo, según donde se encuentre el equipamiento.

5. DEFINICIONES

A.-Mantención Preventiva

Se efectuará mantención a los equipos de apoyo en forma programada y periódica, según las características de cada equipo.

B.-Mantención Correctiva

Se efectuarán a los equipos que presenten fallas o deterioro de acuerdo a las necesidades y características de cada uno y se llevará un registro de éstas.

C.- Equipos de Apoyo:

Son aquellos cuyo deterioro pueden afectar el producto a utilizar en acciones sanitarias para los pacientes, entre éstos equipos se encuentran:

- Autoclaves.
- Lectores de Elisa.
- Refrigeradores para sangre y hemoderivados.
- Congeladores para sangre y hemoderivados.
- Equipos de imagenología.

6. DESARROLLO

PROGRAMA DE MANTENCIÓN PREVENTIVA

1. El programa de mantenimiento preventivo del equipamiento de apoyo se realizará de forma semestral.
2. Cada uno de los equipos del Hospital cuenta con un registro de mantención preventiva y correctiva, donde se lleva constancia de las mantenciones preventivas y correctivas realizadas por las empresas externas.
3. El registro de las mantenciones preventivas del equipamiento de apoyo se realizara en el **documento registro de mantenciones preventivas y correctivas**. El informe de la mantención preventiva registrada por la empresa externa, deberá estar firmada o timbrada por personal del área de mantención y servicios del establecimiento.
4. Los equipos nuevos que estén dentro de sus años de garantía, también se les realizará una mantención preventiva de acuerdo a sus características, siguiendo el criterio de mantención semestral.
5. Se dejara constancia del cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo del equipamiento de apoyo del año respectivo, a través de un informe anual, este será derivado a dirección médica.
6. Semestralmente se revisara y actualizara el programa de mantenimiento preventivo de los equipos de apoyo, dejando constancia de ello en informe anual del área de mantención y servicios.

7. Si se adquiere un equipo dentro del año programado se agregará a la dotación y se programa mantención a los 6 meses de adquirido, se actualiza el programa de mantenimiento de apoyo y se difunde al servicio correspondiente.

CRITERIOS DE MANTENCIÓN PREVENTIVA

Para el desarrollo adecuado del programa de mantención preventiva de equipos de apoyo, se definen criterios mínimos de revisión a realizar por las empresas externas, los cuales dependerán del tipo de equipo a evaluar:

Dichos criterios a evaluar en los equipos de apoyo son:

Autoclave

- Realización de la Pauta de Mantenimiento Preventivo de Autoclave de empresa ECM INGENIERIA S.A.

Refrigeradores y Congeladores de Hemoderivados

- Realización de la Pauta de Mantención de la empresa SERMETER LTDA.

Equipos de imagenología.

- Realización de informe de servicio soporte técnico empresa PHILIPS (Libro de Vida).

7. INDICADOR

Nombre del indicador	% Cumplimiento del programa de mantención preventivo de Equipos de apoyo.
Fórmula	Número de mantenciones preventivas de equipos de unidades de apoyo realizadas/ Número de mantenciones preventivas de equipos de unidades de apoyo programadas *100
Población	Equipos de unidades de apoyo del Hospital
Tipo	Resultado
Umbral	100%
Fuente de datos	Registros de mantenciones preventivas
Responsables	Jefe de Mantención
Periodicidad	Semestral

8. DISTRIBUCIÓN

- Dirección Médica
- Rayos X
- Esterilización
- Banco de Sangre
- Pabellón

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez Sebastián Baez.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

9. MODIFICACIONES

Corrección N°	Fecha	Descripción de la modificación	Publicado en	N° de documento
1	01/07/2015	Se modifica el desarrollo del protocolo	01/08/2015	02
2				

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez Sebastián Baez.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

	HOSPITAL CLINICO IST	Código	MED DOC
especialistas en prevención		Característica	EQ 2.2
		Edición	02
		Página	9 de 10
		Vigencia	01/12/2019

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DEL EQUIPAMIENTO UNIDADES DE APOYO

ANEXOS.

Anexo 1: Planilla Gantt anual

	GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	Código	DOC ADM 010
especialistas en prevención		Característica	EQ 2.1
	LISTADO DE EQUIPOS SUJETOS A MANTENCIÓN PREVENTIVA Y CALIBRACIÓN	Fecha	01/02/14
		Edición	1
		Página	1 de 1
		Vigencia	01/02/15

NOMBRE ESTABLECIMIENTO IST HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR **AÑO** 2015 **RESPONSABLE DE MANTENCIÓN**

NOMBRE DEL EQUIPO	USUARIO	MARCA	PATENTE	MODELO	SERIE	N° DE INVENTARIO	VIDA ÚTIL ESTIMADA	FRECUENCIA DE MANTENCIÓN	MES PROGRAMADO PARA MANTENCIÓN	PROVEEDOR	FRECUENCIA DE CALIBRACIÓN	MES PROGRAMADO PARA CALIBRACIÓN	PROVEEDOR
Congelador Vertical	Bco. Sangre	Revco	-	Value-86 ult	X1612-234780-X2L	10		Semestral	MAR-SEP	SERMETER	-	-	-
Congelador Vertical	Bco. Sangre	Revco	-	Elite-86 ult	V-1681-2353284R	11		Semestral	MAR-SEP	SERMETER	-	-	-
Refrigerador	Bco. Sangre	Revco	-	KE-REB1204V	1155332016906111	15		Semestral	MAR-SEP	SERMETER	-	-	-
Refrigerador	Bco. Sangre	Angelantoni	-	MINI 72 CISA	20650/56	16		Semestral	MAR-SEP	SERMETER	-	-	-
Arco C (Intensificador de imagen)	Pabellón	Philips	-	BV Endura	996	2		Semestral	MAY-NOV	PHILIPS	-	-	-
Arco C (Intensificador de imagen)	Pabellón	Philips	-	BV Endura	336	3		Semestral	MAY-NOV	PHILIPS	-	-	-
Equipo Rayos X	Rayos X	Philips	-	Bucky	80808	2		Semestral	MAR-SEP	PHILIPS	-	-	-
Equipo Rayos X	Rayos X	Philips	-	Bucky	9000/80	3		Semestral	ENE-JUL	PHILIPS	-	-	-
Equipo Rayos X Portátil	Rayos X	Shimadzu	-	Mur 100H Nivolo Ar Plus Lumina	016D21560B	4		Semestral	MAY-NOV	GOTA INGENERIA	-	-	-
Autoclave	Esterilización	Getinge	-	HS 6610-ER1	2592160-010-01	2		Semestral	MAR-SEP	ECM	-	-	-
Autoclave	Esterilización	Getinge	-	HS 6610-ER-1	2523855-010-01	3		Semestral	FEB-AGO	ECM	-	-	-

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez Sebastián Baez.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

Anexo 2: Registro de Mantención Preventivas y Correctivas.

N°

ist especialistas en prevención

REGISTRO DE MANTENCIÓN PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS

				SERVICIO	
EQUIPO				MODELO	
MARCA				PROVEEDOR	
Nº DE SERIE				CONDICIÓN	
AÑO FABR.		AÑO INST.		VIDA ÚTIL	
MANTENCIÓN				EMPRESA	
CALIBRACIÓN				EMPRESA CALIB.	

DESCRIPCIÓN

MANTENCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS

FECHA	MANT.	OBSERVACIÓN	Nº IT.	OP/NOP

Elaborado por José Baez Sebastián Baez.	Revisado por Tamara Orellana Villafañe	Aprobado por Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

Figuras (40 y 41): a la izquierda ejemplo el equipo de Autoclave ocupado en el servicio de esterilización y a la derecha un refrigerador de hemoderivados ocupado en el servicio de Banco de Sangre.

Figuras (42 y 43): a la izquierda un ejemplo de equipo de Rayos X y a la derecha un equipo de Rayos X portatil.

4. PROTOCOLO DEL PLAN DE PREVENCION DE INCENDIOS (CODIGO INS 1.1).

Umbral cumplimiento > 80%

Elementos medibles de la Pauta de cotejo:

Se ha designado un responsable institucional del plan prevención de incendios (ANEXO 2).

Se documenta un plan institucional de prevención de incendios.

Existe un informe de evaluación del riesgo de incendio, elaborado por bomberos (quinquenal).

Existe un análisis de los resultados del informe de la evaluación y decisiones adoptadas al respecto.

Se constata:

- Recarga vigente de extintores.
- Redes secas y húmedas accesibles.
- Cumplimiento de mantenimiento de red seca, red húmeda y sistemas automatizados. de mitigación de incendios (en caso de disponerse de estos dos últimos).

A continuación el trabajo realizado para satifacer la Pauta de cotejo:

- Este protocolo es de carácter obligatorio al igual que el de “mantenimiento preventivo del equipamiento relevante”, si su porcentaje no es sobre su umbral la acreditación Hospitalaria falla.

- En este protocolo se realizo en conjunto del prevencionista, la cual realizo un levantamiento de los posibles focos de incendio realizando el metodo MESERI, por lo que se encontraron sectores con alta posibilidad de incendios.

- Este protocolo exige una visita quinquenal de un prevencionista de bomberos que realiza un informe con los posibles riesgos de incendio en el establecimiento, lo cual el departamento de mantencion tiene que realizar un analisis y levantar la mayor cantidad de disconformidades encontradas por bomberos.

- Para poder satisfacer tanto el informe de bomberos como el MESERI, el Departamento de Mantención y Servicios, levanto un sin numero de disconformidades encontradas por bomberos como también la compra de alrededor de 30 extintores portátiles ya sea de CO2 o polvo químico, colocandolos donde haya señalado tanto bomberos como el MESERI.

- Se empezó a realizar una mantencion preventiva anual a la Red Humeda del Hospital ya que anteriormente no se realizaba, lo exige así el protocolo (pauta de cotejo). Creando check list de mantención preventiva de Red Humeda, cualquier disconformidad encontrada se corrige a la brevedad.

- Se realizó un programa de mantenimiento preventivo del total de extintores portátiles del Hospital, el cual tiene que ser revisado mensualmente por el Supervisor de Mantención, quien se pone en contacto con la empresa que realiza la mantención preventiva.

PROTOCOLO DEL PLAN DE PREVENCION DE INCENDIOS (CODIGO INS 1.1).

ist especialistas en prevención	HOSPITAL CLÍNICO IST	Característica	INS 1.1
		Código	MED DOC 50.60
		Edición	001
		Página	Página 1 de 7
		Vigencia	01/04/2020
PLAN DE PREVENCIÓN DE INCENDIOS HOSPITAL CLÍNICO IST VIÑA DEL MAR			

PLAN PREVENCIÓN DE INCENDIOS

HOSPITAL CLÍNICO IST VIÑA DEL MAR

ISO 9001:2008
ISO 14001:2004
OHSAS 18001:2007
Estándares Generales para los Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y Abierta

Emitido por	Revisado por	Aprobado por
Yanira Naranjo Vergara	José Báez Vivanco Sebastián Báez Rodríguez	Victor Nicovani Hermosilla
Experto en Prevención de Riesgos	Jefe de Mantención	Director Médico
Fecha: 01/03/2015	Fecha: 15/03/2015	Fecha: 01/04/2015

1. OBJETIVO

Establecer directrices que permitan realizar acciones preventivas sistemáticas que tendientes a controlar el riesgo de incendio al interior del establecimiento.

2. ALCANCE

El alcance del presente plan considera las acciones que deben llevarse a cabo al interior del Hospital Clínico IST de Viña del Mar con el objeto de prevenir la ocurrencia de un amago de incendio, la propagación del mismo o de una explosión.

3. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- Norma OHSAS 18.001
- Estándares Generales para los Prestadores Institucionales de Atención Cerradas y Abierta
- D.S. N°594 "Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo"
- D.S. N°369 "Reglamenta Normas sobre Extintores Portátiles"
- PER DOC 10 "Procedimiento para el Desarrollo de un Plan de Emergencias"
- Método MESERI

4. DEFINICIONES

4.1. Emergencia: Situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata, tales como incendios, derrames, fugas y sismos, entre otros. Las emergencias corresponden a un tipo particular de incidentes.

4.2. Procedimiento de Respuesta ante Emergencia: Documento que detalla la secuencia de acciones para responder frente a una emergencia con el objetivo de minimizar el impacto / efecto de ésta.

4.3. Evacuación: Es la acción de desalojar ordenadamente, un lugar o recinto donde se ha declarado una emergencia, para evitar algún daño a las personas que lo ocupan.

4.4. Evacuación Total: Considera el completo desalojo del recinto.

4.5. Evacuación Parcial: Considera el desalojo de un sector específico del recinto.

4.6. Vía de evacuación: Camino expedito, continuo y seguro que desde cualquier punto habitable de una edificación conduzca a un lugar seguro.

4.7. Zona de seguridad: Lugar de refugio temporal, de modo que ofrezca un grado de seguridad a las personas comprometidas ante una emergencia.

4.8. Escalera: Parte de la vía de evacuación de un edificio, compuesta por peldaños o escalones horizontales, colocados a intervalos verticales iguales y que permiten conectar pisos diferentes.

4.9. Amago de incendio: Fuego incipiente, que puede ser atacado con los elementos de extinción que se tienen a la mano.

4.10. Incendio: Fuego de grandes proporciones que provoca daño a las personas y a las instalaciones.

4.11. Explosión: Violenta reacción química que produce una rápida liberación de energía, que genera gases y altas temperaturas.

4.12. Sismo: Movimiento telúrico de diversa intensidad, ocasionado por una liberación de energía debido al movimiento de las placas tectónicas.

4.13. Amenaza: Factor externo de riesgo, representado por la potencial ocurrencia de un suceso de origen natural o generado por la actividad humana, que puede manifestarse en un lugar específico, con una intensidad y duración determinadas.

4.14. Vulnerabilidad: Factor interno de riesgo de un sujeto, objeto o sistema expuesto a una amenaza, que corresponde a su disposición intrínseca a ser dañado.

4.15. Comité Operativo de Emergencia (COE): Comité conformado por trabajadores que cumplirán, de manera voluntaria y de acuerdo a su grado de responsabilidad, funciones en las etapas de identificación, planificación y actuación en caso de emergencia.

5. RESPONSABILIDADES

Las responsabilidades asociadas al plan de prevención de incendios del Hospital Clínico IST de Viña del Mar, son las siguientes:

a) Director Médico

- Solicitar los recursos que sean necesarios para la implementación, mejoramiento y funcionamiento del Plan de Prevención de Incendios.
- Velar por el debido cumplimiento de las acciones preventivas contenidas en el presente plan.
- Evaluar anualmente el cumplimiento de los programas de mantención preventiva de las instalaciones del establecimiento.
- Fomentar y promover el desarrollo de simulaciones y/o simulacros al interior del recinto.
- Velar por el funcionamiento del Comité Operativo de Emergencia (COE)

b) Jefe de Mantención

- Diseñar, ejecutar y evaluar un programa anual de mantención preventiva de las instalaciones del Hospital.
- Autorizar y supervisar el desarrollo de trabajos que impliquen llamas abiertas o proyección de partículas, bajo cumplimiento de condiciones de seguridad.
- Desarrollar los protocolos de actuación en caso de emergencia que consideren el corte de suministros de agua potable y electricidad.
- Informar a la Dirección Médica, toda situación que pueda provocar un fallo en los sistemas de protección contra incendios o que vulnere las condiciones de seguridad del recinto.

c) Jefaturas, Encargados, Subgerentes, Enfermeras, Enfermera Jefe

- Informar al Jefe de Mantención acerca de cualquier anomalía que represente riesgo de incendio, tales como instalaciones eléctricas deterioradas, fugas de gas u otros aspectos relevantes.
- Inscribir y otorgar las facilidades para que el personal bajo su cargo participe en las actividades de capacitación y entrenamiento programadas.

d) Comité Operativo de Emergencia (COE)

- Diseñar un plan de trabajo anual que considere la realización de simulacros y/o simulaciones
- Contribuir en la realización de entrenamientos y capacitaciones atingentes a la prevención de incendios y respuesta ante emergencias.
- Conocer el programa de mantención preventiva relacionada con las instalaciones del hospital.

e) Experto en Prevención de Riesgos Gerencia de Personas

- Elaborar y revisar anualmente los Planes de Prevención de Incendios.
- Proponer acciones de mejora que propendan a incrementar los niveles de seguridad del recinto.
- Gestionar la realización de cursos de adiestramiento al personal.

f) Comité Paritario:

- Comunicar al Jefe de Mantención acerca de cualquier anomalía que represente riesgo de incendio, tales como instalaciones eléctricas deterioradas, fugas de gas u otros aspectos relevantes.
- Observar el correcto acatamiento de la prohibición de fumar en las instalaciones del recinto, con excepción del sector habilitado para ello.
- Informar a la Dirección Médica cada vez que se detecte o reciba denuncia respecto del consumo de tabaco en lugares no habilitados.

g) Personal en General

- Respetar la prohibición de fumar existente al interior del recinto.
- No sobrecargar enchufes.
- Participar de las actividades de difusión y entrenamiento relacionadas.
- Informar a su jefatura directa respecto de cualquier anomalía que represente riesgo de incendio, tales como instalaciones eléctricas deterioradas, fugas de gas u otros aspectos relevantes.

6. PLAN DE PREVENCIÓN DE INCENDIOS

Atendiendo los resultados de la evaluación de riesgo de incendio obtenida mediante la aplicación del método MESERI (Anexo N°1), considerando los sistemas de control de incendio dispuestos en las instalaciones y las estadísticas de causas comunes de incendios, se precisa la ejecución de las siguientes acciones:

6.1. Elaboración de un Programa de Mantención de equipos e instalaciones

Ejecuta: Jefe de Mantención

Descripción:
Se elaborará un programa anual de mantención preventiva, orientado a detectar los elementos y condiciones asociadas a los equipos y a las instalaciones, que podrían eventualmente originar un amago de incendio.

Las instalaciones y equipos que deben someterse a mantención preventiva son los siguientes:

- Instalaciones y equipos a gas natural (Certificación SEC al día)
- Calderas.
- Sistemas de aspiración y gases clínicos.
- Sistema de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes.
- Extintores, redes de incendios y señaléticas relacionadas.

Responsable: Director Médico

6.2. Permisos de Trabajo

Ejecuta: Jefe de Mantención

Descripción:
Cuando en las instalaciones del Hospital deban realizarse trabajos que impliquen el uso o generación de llamas abiertas, proyección de partículas incandescentes, chispas, altas temperaturas, uso de solventes o líquidos inflamables, se deberá planificar su ejecución y considerar todas las medidas preventivas tendientes a evitar la ignición de materiales o explosiones.

Los trabajos que requerirán de autorizaciones especiales serán los siguientes:

- Corte
- Soldadura
- Uso de líquidos o sustancias inflamables
- Uso de equipos con motores de combustión
- Trabajos en cámaras subterráneas

Los aspectos de seguridad a considerar para y durante la ejecución de este tipo de trabajos, contemplará lo siguiente:

- Corte y Soldadura: cuando se ejecuten trabajos que consideren corte y/o soldadura, previamente debe observarse las condiciones ambientales del lugar y los elementos que podrían activarse en contacto con una partícula incandescente.
  Debe disponerse de a lo menos 1 extintor de PQS y el apantallamiento del sector.

- Uso de líquidos o sustancias inflamables: cuando para la ejecución de un trabajo, se precise el uso de líquidos o sustancias inflamables, se trabajará en ambientes ventilados y, cuando sea posible, sin suministro eléctrico.
  Debe considerarse la disposición de 1 equipo extintor PQS en el lugar.

- Trabajos en Cámaras Subterráneas: este tipo de trabajo debe planificarse y considerar la ventilación de la cámara por lo menos 2 horas antes de que ingrese el o los trabajadores, asegurándose así que la posible acumulación de gases se disipe. No debe introducirse en ella ningún tipo de equipo o maquinaria a combustión.

- Uso de equipos con motor a combustión interna: el uso de equipos o maquinarias que cuenten con sistema de combustión interna al interior de las instalaciones, debe realizarse con supervisión permanente y con una puesta en marcha previa al aire libre, asegurando de esta forma que el equipo funciona correctamente. Su uso debe realizarse en recintos ventilados.

En cualquiera de los casos anteriores, o cualquier situación donde exista desconocimiento o dudas respecto de las condiciones de seguridad a tener en cuenta, el responsable podrá solicitar la asesoría del experto en prevención de la Gerencia de Personas o en su defecto al experto en prevención asignado por el IST al Hospital.

Responsable: Director Médico

6.3. Protocolos de Actuación en Caso de Emergencia

Ejecuta: Jefe de Mantención/Experto en Prevención/COE

Descripción:

El plan de actuación ante sismos debe considerar el corte de suministros de electricidad y gas natural, cuya realización recaerá en el personal encargado de la Central Térmica.

Esta medida apunta al control de posibles incendios o explosiones originadas en la generación de atmósferas combustibles producto de fugas de gases inflamables o comburentes.

Responsable: Director Médico

6.4. Capacitación al personal

Ejecuta: Experto en Prevención/COE/CPHS

Descripción:
Anualmente se realizarán capacitaciones en prevención de incendios y uso de extintores portátiles, las que se llevarán a cabo en las instalaciones del Hospital y convocarán al personal perteneciente a la totalidad de las áreas del recinto.

Responsable: Director Médico

7. VIGENCIA Y EVALUACIÓN

La aplicación del método Meseri será anual o cada vez que se introduzca alguna modificación en los procesos o mejora en los sistemas de protección contra incendios del recinto.

8. DISTRIBUCIÓN

- Director Médico
- Enfermera Jefe
- Jefe de Mantención
- Subgerente de Administración y Finanzas
- CPHS
- COE

9. MODIFICACIONES

Corrección N°	Fecha	Descripción de la modificación	Publicado en	N° de documento
1				
2				

Emitido por	Revisado por	Aprobado por
Yanira Naranjo Vergara	José Báez Vivanco Sebastián Báez Rodríguez	Victor Nicovani Hermosilla
Experto en Prevención de Riesgos	Jefe de Mantención	Director Médico
Fecha: 01/03/2015	Fecha: 15/03/2015	Fecha: 01/04/2015

CUERPO BOMBEROS VIÑA DEL MAR 1884

CERTIFICADO N° 135-V

Viña del Mar, 27 de Agosto de 2015

EL COMANDANTE del Cuerpo de Bomberos de Viña del Mar, que suscribe, certifica que con fecha 12 de Agosto de 2015, el DEPARTAMENTO DE PREVENCION Y SEGURIDAD CONTRA INCENDIOS de este Cuerpo de Bomberos, ha efectuado una Visita Inspectiva al **Hospital IST**, Propiedad de Instituto de Seguridad del trabajo, rut: 70.015.580-3, ubicado en Alvares n°662, Viña del Mar.

El presente Certificado se otorga bajo las siguientes condiciones:

a) Lo certificado es lo que corresponde al estado de la propiedad en el día en que se efectuó la visita, no existiendo ulterior responsabilidad del estado de los elementos inspeccionados.

b) El presente certificado quedará sin efecto transcurrido un año a partir de la fecha de revisión o en caso de cambios en cualquiera de los referentes indicados (giro, dueño, rut o dirección).

c) No se revisan las instalaciones eléctricas y de gas, las que deben cumplir con las normas vigentes, y que debe ser constatado por la Superintendencia de Electricidad y Combustible (S.E.C.).

d) No se revisa la resistencia al fuego de los materiales involucrados en la construcción o en las transformaciones efectuadas, los que deben cumplir con la Ordenanza General de Urbanismo y Construcción, y que debe ser constatado por profesionales que disponga la Dirección de Obras Municipales.

e) El presente documento no exime de la necesidad de contar con redes contra incendio cuando sea exigible, lo cual será criterio y responsabilidad de la empresa sanitara al momento de aprobar el proyecto sanitario.

Los siguientes aspectos se consideran necesarios para la seguridad de sus usuarios por lo que deben ser solucionados a la brevedad.

HOSPITAL

En general

- Efectuar una revisión de la totalidad de los tableros eléctricos, ya que se detecto que algunos no cuentan con su cubierta la cual dejaría solo los interruptores a la vista y evitando el posible contacto con terminales energizados además la algunos no cuentan con el detalle de los sectores que controla cada automático.

5 Oriente 222 - Fonos 322684328 - 322685194 - Fax 322688545 - Alarma de Incendio 132 - Viña del Mar

www.bomberosvinadelmar.cl

Figura (44): Informe quinquenal de bomberos realizado el 2015.

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO A INSTALACIONES HOSPITAL CLÍNICO IST VIÑA DEL MAR

2015

SERVICIOS	SITUACIÓN DETECTADA	MEDIDA CORRECTIVA	RESPONSABLES	PLAZO DE EJECUCIÓN	PRIORIDAD
HOSPITAL	Tableros eléctricos sin cubierta	Instalar tablero completo	Mantención	01/09/2016	
	Tableros eléctricos falta identificación de sector	Identificar sectores energizados en tablero	Mantención	01/09/2016	
	Revisión y verificación de lamparas emergencia	Mantención anual lamparas de emergencia	Mantención	30/10/2015	
	Revisar anillo que guía la dirección de las redes	Revisar y chequear anillo que guía la dirección de las redes	Mantención	30/10/2015	
	Falta instalación de red seca	Instalar red seca a hospital	Mantención / Gerencia Administración y Finanzas.		
5° PISO	Red húmeda no cubre hasta el punto mas lejano del piso	Instalar manguera de 40 mts	Mantención		
	Corregir ubicación del anillo que guía la manguera	Reubicar pitón de manguera	Mantención	22/09/2015	
	Revisar llave de paso de manguera	Instalar manguera de 40 mts	Mantención		
	En laboratorio clínico existe salida de gas fuera de uso.	Sellar salida de gas	Mantención	30/10/2015	
	Tubería de gas sin identificación de color	Cintar de color amarillo tubería de gas que va hacia los	Mantención / Laboratorio Clínico	30/10/2015	
	Manguera de goma del mechero deteriorada	Cambiar manguera	Mantención / Laboratorio Clínico	30/10/2015	
	Lampara de emergencia	Instalar lampara de emergencia	Mantención / Laboratorio	30/10/2015	

Figura (45): Analisis de informe quinquenal de bomberos, se definen fechas a realizar observaciones realizadas.

EXTINTORES HOSPITAL VIÑA DEL MAR

especialistas en prevención

N°	UBICACIÓN	FECHA ÚLTIMA MANTENCIÓN	PERIODI CADA X DÍA	TIPO	FECHA PRÓXIMA MANTENCIÓN	HOY 17/11/2015
1	Afuera del Taller eléctrico	01/04/2015	365	INTERNA	31/03/2016	-135
2	Pasillo subterraneo frente a roperia usada	01/01/2015	365	INTERNA	01/01/2016	-45
3	Scanner	01/08/2015	365	INTERNA	31/07/2016	-257
4	Scanner	01/08/2015	365	INTERNA	31/07/2016	-257
5	Scanner	01/08/2015	365	INTERNA	31/07/2016	-257
6	Kinesiología	01/04/2015	365	INTERNA	31/03/2016	-135
7	Cocina Subterraneo	01/05/2015	365	INTERNA	30/04/2016	-165
8	Economato	01/01/2015	365	INTERNA	01/01/2016	-45
9	Terapia Ocupacional	01/04/2015	365	INTERNA	31/03/2016	-135
10	Terapia Ocupacional	01/01/2015	365	INTERNA	01/01/2016	-45
11	Bodega	01/01/2015	365	INTERNA	01/01/2016	-45
12	Sala 402	01/04/2015	365	INTERNA	31/03/2016	-135
13	Bodega	01/01/2015	365	INTERNA	01/01/2016	-45
14	Bodega	01/01/2015	365	INTERNA	01/01/2016	-45
15	Bodega	01/01/2015	365	INTERNA	01/01/2016	-45
16	Bodega	01/01/2015	365	INTERNA	01/01/2016	-45
17	Kinesiología	01/04/2015	365	INTERNA	31/03/2016	-135
18	Prestaciones y Cotizaciones	01/04/2015	365	INTERNA	31/03/2016	-135
19	Porteria Alvares	01/01/2015	365	INTERNA	01/01/2016	-45
20	Porteria Errazuriz	01/04/2015	365	INTERNA	31/03/2016	-135
21	Consultas Medicas	01/08/2015	365	INTERNA	31/07/2016	-257

Figura (46): Programa de mantenimiento de Extintores portatiles.

5. PROTOCOLO DE PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LAS INSTALACIONES (CODIGO INS 3.1)

Umbral cumplimiento 100%

Elementos medibles de Pauta de Cotejo:

Se ha designado un responsable institucional del mantenimiento preventivo de las instalaciones (ANEXO 2).

Se documenta un programa de mantenimiento preventivo que incluye al menos:

- Ascensores.
- Calderas.
- Sistema de aspiración y gases clínicos.
- Techumbre.
- Sistemas de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes.

Se constata ejecución de programa de mantenimiento preventivo.

El trabajo realizado para satisfacer la Pauta de Cotejo:

- Este programa abarca las instalaciones como Calderas, Techumbres, Sistemas de gases y aspiración, Ascensores, Sistemas de climatización de unidades clínicas. Por lo que se creó un programa de mantenimiento preventivo para todas las instalaciones anteriormente menciondas.

- En el caso de la techumbre la mantencion preventiva es realizada por personal de Mantención del Hospital, con un check list el cual tienen que ir verificando las condiciones del techo según este. Con las otras instalaciones la mantención es con empresas externas especializadas en la instalación que corresponde.

- Este protocolo va de la mano con el protocolo de plan de prevención de incendios, con la matención de instalaciones de gas natural en las Calderas que están con sus certificaciones SEC al día.

PROTOCOLO DE PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LAS INSTALACIONES (CODIGO INS 3.1)

ist especialistas en prevención	HOSPITAL CLINICO IST	Código	INS 3.1
		Edición	
		Fecha	01-01-2014
		Página	
		Vigencia	01-01-2019
PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LAS INSTALACIONES			

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LAS INSTALACIONES

INSTITUTO DE SEGURIDAD DEL TRABAJO

ISO 9001:2008
ISO 14001:2004
OHSAS 18001:2007
Estándares Generales para los Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y Abierta

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez Sebastián Baez.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

CONTENIDOS

I. Objetivo.....3

II. Alcance.....3

III. Definiciones.....3

IV. Responsable de la aplicación.....4

V. Responsable de la supervisión.....4

VI. Descripción del proceso.....4

Procedimiento para revisión de cumplimiento del programa de mantención preventiva.....6

Procedimiento para revisión y actualización del procedimiento.....7

VII. Anexos.....8

ist especialistas en prevención	HOSPITAL CLINICO IST	Código	INS 3.1
		Edición	
		Fecha	01-01-2014
		Página	
		Vigencia	01-01-2019

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LAS INSTALACIONES

I. OBJETIVO

El objetivo de este programa es prolongar la vida útil de las instalaciones, asegurando el óptimo funcionamiento del hospital. A través, de procesos de mantención preventiva y correctiva, detectando oportunamente los requerimientos de mantención.

II. ALCANCE

Este procedimiento debe ser aplicado por la Unidad de Mantención y unidades especializadas, en coordinación con los servicios médicos. Considerando el correcto uso de las instalaciones y la evaluación de los requerimientos.

Instalaciones a considerar:

a. Ascensores.
b. Calderas.
c. Techumbres
d. Sistema de aspiración y gases clínicos.
e. Sistema de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes.

III. DEFINICIONES

Instalaciones: Son todas aquellas unidades que son necesarias para el buen funcionamiento del hospital.

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez Sebastián Baez.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

IV. RESPONSABILIDAD DE EJECUCIÓN

El responsable de la ejecución es el equipo de funcionarios del departamento de mantención y servicios.

V. RESPONSABLE DE SUPERVISIÓN

Se designará como responsable de supervisión del procedimiento al Jefe de Mantención.

VI. DESCRIPCIÓN DE PROCESO

Se generará un programa de mantención preventiva de las instalaciones para prevenir la ocurrencia de fallas y probable eventos.

Se asignará a cada instalación un responsable de efectuar el mantenimiento en la fecha que corresponda, para el caso de que el mantenimiento sea ejecutado con medios propios, o el responsable de la supervisión y recepción de trabajos ejecutados por personal externo de las empresas con las cuales se tenga contrato o convenio de mantención.

Se emitirá para cada instalación intervenida un informe técnico o un check list, ya sea se trate de una mantención preventiva o correctiva. Junto con esto generar las instancias administrativas y de control, para un seguimiento y minimizar el tiempo en que las instalaciones no estén disponibles.

Mantención Preventiva: Se efectuará mantención a las instalaciones en forma programada, según sean sus características, estas mantenciones serán controladas mediante hoja de vida de las instalaciones. El responsable de las mantenciones preventivas será el departamento de mantención y servicios.

Mantención Correctiva: Es aquella que corrige los defectos observados en las instalaciones, es la forma más básica de mantenimiento y consiste en localizar averías o defectos y corregirlos o repararlos. Esta mantención será en primer lugar realizada por los trabajadores del departamento, y en segundo lugar si este trabajo fuese de mayor complejidad se realizará por la empresa externa correspondiente a la instalación.

Listado de instalaciones y su criterio de criticidad.

Instalaciones	Criticidad
Gases Clínicos	Máxima
Calderas	Alta
Climatización	Alta
Ascensores	Alta
Techumbres	Media
Sistema de bombeo	Media

- **Instalaciones definidas como criticidad máxima:** Son todas aquellas instalaciones, que constituyen soporte vital del paciente.

- **Instalaciones Definidas Como Criticidad Alta:** Son todas aquellas instalaciones o componentes, que son únicos, pero no se consideran soporte vital del paciente.
- **Instalaciones definidas como criticidad media:** Son todas aquellas instalaciones o componentes que perjudican el cumplimiento de metas de salud.

PROCEDIMIENTO PARA REVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE MANTENCIÓN PREVENTIVA

Como departamento de mantención debemos controlar las mantenciones realizadas por prestadores externos y que se cumplan dentro del plazo definido. Luego de realizada la mantención por la empresa o persona que corresponda deberá entregar un informe técnico o un detalle de lo que se realizó en la visita, para llevar registro de las mantenciones realizadas en la hoja de vida de la instalación o equipo (ascensores, calderas, gases clínicos y climatización).

Se dejara constancia del cumplimiento del mantenimiento preventivo de las instalaciones, este será al departamento de mantención.

PROCEDIMIENTO PARA REVISION Y ACTUALIZACION DEL PROCEDIMIENTO:

Este procedimiento se revisará anualmente por el Jefe de Mantención, para realizar correcciones y/o modificaciones. No obstante, si en la aplicación del manual se detecta un vacío relevante, se incluirá con la aprobación del Jefe de Mantención y Dirección Médica.

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez Sebastián Baez.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

Este documento tiene una vigencia de 5 años, sin embargo en el anexo pertinente al programa de mantención se actualizara anualmente.

VII.- MODIFICACION:

CORRECCIÓN N°	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICICACIÓN	PUBLICADO EN	N° DOCTO.

VIII.-DISTRIBUCIÓN:

- Servicios: Hospitalización, Rayos X, Recuperación, Policlínicos, Esterilización, Farmacia, Banco de Sangre, UCI, Terapia Ocupacional.

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez Sebastián Baez.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

ANEXO 1

PROGRAMA DE MANTENCIÓN PREVENTIVA DE LAS INSTALACIONES

ASCENSORES

SERVICIO	EQUIPO	FRECUENCIA MANTENCIÓN	TIPO MANTENCIÓN	RESPONSABLE MANTENCIÓN	MARCA	MODELO	SERIE	F.INST	VIDA ÚTIL
Mantención	Ascensor N°1	Mensual	Prevent/Correct	Fabrimetal S.A.	KONE	Monospace		2008	50 años
Mantención	Ascensor N°2	Mensual	Prevent/Correct	Fabrimental S.A.	KONE	Monospace		2008	50 años
Mantención	Ascensor N°3	Mensual	Prevent/Correct	Ascensores Schindler	Schindler			1980	50 años

CALDERAS

SERVICIO	EQUIPO	FRECUENCIA MANTENCIÓN	TIPO MANTENCIÓN	RESPONSABLE MANTENCIÓN	MARCA	MODELO	SERIE	F.INST	VIDA ÚTIL
Mantención	Caldera N°1	Anual	Prevent/Correct	Gas Valpo	Ingeterm	Horizontal Igneotubular	CAC 01-09	2009	30 años
Mantención	Caldera N°2	Anual	Prevent/Correct	Gas Valpo	Ingeterm	Horizontal Igneotubular	CAC 02-09	2009	30 años

TECHUMBRE

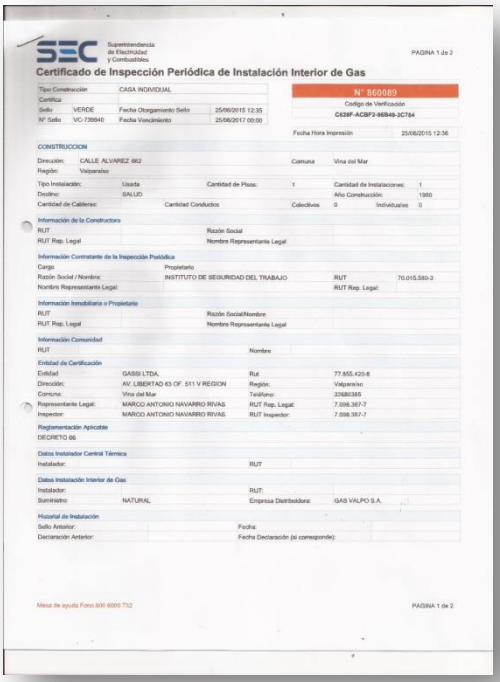
SERVICIO	EQUIPO	FRECUENCIA MANTENCIÓN	TIPO MANTENCIÓN	RESPONSABLE MANTENCIÓN	MARCA	MODELO	SERIE	F.INST	VIDA ÚTIL
Sector Norte		Anual	Preventiva	Dpto. Mantención				1990	50 años
Sector Centro		Anual	Preventiva	Dpto. Mantención				1990	50 años
Sector Sur		Anual	Preventiva	Dpto. Mantención				1990	50 Años

SISTEMAS DE CLIMATIZACIÓN PARA UNIDADES Y ÁREAS CLÍNICAS RELEVANTES

SERVICIO	EQUIPO	FRECUENCIA MANTENCIÓN	TIPO MANTENCIÓN	RESPONSABLE MANTENCIÓN	MARCA	MODELO	SERIE	F.INST	VIDA ÚTIL
Banco de Sangre	Aire acondicionado	Semestral	Prevent/Correct	Inge – Man	ANWO	MIDEA	C70302616 030880740		20 años
Esterilización	Aire acondicionado	Anual	Prevent/Correct	Inge - Man	TRANE	TWE030CA 40B0	418441FK2V		20 años
Farmacia	Aire acondicionado	Semestral	Prevent/Correct	Inge - Man	CARRIER	FB4ASF036	3499A28696		20 años
Pabellón A	Aire acondicionado	Semestral	Prevent/Correct	René Zamora Beltrán	CARRIER	38YCC048970	4504A71977		20 años
Pabellón B	Aire acondicionado	Semestral	Prevent/Correct	René Zamora Beltrán	CARRIER	38QC-036-911	4504A73640		20 años
Pabellón	Extractores	Semestral	Prevent/Correct	René Zamora Beltrán					20 años
UCI	Aire acondicionado	Semestral	Prevent/Correct	Inge - Man	TRANE	2TWA0060AD 000AA	7421WXB1F		20 Años

SISTEMAS DE ASPIRACIÓN Y GASES CLÍNICOS

SERVICIO	EQUIPO	FRECUENCIA MANTENCIÓN	TIPO MANTENCIÓN	RESPONSABLE MANTENCIÓN	MARCA	MODELO	SERIE	F.INST	VIDA ÚTIL
Hospital	Bomba de Vacío	Semestral	Prevent/Correct	René Zamora Beltrán				1988	30 años
Hospital	Bomba de Vacío	Semestral	Prevent/Correct	René Zamora Beltrán				1988	30 años
Hospital	Central de Oxígeno (tubos)	Semestral	Prevent/Correct	René Zamora Beltrán				2011	30 años
Hospital	Estanque Oxígeno Líquido	Anual	Prevent/Correct	INDURA				1995	30 años
Hospital	Central de Aire Comprimido (tubos)	Semestral	Prevent/Correct	René Zamora Beltrán				2011	30 años
Hospital	Compresor de aire medicinal	Semestral	Prevent/Correct	René Zamora Beltrán				2015	30 años
Pabellones Quirúrgicos	Central de Óxido Nitroso	Semestral	Prevent/Correct	René Zamora Beltrán				1987	30 años



SEC Superintendencia de Electricidad y Combustibles

PAGINA 1 de 2

Certificado de Inspección Periódica de Instalación Interior de Gas

Tipo Construcción	CASA INDIVIDUAL		
Certifica			
Sello	VERDE	Fecha Otorgamiento Sello	25/06/2015 12:35
N° Sello	VC-730940	Fecha Vencimiento	25/06/2017 00:00

N° 860089
Codigo de Verificación
C639F-ACBF3-86849-3C784
Fecha Hora Impresión 25/06/2015 12:36

CONSTRUCCION

Dirección:	CALLE ALVAREZ 662			Comuna	Viña del Mar
Región:	Valparaíso				
Tipo Instalación:	Usada	Cantidad de Pisos:	1	Cantidad de Instalaciones:	1
Destino:	SALUD			Año Construcción:	1960
Cantidad de Calderas:		Cantidad Conductos	Colectivos 0	Individuales	0

Información de la Constructora
RUT — Razón Social
RUT Rep. Legal — Nombre Representante Legal

Información Contratante de la Inspección Periódica
Cargo: Propietario
Razón Social / Nombre: INSTITUTO DE SEGURIDAD DEL TRABAJO — RUT: 70.015.580-3
Nombre Representante Legal: — RUT Rep. Legal:

Información Inmobiliaria o Propietario
RUT — Razón Social/Nombre
RUT Rep. Legal — Nombre Representante Legal

Información Comunidad
RUT — Nombre

Entidad de Certificación

Entidad:	GASSI LTDA.	Rut:	77.855.420-8
Dirección:	AV. LIBERTAD 63 OF. 511 V REGION	Región:	Valparaíso
Comuna:	Viña del Mar	Teléfono:	32680365
Representante Legal:	MARCO ANTONIO NAVARRO RIVAS	RUT Rep. Legal:	7.098.387-7
Inspector:	MARCO ANTONIO NAVARRO RIVAS	RUT Inspector:	7.098.387-7

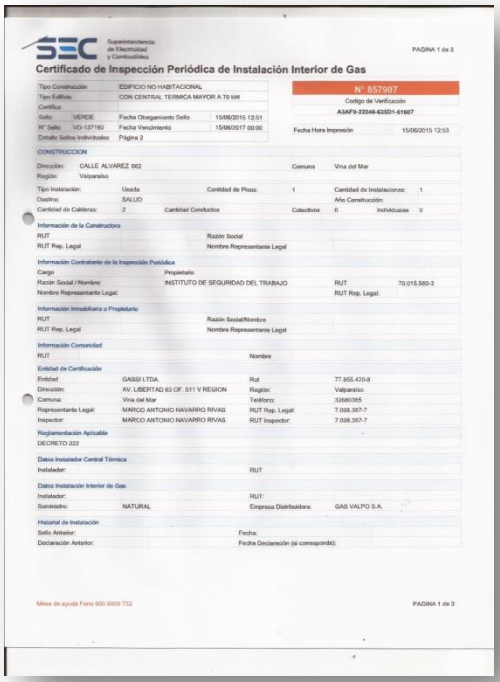
Reglamentación Aplicable
DECRETO 66

Datos Instalador Central Térmica
Instalador: — RUT

Datos Instalación Interior de Gas
Instalador: — RUT:
Suministro: NATURAL — Empresa Distribuidora: GAS VALPO S.A.

Historial de Instalación
Sello Anterior: — Fecha:
Declaración Anterior: — Fecha Declaración (si corresponde):

Mesa de ayuda Fono 600 6000 732 — PAGINA 1 de 2



SEC Superintendencia de Electricidad y Combustibles

PAGINA 1 de 3

Certificado de Inspección Periódica de Instalación Interior de Gas

Tipo Construcción	EDIFICIO NO HABITACIONAL		
Tipo Edificio	CON CENTRAL TERMICA MAYOR A 70 kW		
Certifica			
Sello	VERDE	Fecha Otorgamiento Sello	15/06/2015 12:51
N° Sello	VD-137193	Fecha Vencimiento	15/06/2017 00:00
Detalle Sellos Individuales	Página 2		

N° 857907
Codigo de Verificación
A3AF9-23246-63SD1-61607
Fecha Hora Impresión 15/06/2015 12:53

CONSTRUCCION

Dirección:	CALLE ALVAREZ 662			Comuna	Viña del Mar
Región:	Valparaíso				
Tipo Instalación:	Usada	Cantidad de Pisos:	1	Cantidad de Instalaciones:	1
Destino:	SALUD			Año Construcción:	
Cantidad de Calderas:	2	Cantidad Conductos	Colectivos 0	Individuales	0

Información de la Constructora
RUT — Razón Social
RUT Rep. Legal — Nombre Representante Legal

Información Contratante de la Inspección Periódica
Cargo: Propietario
Razón Social / Nombre: INSTITUTO DE SEGURIDAD DEL TRABAJO — RUT: 70.015.580-3
Nombre Representante Legal: — RUT Rep. Legal:

Información Inmobiliaria o Propietario
RUT — Razón Social/Nombre
RUT Rep. Legal — Nombre Representante Legal

Información Comunidad
RUT — Nombre

Entidad de Certificación

Entidad:	GASSI LTDA.	Rut:	77.855.420-8
Dirección:	AV. LIBERTAD 63 OF. 511 V REGION	Región:	Valparaíso
Comuna:	Viña del Mar	Teléfono:	32680365
Representante Legal:	MARCO ANTONIO NAVARRO RIVAS	RUT Rep. Legal:	7.098.387-7
Inspector:	MARCO ANTONIO NAVARRO RIVAS	RUT Inspector:	7.098.387-7

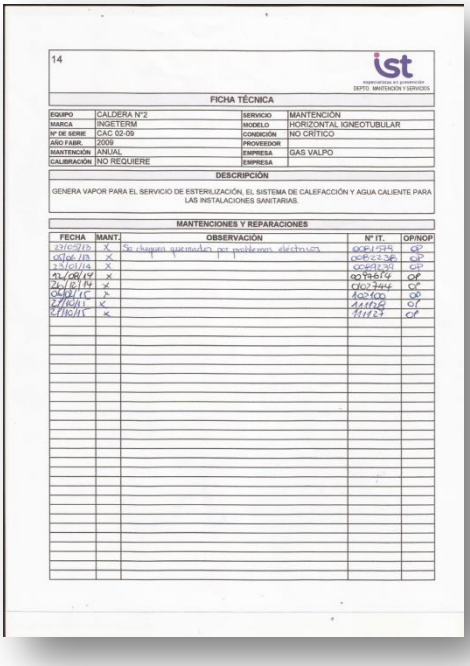
Reglamentación Aplicable
DECRETO 222

Datos Instalador Central Térmica
Instalador: — RUT

Datos Instalación Interior de Gas
Instalador: — RUT:
Suministro: NATURAL — Empresa Distribuidora: GAS VALPO S.A.

Historial de Instalación
Sello Anterior: — Fecha:
Declaración Anterior: — Fecha Declaración (si corresponde):

Mesa de ayuda Fono 600 6000 732 — PAGINA 1 de 3



14

ist especialistas en prevención — DEPTO. MANTENCION Y SERVICIOS

FICHA TÉCNICA

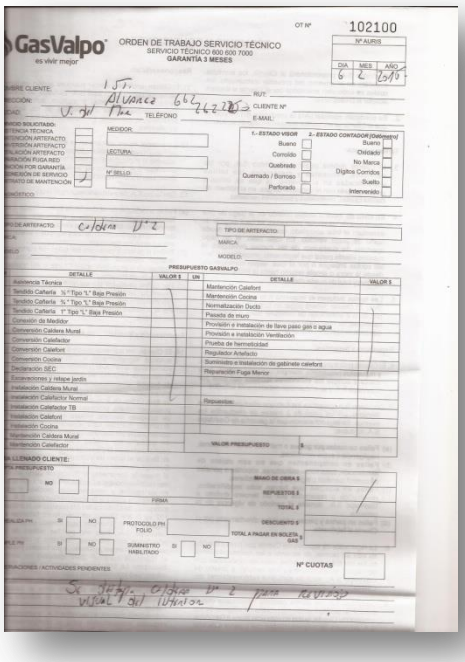
EQUIPO	CALDERA N°2	SERVICIO	MANTENCIÓN
MARCA	INGETERM	MODELO	HORIZONTAL IGNEOTUBULAR
N° DE SERIE	CAC 02-09	CONDICIÓN	NO CRÍTICO
AÑO FABR.	2009	PROVEEDOR	
MANTENCIÓN	ANUAL	EMPRESA	GAS VALPO
CALIBRACIÓN	NO REQUIERE	EMPRESA	

DESCRIPCIÓN

GENERA VAPOR PARA EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN, EL SISTEMA DE CALEFACCIÓN Y AGUA CALIENTE PARA LAS INSTALACIONES SANITARIAS.

MANTENCIONES Y REPARACIONES

FECHA	MANT	OBSERVACIÓN	N° IT.	OP/NOP
23/05/12	X	Se chequea quemador por problemas electricos	0081535	OP
05/06/13	X		0082238	OP
23/03/14	X		0080730	OP
22/08/14	X		0078814	OP
26/11/14	X		0102744	OP
04/03/15	X		102100	OP
27/10/11	X		111126	OP
27/10/15	X		111127	OP



GasValpo es vivir mejor

ORDEN DE TRABAJO SERVICIO TÉCNICO
SERVICIO TÉCNICO 600 600 7000
GARANTÍA 3 MESES

OT N° 102100
N° AURIS
DÍA 6 MES 2 AÑO 2010

NOMBRE CLIENTE: 1.5.
DIRECCIÓN: ALVAREZ 662
COMUNA: V. del Mar TELÉFONO 662785
RUT:
CLIENTE N°
E-MAIL:

MOTIVO SOLICITUD:
ASISTENCIA TÉCNICA
INSTALACIÓN ARTEFACTO
REINSTALACIÓN ARTEFACTO
REPARACIÓN FUGA RED
REPARACIÓN POR GARANTÍA
MANTENCIÓN DE SERVICIO
CONTRATO DE MANTENCIÓN

MEDIDOR:
LECTURA:
N° SELLO:

1.- ESTADO VISOR: Bueno, Corroído, Quebrado, Quemado / Borroso, Perforado
2.- ESTADO CONTADOR (Obsequio): Bueno, Chicado, No Marca, Dígitos Corridos, Suelto, Intervenido

DIAGNÓSTICO:

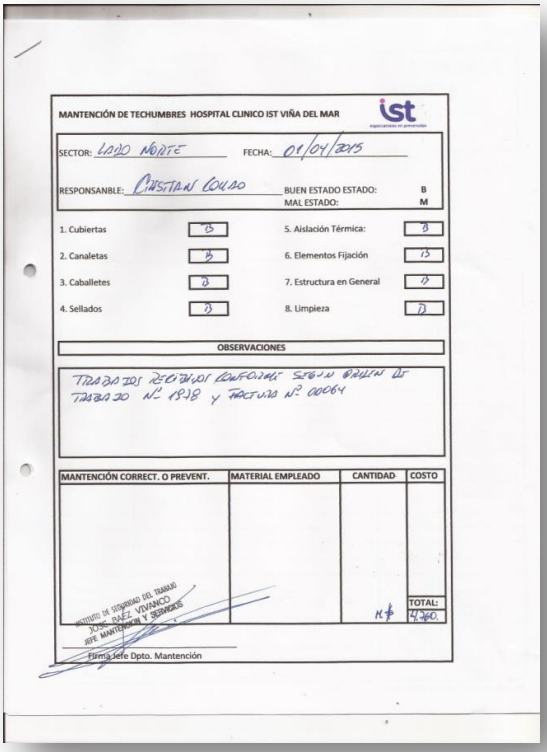
TIPO DE ARTEFACTO: Calderas N°2
MARCA:
MODELO:

PRESUPUESTO GASVALPO

DETALLE	VALOR $	UN	DETALLE	VALOR $
Asistencia Técnica			Mantención Calefont	
Tendido Cañería ½" Tipo "L" Baja Presión			Mantención Cocina	
Tendido Cañería ¾" Tipo "L" Baja Presión			Normalización Ducto	
Tendido Cañería 1" Tipo "L" Baja Presión			Pasada de muro	
Conexión de Medidor			Provisión e instalación de llave paso gas o agua	
Conversión Calidera Mural			Provisión e instalación Ventilación	
Conversión Calefactor			Prueba de hermeticidad	
Conversión Calefont			Regulador Artefacto	
Conversión Cocina			Suministro e instalación de gabinete calefont	
Declaración SEC			Reparación Fuga Menor	
Excavaciones y relleno jardín				
Instalación Calidera Mural				
Instalación Calefactor Normal			Repuestos:	
Instalación Calefactor TB				
Instalación Calefont				
Instalación Cocina				
Mantención Calidera Mural				
Mantención Calefactor			VALOR PRESUPUESTO	$

DATOS A LLENADO CLIENTE:
ACEPTA PRESUPUESTO SI NO
FIRMA
MANO DE OBRA $
REPUESTOS $
TOTAL $
DESCUENTO $
TOTAL A PAGAR EN BOLETA $
GAS
REALIZA PM SI NO PROTOCOLO PM FOLIO
RELLENA PM SI NO SUMINISTRO HABILITADO SI NO
N° CUOTAS
OBSERVACIONES / ACTIVIDADES PENDIENTES
Se trabajo Calidera N° 2 para revisado visual del Instalador

Figuras (47, 48, 49 y 50): Certificados SEC del edificio y de las Calderas del Hospital IST (Parte superior), ejemplo de registro de mantenciones de quemador de Caldera y informe de Mantención (Parte inferior).



MANTENCIÓN DE TECHUMBRES HOSPITAL CLINICO IST VIÑA DEL MAR

SECTOR: LADO NORTE FECHA: 01/04/2015

RESPONSANBLE: CRISTIAN COLLAO BUEN ESTADO ESTADO: B MAL ESTADO: M

1. Cubiertas	B	5. Aislación Térmica:	B
2. Canaletas	B	6. Elementos Fijación	B
3. Caballetes	B	7. Estructura en General	B
4. Sellados	B	8. Limpieza	B

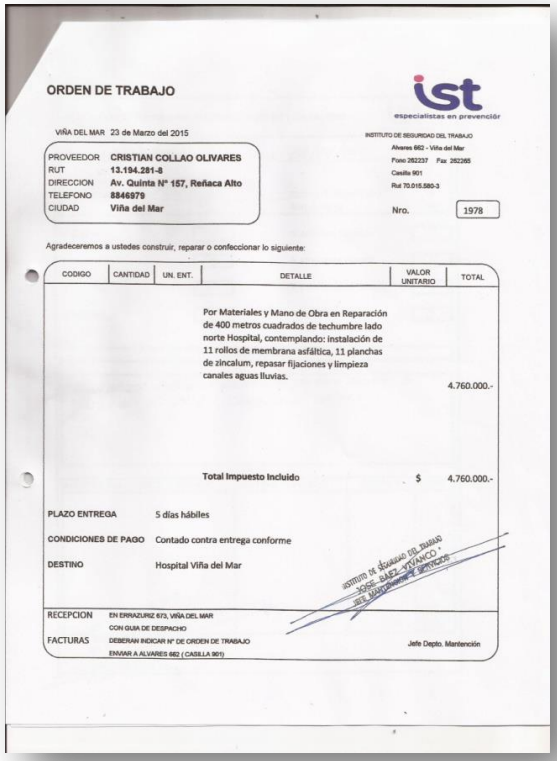
OBSERVACIONES

TRABAJOS RECIBIDOS CONFORME SEGUN BOLETIN DE TRABAJO Nº 1938 Y FACTURA Nº 00064

MANTENCIÓN CORRECT. O PREVENT.	MATERIAL EMPLEADO	CANTIDAD	COSTO
			TOTAL: 4760.

INSTITUTO DE SEGURIDAD DEL TRABAJO JOSE PAEZ VIVANCO JEFE MANTENCION Y SERVICIOS

Firma Jefe Dpto. Mantención



ORDEN DE TRABAJO

ist especialistas en prevención

INSTITUTO DE SEGURIDAD DEL TRABAJO
Alvarez 662 - Viña del Mar
Fono 262237 Fax 262265
Casilla 901
Rut 70.015.580-3

VIÑA DEL MAR 23 de Marzo del 2015

PROVEEDOR CRISTIAN COLLAO OLIVARES
RUT 13.194.281-8
DIRECCION Av. Quinta Nº 157, Reñaca Alto
TELEFONO 8846979
CIUDAD Viña del Mar

Nro. 1978

Agradeceremos a ustedes construir, reparar o confeccionar lo siguiente:

CODIGO	CANTIDAD	UN. ENT.	DETALLE	VALOR UNITARIO	TOTAL
			Por Materiales y Mano de Obra en Reparación de 400 metros cuadrados de techumbre lado norte Hospital, contemplando: instalación de 11 rollos de membrana asfáltica, 11 planchas de zincalum, repasar fijaciones y limpieza canales aguas lluvias.		4.760.000.-
			Total Impuesto Incluido	$	4.760.000.-

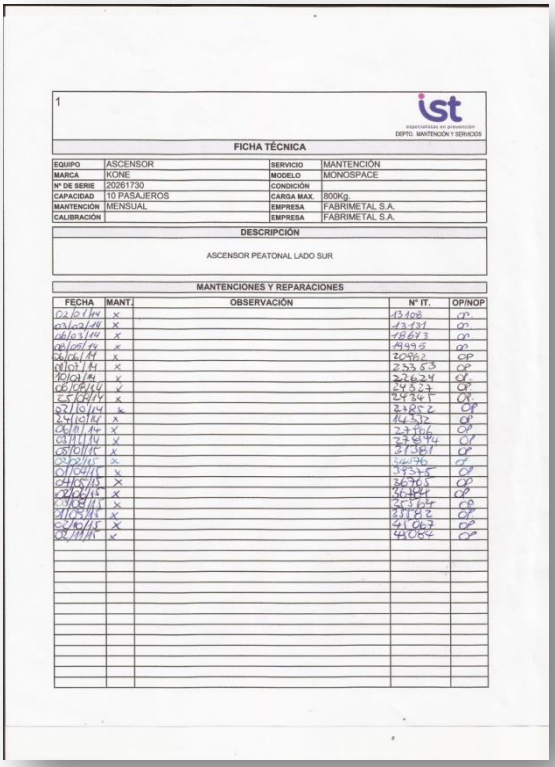
PLAZO ENTREGA 5 días hábiles
CONDICIONES DE PAGO Contado contra entrega conforme
DESTINO Hospital Viña del Mar

INSTITUTO DE SEGURIDAD DEL TRABAJO JOSE PAEZ VIVANCO JEFE MANTENCION Y SERVICIOS

RECEPCION EN ERRAZURIZ 673, VIÑA DEL MAR
CON GUIA DE DESPACHO
FACTURAS DEBERAN INDICAR Nº DE ORDEN DE TRABAJO
ENVIAR A ALVAREZ 662 (CASILLA 901)

Jefe Depto. Mantención

Figuras (51, 52, 53 y 54): Ejemplo de registro de Mantenimiento de la techumbre del Hospital y orden de trabajo para realizarlo (Parte superior). Ejemplo de registro de mantenimiento de un ascensor del Hospital con Informe de servicio de mantenimiento preventivo (Parte inferior) Los medibles de la Pauta de Cotejo.



1

ist especialistas en prevención DEPTO. MANTENCIÓN Y SERVICIOS

FICHA TÉCNICA

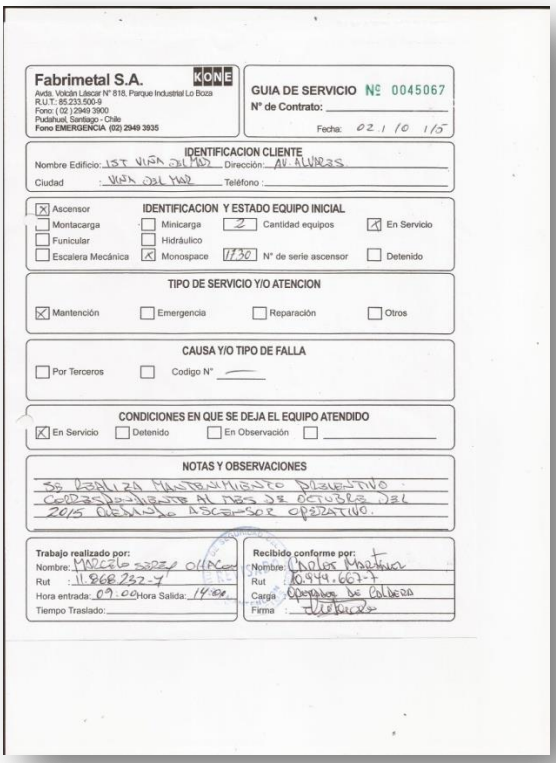
EQUIPO	ASCENSOR	SERVICIO	MANTENCIÓN
MARCA	KONE	MODELO	MONOSPACE
Nº DE SERIE	20261730	CONDICIÓN	
CAPACIDAD	10 PASAJEROS	CARGA MAX.	800Kg.
MANTENCIÓN	MENSUAL	EMPRESA	FABRIMETAL S.A.
CALIBRACIÓN		EMPRESA	FABRIMETAL S.A.

DESCRIPCIÓN

ASCENSOR PEATONAL LADO SUR

MANTENCIONES Y REPARACIONES

FECHA	MANT.	OBSERVACIÓN	Nº IT.	OP/NOP
02/01/14	X		13108	OP
03/02/14	X		13131	OP
06/03/14	X		18673	OP
08/05/14	X		19995	OP
06/06/14	X		20962	OP
08/07/14	X		23583	OP
18/08/14	X		22624	OP
08/08/14	X		24327	OP
25/08/14	X		24368	OP
22/10/14	X		23856	OP
24/10/14	X		16332	OP
06/11/14	X		23916	OP
03/11/14	X		23994	OP
05/01/15	X		31381	OP
02/02/15	X		46196	OP
01/04/15	X		33335	OP
04/05/15	X		36763	OP
02/06/15	X		36884	OP
03/08/15	X		38804	OP
21/09/15	X		39182	OP
02/10/15	X		41067	OP
02/11/15	X		41082	OP



Fabrimetal S.A. KONE
Avda. Vicente Lilecar N° 818, Parque Industrial Lo Boza
R.U.T.: 85.233.500-9
Fono: (02) 2949 3900
Pudahuel, Santiago - Chile
Fono EMERGENCIA (02) 2949 3935

GUIA DE SERVICIO Nº 0045067
N° de Contrato:
Fecha: 02 / 10 / 15

IDENTIFICACION CLIENTE
Nombre Edificio: IST VIÑA DEL MAR Dirección: AV. ALVAREZ
Ciudad: VIÑA DEL MAR Teléfono:

IDENTIFICACION Y ESTADO EQUIPO INICIAL
[X] Ascensor [ ] Montacarga [ ] Funicular [ ] Escalera Mecánica
[ ] Minicarga [ ] Hidráulico [X] Monospace
2 Cantidad equipos
[X] En Servicio [ ] Detenido
17.30 N° de serie ascensor

TIPO DE SERVICIO Y/O ATENCION
[X] Mantención [ ] Emergencia [ ] Reparación [ ] Otros

CAUSA Y/O TIPO DE FALLA
[ ] Por Terceros [ ] Codigo N°

CONDICIONES EN QUE SE DEJA EL EQUIPO ATENDIDO
[X] En Servicio [ ] Detenido [ ] En Observación [ ]

NOTAS Y OBSERVACIONES
SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE DEL 2015 QUEDANDO ASCENSOR OPERATIVO.

Trabajo realizado por:
Nombre: MARCELO SOTO OLIVARES
Rut: 11.868.232-7
Hora entrada: 09.00 Hora Salida: 14:00
Tiempo Traslado:

Recibido conforme por:
Nombre: Charles Martinez
Rut: 10.949.667-7
Cargo: Operador de Calderas
Firma:

Figura (55): Estanque de Oxigeno Liquido del Hospital.

Figuras (56 y 57): Central de gases clínicos del Hospital.

Figura (58): Central térmica del Hospital.

6. PROTOCOLO DEL PLAN DE CONTIGENCIA EN CASO DE INTERRUPCIÓN DE SUMINISTRO DE AGUA POTABLE (CODIGO INS 3.2)

Se ha designado el responsable Institucional del plan de contingencia en el caso de interrupción del suministro eléctrico y de agua potable.

Se documenta un plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico y agua potable.

Existen registros que dan cuenta de:

- Mantenimiento preventivo y realización de pruebas de los sistemas iluminación de emergencia.
- Mantenciones preventivas del sistema de provisión de agua de emergencia.
- Revisión periódica de calidad del agua de los estanques de reserva.

Se constata:

- Operación de generadores de energía de emergencia.
- Calidad macroscópica del agua de estanques de reserva

El trabajo realizado para satisfacer la Pauta de Cotejo:

- El protocolo de interrupción de agua potable se da buena manera gracias a las instalaciones realizadas en un principio con sus dos pozos de 100.000 litros en total, dando una autonomia de alrededor de dos días de agua potable al Hospital.

- Este protocolo describe la infraestructura y como funciona el proceso luego de un corte de suministro de agua potable.

- Se definieron responsabilidades en los distintos tipos cortes de suministro, en un sector en especifico o en todo el Hospital.

- Se realiza mensualmente un informe de analisis de agua en el Hospital, como lo estipula la pauta de cotejo.

- Se crea una ficha tecnica para las bombas de agua, para que quede registrado todas sus mantenciones preventivas.

PROTOCOLO DEL PLAN DE CONTIGENCIA EN CASO DE INTERRUPCIÓN DE SUMINISTRO DE AGUA POTABLE (CODIGO INS 3.2)

ist especialistas en prevención	HOSPITAL CLINICO IST	Código	INS 3.2
		Edición	01
		Fecha	01-01-2014
		Página	
		Vigencia	01-01-2019
PLAN DE CONTIGENCIA EN CASO DE INTERRUPCIÓN DEL SUMINISTRO DE AGUA POTABLE			

PLAN CONTINGENCIA EN CASO DE INTERRUPCIÓN DEL SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

INSTITUTO DE SEGURIDAD DEL TRABAJO

ISO 9001:2008
ISO 14001:2004
OHSAS 18001:2007
Estándares Generales para los Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y Abierta

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez Sebastián Baez.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

	HOSPITAL CLINICO IST	Código	INS 3.2
		Edición	01
		Fecha	01-01-2014
		Página	
		Vigencia	01-01-2019

PLAN DE CONTIGENCIA EN CASO DE INTERRUPCIÓN DEL SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

I. Objetivos……pág.3

II. Alcance……pág.3

III. Definiciones……pág.3

IV. Responsables……pág.4

V. Descripción del proceso……pág.5

VI. Procedimiento para revisión y actualización del procedimiento……pág.6

VII. Modificación……pág.7

VIII. Distribución……pág.7

Anexos……pág.8

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez Sebastián Baez.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

I.- OBJETIVO:

El objetivo de este plan es garantizar el abastecimiento de Agua Potable en forma constante, para que este consumo básico llegue a los diferentes servicios del Hospital con la pureza y caudal necesario.

II.-ALCANCE:

Este plan cubre todas las necesidades de Agua Potable del Hospital y servicios de apoyo externalizados, como Resonancia Magnética y Escáner.

Involucra al estanque de recirculación, los equipos de bombeo y redes de distribución.

III.-DEFINICIONES:

Estanque de Recirculación: Es un estanque subterráneo que tiene una capacidad de 100.000 litros, en donde ingresa el agua potable por el nivel superior y se extrae para su uso por el nivel inferior, por lo tanto, el agua nunca queda estancada, está en constante movimiento.

Sala de Bombas: Esta colindante al estanque de recirculación y cuenta con dos bombas en uso permanente en forma de bypass controladas por un hidropack y dos bombas de reserva.

IV. RESPONSABLES

Responsable de la supervisión:

Jefe de mantención y servicios, será el responsable de gestionar el plan de contingencia en caso de interrupción del suministro de agua potable y canalizar las necesidades en cuanto a recursos y costo financiero.

Responsable de la ejecución:

Operadores de la central térmica, son los responsables de ejecutar el plan de contingencia en caso de interrupción del suministro de agua, e informar al Jefe de Mantención y Servicios. Deben además, registrar en el libro de bitácora de la central térmica todos los incidentes, verificaciones y acciones que se realicen respecto de los equipos involucrados en el plan de contingencia para los efectos de conocer el funcionamiento de estos y los procedimientos realizados, con nombre y firma del operador de turno involucrado.

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez Sebastián Baez.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

V. DESCRIPCION DEL PROCESO

El Hospital cuenta con el siguiente estanque de reserva (recirculación) de agua potable, en caso de corte o interrupción del suministro.

1. Características

El agua potable es suministrada por el único proveedor local que es ESVAL, a través de empalmes con medidores de volumen, que descargan sobre dos estanques subterráneos intercomunicados que suman una capacidad de 100.000 litros, cantidad que permite alimentar en situaciones de emergencia (corte prolongado del suministro) al Hospital y todos sus servicios de apoyo, en forma normal durante 24 horas. Si el corte de suministro sobrepasa este periodo se recurre a camiones aljibes. Proporcionados por ESVAL.

2. Funcionamiento

El agua es bombeada del estanque a los diferentes servicios del Hospital a una presión que se mantiene en una rango de 60 a 80 psi. a través de dos bombas eléctricas (conectadas al sistema de respaldo eléctrico) las que trabajan en forma alternadas y reguladas por sistema hidropack.

3. Alimentación Estanque de Agua

Agua potable proveniente de red de abastecimiento domiciliario de ESVAL.

4. Ubicación

Los estanques se encuentran en el patio central del Hospital y colindante con la sala de bombas.

5. Controles

La presión de agua es controlada a través de un manómetro de lectura directa que está instalado en la sala de bombas.

Cada 1 mes se efectúa un análisis de agua por el laboratorio de la Universidad Católica de Valparaíso (Asistec) para verificar si es apta para el consumo humano. Si los valores de la medición están sobre los rangos permitidos se avisa Dirección Médica, Enfermería de IAAS y al servicio de Alimentación, para la toma de medidas pertinentes, además se comunica al servicio de emergencia de Esval.

VI.- PROCEDIMIENTO PARA REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Este procedimiento se revisará anualmente por el Jefe de mantención, para realizar correcciones y/o modificaciones. No obstante, si en la aplicación del manual se detecta un vacío relevante, se incluirá con la aprobación de los Jefes de las áreas mencionadas.

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez Sebastián Baez.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

VII.- MODIFICACION:

CORRECCIÓN N°	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICICACIÓN	PUBLICADO EN	N° DOCTO.

VIII.-DISTRIBUCIÓN:

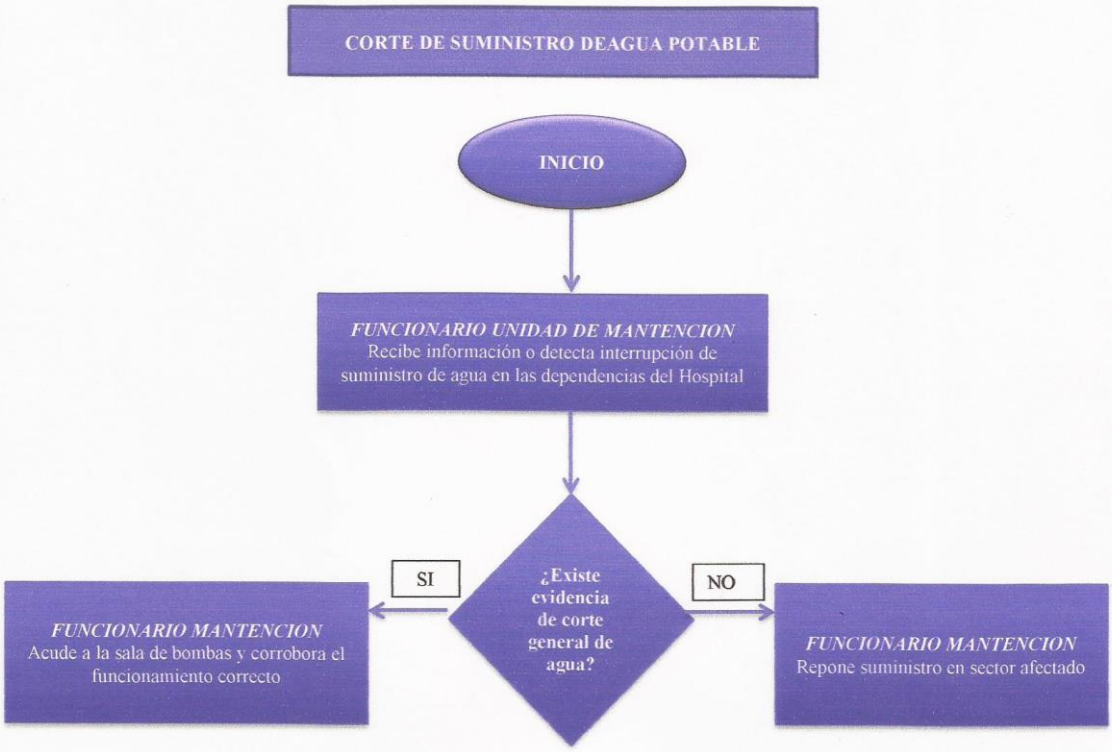
- Servicios: Mantención y Dirección Médica.

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez Sebastián Baez.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

	HOSPITAL CLINICO IST	Código	INS 3.2
		Edición	01
		Fecha	01-01-2014
		Página	
		Vigencia	01-01-2019

PLAN DE CONTIGENCIA EN CASO DE INTERRUPCIÓN DEL SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

Anexo



Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez Sebastián Baez.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE AGRONOMÍA
ASISTENCIA TÉCNICA

ASISTEC

INFORME DE ENSAYOS

Nº DE INFORME: ALI 497/2015 MIC 273/2015-02

Información del Cliente		
Nombre	:	Instituto de Seguridad del Trabajo
Dirección	:	Alvares 662 Viña del Mar
Orden de Trabajo	:	María Isabel Argenzio
Información de los ítemes de ensayo		
Tipo de Muestra	:	Aguas
Muestreado por	:	Gabriela Plaza / Lab. Asistec
Nº de Muestras	:	1
Fecha/Hora/Tº de Ingreso	:	09.05.15 15:00 hrs.
Fecha/Hora Inicio de Análisis	:	10.06.15 14:10 hrs.
Análisis Derivados	:	*No*
Análisis Subcontratados	:	No
Fecha término de resultados	:	17.06.15
Cotización N°	:	Convenio
Fecha emisión de informe	:	19.06.15

MÉTODOS UTILIZADOS

Ensayo	Matriz	Método	Estado Acreditación
Coliformes totales	Agua	ISO 9308-2:2012(E)	--
E.coli	Agua	ISO 9308-2:2012(E)	--

RESULTADOS DE ENSAYOS

Ensayo	Fecha / hora inicio ensayo	Unidad	Identificación de la muestra
			Agua lavaplatos C. Fría
			497-16
Coliformes totales	10.06.15 14:10 hrs.	NMP/100ml.	<1
E.coli	10.06.15 14:10 hrs.	P/A	A

Observaciones:

Agua:
Cumple con los requisitos microbiológicos de la NCh. 409/1.

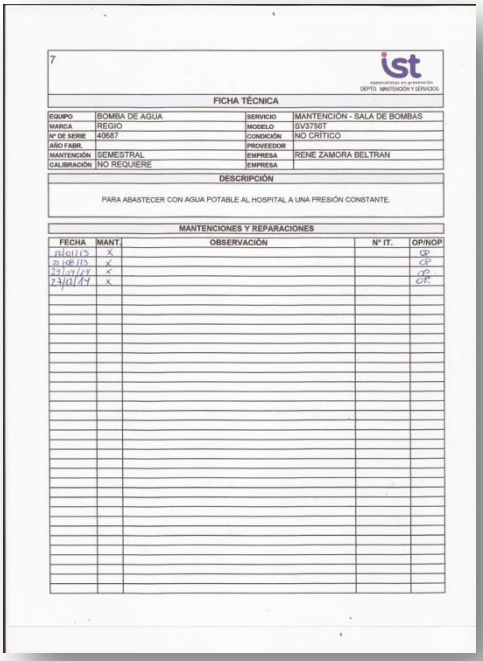
Jeannette Jofré R.
Jefe de Laboratorio

P. UNIVERSIDAD CATOLICA DE VALPARAISO
LABORATORIO DE ASISTENCIA TECNICA
ESCUELA DE ALIMENTOS

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este informe, sin previa autorización de ASISTEC, Laboratorio de Asistencia Técnica.
Los resultados informados son válidos solo para la(s) muestra(s) analizada(s)
REG-IE-02 MIC 273-2
Página 1 de 1

WADDINGTON 716 - CASILLA 4059 - PLAYA ANCHA - VALPARAÍSO - CHILE - TELÉFONO 56-32-2274228-29 - FAX 56-32-2343012
e-mail: secasistec@ucv.cl - www.asistec.ucv.cl

Figura (59): Informe de analisis de agua (Cumple con norma).



7

DEPTO. MANTENCIÓN Y SERVICIOS

FICHA TÉCNICA

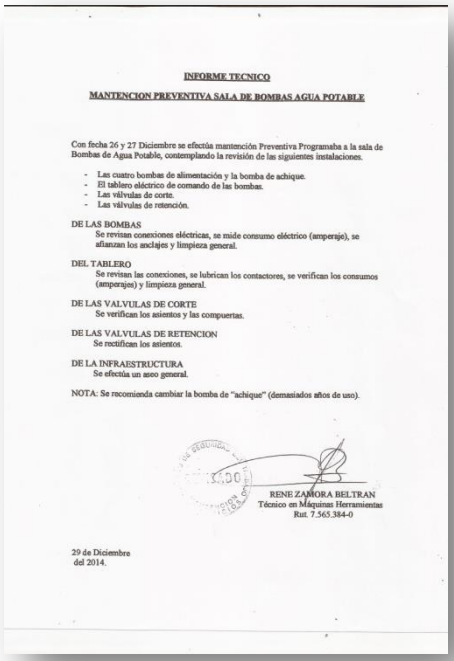
EQUIPO	BOMBA DE AGUA	SERVICIO	MANTENCIÓN - SALA DE BOMBAS
MARCA	REGIO	MODELO	SV3750T
N° DE SERIE	40687	CONDICIÓN	NO CRITICO
AÑO FABR.		PROVEEDOR	
MANTENCIÓN	SEMESTRAL	EMPRESA	RENE ZAMORA BELTRAN
CALIBRACIÓN	NO REQUIERE	EMPRESA	

DESCRIPCIÓN

PARA ABASTECER CON AGUA POTABLE AL HOSPITAL A UNA PRESIÓN CONSTANTE.

MANTENCIONES Y REPARACIONES

FECHA	MANT.	OBSERVACIÓN	N° IT.	OP/NOP
18/01/15	X			OP
21/08/15	X			OP
22/04/14	X			OP
23/01/14	X			OP



INFORME TECNICO

MANTENCION PREVENTIVA SALA DE BOMBAS AGUA POTABLE

Con fecha 26 y 27 Diciembre se efectúa mantención Preventiva Programaba a la sala de Bombas de Agua Potable, contemplando la revisión de las siguientes instalaciones.

- Las cuatro bombas de alimentación y la bomba de achique.
- El tablero eléctrico de comando de las bombas.
- Las válvulas de corte.
- Las válvulas de retención.

DE LAS BOMBAS
Se revisan conexiones eléctricas, se mide consumo eléctrico (amperaje), se afianzan los anclajes y limpieza general.

DEL TABLERO
Se revisan las conexiones, se lubrican los contactores, se verifican los consumos (amperajes) y limpieza general.

DE LAS VALVULAS DE CORTE
Se verifican los asientos y las compuertas.

DE LAS VALVULAS DE RETENCION
Se rectifican los asientos.

DE LA INFRAESTRUCTURA
Se efectúa un aseo general.

NOTA: Se recomienda cambiar la bomba de "achique" (demasiados años de uso).

RENE ZAMORA BELTRAN
Técnico en Maquinas Herramientas
Rut. 7.565.384-0

29 de Diciembre
del 2014.

Figuras (60 y 61): ejemplo de registro de Mantenimiento de equipo de sala de bombas y hoja de servicio

Figura (62): Sala de bomba de agua potable del Hospital.

7. PROTOCOLO DEL PLAN DE CONTINGENCIA EN CASO DE INTERRUPCIÓN DEL SUMINISTRO ELÉCTRICO (INS 3.2)

Umbral cumplimiento > 75%

Elementos medibles de la Pauta de Cotejo:

Se ha designado el responsable Institucional del plan de contingencia en el caso de interrupción del suministro eléctrico y de agua potable.

Se documenta un plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico y agua potable.

Existen registros que dan cuenta de:

- Mantenimiento preventivo y realización de pruebas de los sistemas iluminación de emergencia.
- Mantenciones preventivas del sistema de provisión de agua de emergencia.
- Revisión periódica de calidad del agua de los estanques de reserva.

Se constata:

- Operación de generadores de energía de emergencia.
- Calidad macroscópica del agua de estanques de reserva

El trabajo realizado para satisfacer la Pauta de Cotejo:

- En este protocolo se describe el actuar luego de corte de sumnistro eléctrico, quienes son los responsables de actuar y que deben realizar en cada caso de corte, si es un sector o en todo el Hospital.

- Se genera un programa de mantenimiento preventivo de las luces de emergencia del Hospital, y se adquieren alrededor de 15 luces de emergencia para satifacer requirimientos de prevención.

- Se crea una bitácora donde queda registrado pruebas de funcionamiento semanales en el grupo electrógeno del Hospital, estas pruebas son realizadas por el Técnico Eléctrico del establecimiento.

- Se realiza una mantención anual del grupo electrogeno, por la empresa proovedora del equipo.

PROTOCOLO DEL PLAN DE CONTINGENCIA EN CASO DE INTERRUPCIÓN DEL SUMINISTRO ELÉCTRICO (INS 3.2)

ist especialistas en prevención	HOSPITAL CLINICO IST	Código	INS 3.2
		Edición	01
		Fecha	01-01-2014
		Página	
		Vigencia	01-01-2019
PLAN DE CONTIGENCIA EN CASO DE INTERRUPCIÓN DEL SUMINISTRO ELÉCTRICO			

PLAN CONTINGENCIA EN CASO DE INTERRUPCIÓN DEL SUMINISTRO ELÉCTRICO

INSTITUTO DE SEGURIDAD DEL TRABAJO

ISO 9001:2008
ISO 14001:2004
OHSAS 18001:2007
Estándares Generales para los Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y Abierta

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez Sebastián Baez.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

	HOSPITAL CLINICO IST	Código	INS 3.2
		Edición	01
		Fecha	01-01-2014
		Página	
		Vigencia	01-01-2019

PLAN DE CONTIGENCIA EN CASO DE INTERRUPCIÓN DEL SUMINISTRO ELÉCTRICO

I. Objetivos.....pág.3

II. Alcance.....pág.3

III. Definiciones.....pág.3

IV. Responsables.....pág.4

V. Descripción del proceso.....pág.4

VI. Procedimiento para revisión y actualización del procedimiento.....pág.7

VII. Modificación.....pág.7

VIII. Distribución.....pág.7

VI. Anexos.....pág.8

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez Sebastián Baez.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

	HOSPITAL CLINICO IST	Código	INS 3.2
		Edición	01
		Fecha	01-01-2014
		Página	
		Vigencia	01-01-2019

PLAN DE CONTIGENCIA EN CASO DE INTERRUPCIÓN DEL SUMINISTRO ELÉCTRICO

I.- OBJETIVO:

El objetivo de este plan es estandarizar las acciones a realizar en caso de interrupción del suministro eléctrico con el propósito de mantener energizados eléctricamente los servicios críticos del establecimiento, conectados a los grupos de respaldo, para la continuidad de procedimientos clínicos y de gestión relacionados a la atención de pacientes.

II.-ALCANCE:

Este plan de contingencia está limitado a aquellos sectores con pacientes críticos, que requieren procedimientos específicos y equipamiento de apoyo vital.

III.-DEFINICIONES:

Grupo de respaldo: Se refiere al equipamiento industrial capaz de generar de manera autónoma energía eléctrica, para suministrar a la red crítica del establecimiento.

Equipamiento apoyo vital: Se refiere a los equipos que guardan directa relación con la atención de salud de pacientes críticos, de procedimientos clínicos, y de transporte si corresponde.

Sectores pacientes críticos: Pabellones, UCI, Urgencias, UPC.

Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez Sebastián Baez.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

IV. RESPONSABLES

Responsable de la Supervisión:

Jefe de Mantención y Servicios, será el responsable de gestionar el plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico.

Responsable de la aplicación:

Jefe Unidad de Mantención, será el responsable de ejecutar el plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico definido, tomando las medidas necesarias para asegurar el óptimo funcionamiento de los equipos involucrados, las rutinas de pruebas y las generación de información técnica, de control y administrativa para un seguimiento, minimizando las probabilidades de interrupción del suministro eléctrico.

V. DESCRIPCION DEL PROCESO

El Hospital cuenta con el siguiente grupo electrógeno para generar electricidad (Tensión), en caso de corte de suministro eléctrico.

1. Funcionamiento

Al producirse un corte de suministro, se activará automáticamente el Generador Eléctrico de 125 KVA con transferencia automática, que tardará, sólo 20 segundos en reponer la energía y con capacidad de funcionamiento permanente para permitir un funcionamiento normal del Hospital.

2. Alimentación de Grupo Electrógeno.

Este equipo funciona con petróleo diésel, el cual se encuentra en un depósito de 250 Lts., otorgando una autonomía de 25 hrs. aproximadamente a estanque de petróleo lleno, para que el equipo siga en operaciones (si el corte de suministro de energía fuera más prolongado) se va recargando el estanque de combustible.

3. Ubicación

Se encuentra en la sub estación eléctrica que es colindante con el taller Eléctrico ubicado al lado poniente del Hospital.

4. Mantención

El grupo electrógeno es sometido a una mantención preventiva completa en forma anual.

5. Luces de Emergencia

Los pasillos y áreas críticas del hospital cuentan con luces de emergencia que operan con baterías, consiste en luces que se accionan instantáneamente al producirse un corte de energía eléctrica. Las baterías se encuentran en permanente carga al existir energía eléctrica. Estos equipos son sometidos a una revisión en forma anual.

Permite autonomía mientras se acciona el generador.

Ante un corte eléctrico general, es decir que afecte al 100% del establecimiento, corresponderá tomar las medidas necesarias para garantizar el suministro alternativo a los servicios críticos.

El técnico eléctrico de turno deberá:

- Verificar que se trata de un corte general.

- Acudir a las subestación eléctrica, para comprobar el funcionamiento del Equipo de respaldo y servicios conectados.

- Registrar en libro de Bitácora dispuesto en sala eléctrica los horarios y acciones desarrolladas.

Libro de Bitácoras

En la sala eléctrica deberá llevarse un libro de bitácora donde deberá registrarse todas las incidencias que se produzcan, tanto en los casos en que se realicen pruebas, intervenciones de mantenciones programadas o correctivas y en casos de corte real de suministro. Esto es, información relativa a tiempo de utilización, consumos de combustibles, horarios de funcionamiento, mantenciones preventivas y/o correctivas previas, estado mecánico general, pruebas en vacío, registro de fallas, entre otras.

VI.- PROCEDIMIENTO PARA REVISION Y ACTUALIZACION DEL PROCEDIMIENTO:

Este procedimiento se revisará anualmente por el Jefe de mantención, para realizar correcciones y/o modificaciones. No obstante, si en la aplicación del manual se detecta un vacío relevante, se incluirá con la aprobación de los Jefes de las áreas mencionadas.

Este documento tiene una vigencia de 5 años, sin embargo el anexo relacionado con las lámparas de emergencia será actualizada anualmente.

VII.- MODIFICACION:

CORRECCIÓN N°	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICICACIÓN	PUBLICADO EN	N° DOCTO.

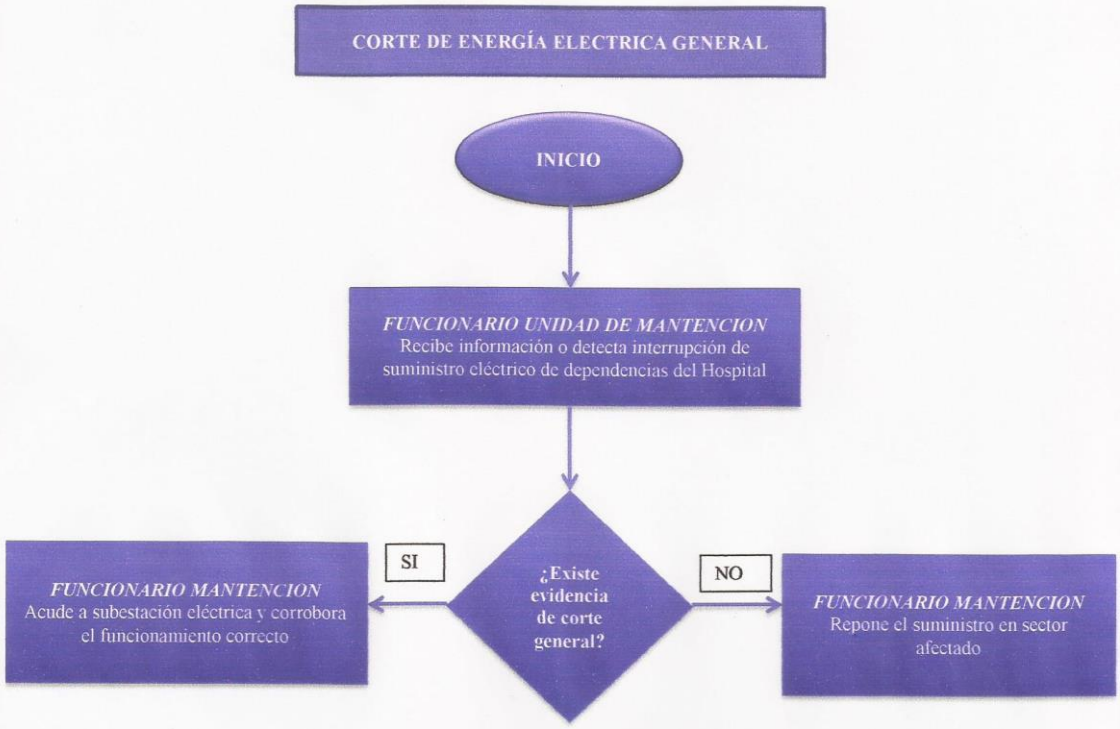
VIII.-DISTRIBUCIÓN:

- Servicios: Mantención y Dirección Médica.

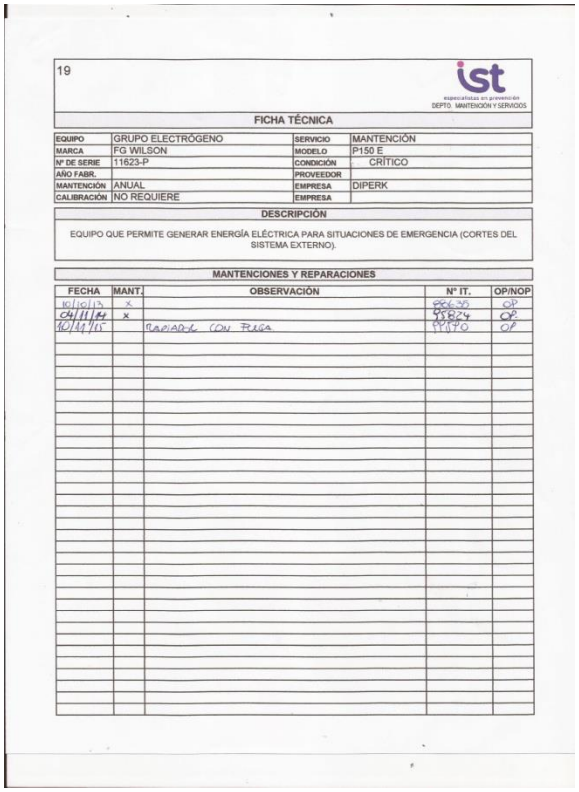
Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez Sebastián Baez.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014

ist especialistas en prevención	HOSPITAL CLINICO IST	Código	INS 3.2
		Edición	01
		Fecha	01-01-2014
		Página	
		Vigencia	01-01-2019
PLAN DE CONTIGENCIA EN CASO DE INTERRUPCIÓN DEL SUMINISTRO ELÉCTRICO			

Anexo



Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
José Baez Sebastián Baez.	Tamara Orellana Villafañe	Víctor Nicovani H.
Jefe de Mantención / Encargado de Mantención	Enfermera de Calidad y Seguridad del Paciente	Médico Director
Fecha: 01/07/2014	Fecha: 01/08/2014	Fecha: 01/09/2014



19

ist — especialistas en prevención — DEPTO. MANTENCIÓN Y SERVICIOS

FICHA TÉCNICA

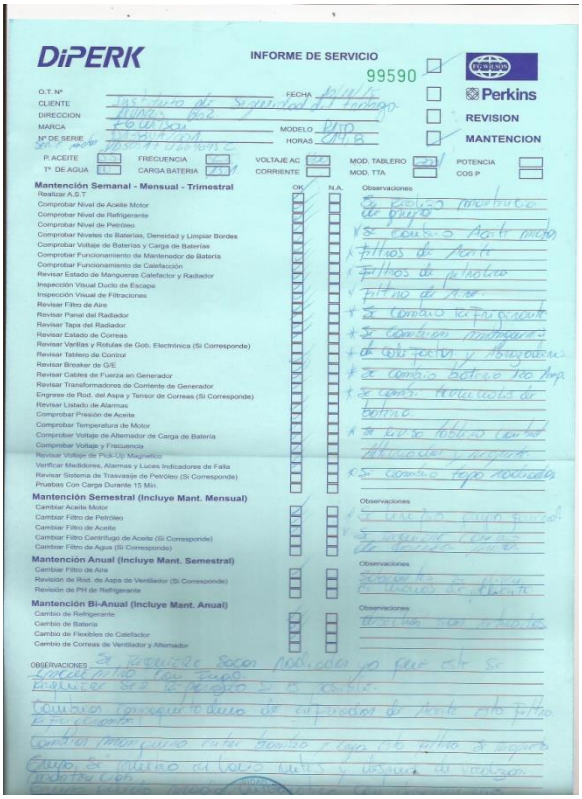
EQUIPO	GRUPO ELECTRÓGENO	SERVICIO	MANTENCIÓN
MARCA	FG WILSON	MODELO	P150 E
Nº DE SERIE	11623-P	CONDICIÓN	CRÍTICO
AÑO FABR.		PROVEEDOR	
MANTENCIÓN	ANUAL	EMPRESA	DIPERK
CALIBRACIÓN	NO REQUIERE	EMPRESA	

DESCRIPCIÓN

EQUIPO QUE PERMITE GENERAR ENERGÍA ELÉCTRICA PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA (CORTES DEL SISTEMA EXTERNO).

MANTENCIONES Y REPARACIONES

FECHA	MANT.	OBSERVACIÓN	Nº IT.	OP/NOP
10/11/13	X		88695	OP
04/11/14	X		93824	OP
10/11/15		RAPIDEZ CON FRIGA	99590	OP



DiPERK — INFORME DE SERVICIO 99590 — Perkins — REVISION — MANTENCION

O.T. Nº — FECHA — CLIENTE — DIRECCION — MARCA — MODELO — Nº DE SERIE — HORAS

P. ACEITE — FRECUENCIA — VOLTAJE AC — MOD. TABLERO — POTENCIA

Tº DE AGUA — CARGA BATERIA — CORRIENTE — MOD. TTA — COS P

Mantención Semanal - Mensual - Trimestral (OK / N.A. / Observaciones)

Realizar A.S.T
Comprobar Nivel de Aceite Motor
Comprobar Nivel de Refrigerante
Comprobar Nivel de Petróleo
Comprobar Niveles de Baterías, Densidad y Limpiar Bordes
Comprobar Voltaje de Baterías y Carga de Baterías
Comprobar Funcionamiento de Mantenedor de Batería
Comprobar Funcionamiento de Calefacción
Revisar Estado de Mangueras Calefactor y Radiador
Inspección Visual Ducto de Escape
Inspección Visual de Filtraciones
Revisar Filtro de Aire
Revisar Panal del Radiador
Revisar Tapa del Radiador
Revisar Estado de Correas
Revisar Varillas y Rotulas de Gob. Electrónica (Si Corresponde)
Revisar Tablero de Control
Revisar Breaker de G/E
Revisar Cables de Fuerza en Generador
Revisar Transformadores de Corriente de Generador
Engrase de Rod. del Aspa y Tensor de Correas (Si Corresponde)
Revisar Listado de Alarmas
Comprobar Presión de Aceite
Comprobar Temperatura de Motor
Comprobar Voltaje de Alternador de Carga de Batería
Comprobar Voltaje y Frecuencia
Revisar Voltaje de Pick-Up Magnético
Verificar Mediciones, Alarmas y Luces Indicadores de Falla
Revisar Sistema de Trasvasije de Petróleo (Si Corresponde)
Pruebas Con Carga Durante 15 Min.

Mantención Semestral (Incluye Mant. Mensual)

Cambiar Aceite Motor
Cambiar Filtro de Petróleo
Cambiar Filtro de Aceite
Cambiar Filtro Centrífugo de Aceite (Si Corresponde)
Cambiar Filtro de Agua (Si Corresponde)

Mantención Anual (Incluye Mant. Semestral)

Cambiar Filtro de Aire
Revisión de Rod. de Aspa de Ventilador (Si Corresponde)
Revisión de PH de Refrigerante

Mantención Bi-Anual (Incluye Mant. Anual)

Cambio de Refrigerante
Cambio de Batería
Cambio de Flexibles de Calefactor
Cambio de Correas de Ventilador y Alternador

OBSERVACIONES

Figuras (63 y 64): Ficha de registro de mantenciones del grupo electrógeno y informe de servicio de la empresa Diperk.

LÁMPARAS DE EMERGENCIA

Nº	LÁMPARA	UBICACIÓN	MARCA	MODELO	FECHA ÚLTIMA MANTENCIÓN	PERIOD CADA X DÍA	TIPO	FECHA PRÓXIMA MANTENCIÓN	
1	LÁMPARA E-5	Escala Puerta Errazuriz entre 5° y 4° piso	AUTOMATIC EMERGENCY LIGTH	1038	17/10/2015	365	INTERNA	16/10/2016	-334
2	LÁMPARA E-4	Escala Puerta Errazuriz entre 4° y 3° piso	AUTOMATIC EMERGENCY LIGTH	1038	17/10/2015	365	INTERNA	16/10/2016	-334
3	LÁMPARA E-3	Escala Puerta Errazuriz entre 3° y 2° piso	AUTOMATIC EMERGENCY LIGTH	1038	17/10/2015	365	INTERNA	16/10/2016	-334
4	LÁMPARA E-2	Escala Puerta Errazuriz entre 2° y 1° piso	AUTOMATIC EMERGENCY LIGTH	1038	17/10/2015	365	INTERNA	16/10/2016	-334
5	LÁMPARA E-1	Escala Puerta Errazuriz entre 1° y subterraneo	AUTOMATIC EMERGENCY LIGTH	1038	17/10/2015	365	INTERNA	16/10/2016	-334
6	LÁMPARA P-2	2° piso pabellón (antigua of. Zonal)	AUTOMATIC EMERGENCY LIGTH	1038	17/10/2015	365	INTERNA	16/10/2016	-334
7	LÁMPARA 5-2	5° piso	AUTO EMERGENCY LIGHT	AT-108A	17/10/2015	365	INTERNA	16/10/2016	-334
8	LÁMPARA 5-1	5° piso	AUTO EMERGENCY LIGHT	AT-108A	17/10/2015	365	INTERNA	16/10/2016	-334
9	LÁMPARA 2-5	Puerta 2 entre 5° y 4° piso	AUTOMATIC EMERGENCY LIGTH	1038	17/10/2015	365	INTERNA	16/10/2016	-334
10	LÁMPARA 4-2	4° piso	AUTO EMERGENCY LIGHT	AT-108A	17/10/2015	365	INTERNA	16/10/2016	-334
11	LÁMPARA 4-1	4° piso	AUTO EMERGENCY LIGHT	AT-108A	17/10/2015	365	INTERNA	16/10/2016	-334
12	LÁMPARA 2-4	Puerta 2 entre 4° y 3° piso	AUTOMATIC EMERGENCY LIGTH	1038	17/10/2015	365	INTERNA	16/10/2016	-334
13	LÁMPARA 3-3	3° piso	AUTOMATIC EMERGENCY LIGTH	1038	17/10/2015	365	INTERNA	16/10/2016	-334
14	LÁMPARA 3-2	3° piso	AUTO EMERGENCY LIGHT	AT-108A	17/10/2015	365	INTERNA	16/10/2016	-334
15	LÁMPARA 3-1	3° piso	AUTO EMERGENCY LIGHT	AT-108A	17/10/2015	365	INTERNA	16/10/2016	-334
16	LAMPARA 2-3	Puerta 2 entre 3° y 2° piso	AUTOMATIC EMERGENCY LIGTH	1038	17/10/2015	365	INTERNA	16/10/2016	-334
17	LÁMPARA 2-2	Puerta 2 entre 2° y 1° piso	AUTOMATIC EMERGENCY LIGTH	1038	17/10/2015	365	INTERNA	16/10/2016	-334

Figura (65): Programa de Mantenimiento preventivo de lámparas de emergencia.

IV. CONCLUSIONES

Dentro del nuevo marco de acreditación hospitalaria en Chile y luego de un largo proceso de años de aprendizaje en la Institución y el Hospital Clínico I.S.T. Viña del Mar, se realizó el proceso en comento, de la mano el mejoramiento de la seguridad de los pacientes del Hospital, gracias al esfuerzo de los integrantes del proceso, ya sea tanto el Departamento de Mantención y Servicios, como todas las otras jefaturas que intervienen en el proceso de acreditación.

En el Departamento de Mantención y Servicios del Hospital Clínico IST de Viña del Mar, se realizó un plan de acción de acuerdo a los requisitos que la pauta de cotejo contenía ya sea para el mantenimiento de instalaciones como de equipamiento, lo que dio como resultado la realización de distintos protocolos que estandarizaron los planes de mantenimiento del equipamiento e infraestructura en servicios tan complejos como Pabellón, Unidad de cuidados intensivos, Esterilización, Banco de Sangre, Hospitalización, Rayos X, Recuperación, Central Térmica, Central de Gases, Equipamiento contra Incendios, Sala de bombas, Equipamiento de emergencia ante un corte de suministro eléctrico, etc. Además de mejorar nuestros sistemas de control (Implementación sistema QR) y aumentar la seguridad del hospital ante cualquier tipo de catástrofe. Ahora los procedimientos y planes realizados, se tienen que mantener y mejorar con el transcurso del tiempo, ya sea por especificación de no conformidades en el momento de la Acreditación o por requerimientos internos del Departamento.

Asegurar la calidad en el área de salud es fundamental para los distintos prestadores ya sean públicos o privados, en sus diversas especializaciones, toda vez, que los usuarios requieren y deben siempre ser atendidos, bajo estándares de calidad y seguridad. Este proceso de Acreditación va a marcar un antes y un después en la calidad de salud en el país en general y el Hospital Clínico IST Viña del Mar.

Para obtener el resultado de este trabajo, se tuvo que adquirir conocimientos de salud y de los distintos procesos que tiene un Hospital, por supuesto también aprender del proceso de Acreditación Hospitalaria en Chile. A parte tener una base ingenieril y al menos un año de experiencia con algún cargo de supervisión en un Hospital.

V. BIBLIOGRAFÍA

[1] http://www.supersalud.gob.cl/.
[2] http://www.ist.cl/.
[3] http://www.leychile.cl/
[4] http://cambio21.cl/cambio21/site/
[5] Manual de Atención Cerrada.
[6] Pauta de cotejo del Manual de Atención Cerrada.
[7] Información dada por la Superintendencia de Salud.
[8] Información dada por empresa AGS.
[9] Catálogos de equipos.
[10] Figura (1) ***[Báez, S., "Desarrollo y Seguimiento del Proceso de Documentación de Infraestructura de Mantención Mecánica Hospitalaria para Auditoria de Certificación Bajo Norma",UTFSM,Valparaíso,2016].***
[11] Figura (2 a 10), se encuentran en http://www.ist.cl
[12] Figura (11) a Figura (12) ***[Báez, S., "Desarrollo y Seguimiento del Proceso de Documentación de Infraestructura de Mantención Mecánica Hospitalaria para Auditoria de Certificación Bajo Norma",UTFSM,Valparaíso,2016].***
[13] Figura (13 a 18) se encuentran en http//:www.supersalud.gob.cl
[14] Figura (19 a 21), se encuentran en el Departamento del Calidad del IST.
[15] Figura (22 a 24) se encuentran en http//www.lun.cl. http://www.lanacion.cl, www.elmercurio.cl.
[16] Figura (25) y Figura (29), se encuentra en http//:www.supersalud.gob.cl
[17] Figura (30) y Figura (31) ***[Báez, S., "Desarrollo y Seguimiento del Proceso de Documentación de Infraestructura de Mantención Mecánica Hospitalaria para Auditoria de Certificación Bajo Norma",UTFSM,Valparaíso,2016].***
[18] Figuras (32 a 65) del **Capítulo 5 (**Fotografías, Excel u otros documentos) son encontradas en el Departamento de Mantención y Servicios de Hospital IST Viña del Mar ***[Báez, S., "Desarrollo y Seguimiento del Proceso de Documentación de Infraestructura de Mantención Mecánica Hospitalaria para Auditoria de Certificación Bajo Norma",UTFSM,Valparaíso,2016].***

ANEXO 1

REGLAMENTO DEL SISTEMA DE ACREDITACION PARA LOS PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD DECRETO SUPREMO N° 15, DE 2007, DEL MINISTERIO DE SALUD

Publicado en el Diario Oficial de 03.07.07 ¬ Texto actualizado: Incorpora las modificaciones introducidas a este Reglamento por: ¬ el D.S. N°12/2012, MINSAL, publicado en el Diario Oficial del 16 de agosto de 2012; y ¬ el D.S. N°44/2013, MINSAL, publicado en el Diario Oficial del 23 de diciembre de 2013 (estas últimas destacadas en negrita).-

REGLAMENTO DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA LOS PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD. N° 15 SANTIAGO, 19 de enero de 2007

VISTOS: lo dispuesto en los Artículos 4° N° 11 y 12, 121, 122, 123, 125, 126, 127 y 128 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, y en el artículo 32 N° 6 de la Constitución Política de la República; DECRETO: Apruébase el siguiente Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud:

Título I

NORMAS GENERALES

Artículo 1º.- La acreditación de los prestadores institucionales de salud autorizados, públicos y privados, se efectuará en conformidad con el presente reglamento. Dicho proceso estará destinado a evaluar el cumplimiento, por parte de aquellos prestadores institucionales que se sometan a él, de los estándares fijados con el objeto de velar porque las prestaciones que otorgan revistan la calidad necesaria para resguardar la seguridad de sus usuarios.

Artículo 2º.- Para los efectos de este reglamento, se entenderá por:

a) Acreditación: el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos fijados por el Ministerio de Salud, en ejercicio de la atribución que le confiere el artículo 4° N° 11, del Decreto con 3 Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del

Ministerio de Salud, por parte de los prestadores institucionales autorizados por la autoridad sanitaria para funcionar, tales como hospitales, clínicas, consultorios, centros médicos y laboratorios.

b) Entidad acreditadora: una persona jurídica, pública o privada, autorizada para ejecutar procesos de acreditación por la Intendencia de Prestadores de Salud e inscrita en el Registro Público de Entidades Acreditadoras, descrito en el artículo 42 de este Reglamento;

c) Proceso de Autoevaluación: proceso periódico y documentado de evaluación de las actividades de mejoría continua de la calidad de la atención en salud, que realiza la misma entidad que pretende acreditarse, en lo relacionado con la seguridad de las prestaciones que otorga, que involucra la globalidad de los procesos de relevancia clínica de la institución considerando, entre otros procesos críticos, aquellos por los que postula a ser acreditado.

d) Registro Público de Entidades Acreditadoras: rol de carácter público en que la Intendencia de Prestadores de Salud inscribirá a las entidades acreditadoras autorizadas según las normas del presente reglamento;

e) Registro Público de Prestadores Acreditados: rol de carácter público en el que la Intendencia de Prestadores de Salud inscribirá a los prestadores institucionales de Salud que hayan sido acreditados, en virtud de haberse dado cumplimiento a los requisitos y procedimientos fijados en este reglamento; f) Arancel de Acreditación: la contraprestación pecuniaria que tienen derecho a percibir las entidades acreditadoras por los procesos de acreditación que ejecuten de conformidad con el presente reglamento y que será de cargo del prestador institucional evaluado, cuyo valor está fijado según el estándar a evaluar, el tipo de establecimiento y la complejidad de las prestaciones.

g) Estándar de Calidad: norma establecida por decreto del Ministerio de Salud dictado bajo la fórmula “Por orden del Presidente de la República”, en cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4º del Decreto con Fuerza de Ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, con el objetivo de garantizar que las prestaciones otorgadas por los prestadores institucionales alcancen la calidad requerida para la seguridad de sus usuarios; h) Superintendencia: la Superintendencia de Salud;

i) Intendencia o Intendencia de Prestadores: la Intendencia de Prestadores de Salud de la Superintendencia.

Artículo 3.- Los actos de autorización, fiscalización y registro relativos a la acreditación que se regulan en el presente reglamento, se regirán por lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley Nº 1 de 2005, del Ministerio de Salud y en la ley N° 19.880 y por las normas de este reglamento.

Título II DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD

Artículo 4º.- El Ministerio de Salud fijará, mediante decreto dictado bajo la fórmula "Por Orden del Presidente de la República", los estándares mínimos que se deberán cumplir, según los distintos tipos de establecimientos y los niveles de complejidad de las prestaciones, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de sus usuarios.

Tales normas se elaborarán en un procedimiento que contemplará la consulta previa a organismos técnicos competentes, tales como sociedades científicas, universidades, prestadores y organizaciones internacionales especializadas. Deberán basarse en criterios comúnmente aceptados y validados, fundamentados en evidencia científica. Aquellos estándares que se refieran a laboratorios serán elaborados con la participación del Instituto de Salud Pública de Chile.

Artículo 5°.- Los estándares abarcarán todas las materias que incidan en la seguridad de las respectivas prestaciones de salud, tales como condiciones sanitarias; requisitos de seguridad de las instalaciones y equipos, mantención y calibración de los mismos.

Además, deberán referirse a las técnicas y tecnologías aplicables a las prestaciones, personal necesario para llevarlas a cabo, su calificación laboral y cobertura, cumplimiento de protocolos de atención y los demás aspectos atingentes a la materia que resulten necesarios para el propósito de resguardar la seguridad de los usuarios.

Artículo 6°.- Se establecerán estándares generales para los distintos tipos de establecimientos y específicos para determinadas prestaciones o grupos de prestaciones. Los primeros se aplicarán a la totalidad del establecimiento en cuanto a su funcionamiento general como tal, en tanto que los específicos regirán prestaciones determinadas, de forma que los prestadores deberán evaluarse sobre el estándar general que corresponda a su tipo de establecimiento y además sobre aquellos específicos aplicables a las prestaciones por las que quiera ser acreditado.

Los estándares generales indicarán claramente qué nivel de cumplimiento de los mismos permite conceder acreditación al prestador y cual grado de observancia permite otorgar a éste acreditación condicionada a que se subsanen las observaciones formuladas. Si no se subsanan en los términos previstos en este reglamento, quedará sin efecto la acreditación condicional otorgada y las 5 acreditaciones concedidas sobre estándares específicos asociados a dicho estándar general.

La acreditación para una determinada prestación de salud solamente se obtendrá por el prestador, al ser aprobado su cumplimiento tanto del estándar general que le sea aplicable según el tipo de establecimiento como de los estándares particulares correspondientes a esa prestación en especial. Asimismo, los prestadores que cuenten con acreditación vigente que incluya el respectivo estándar general, y deseen ser acreditados en nuevas prestaciones de salud, solamente requerirán ser evaluados por los estándares específicos para éstas, sin que deban obtener una nueva evaluación del estándar general mientras ésta se mantenga vigente.

Artículo 7°.- Los prestadores institucionales de salud deberán solicitar su reacreditación cada tres años contados desde la fecha de obtención de la anterior; la vigencia de esa acreditación anterior se mantendrá hasta el término del proceso solicitado siempre que no se excedan los cinco años desde aquella fecha.

Artículo 8°.- El decreto respectivo que apruebe cada estándar se publicará en el Diario Oficial. El contenido de los mismos se imprimirá en un manual que estará a disposición de todos los interesados y se incluirá en la página de internet del Ministerio de Salud. Cada estándar regirá desde la fecha de la publicación en el Diario Oficial del decreto que lo aprueba, o desde aquella posterior que el mismo establezca.

Título III

DE LAS ENTIDADES ACREDITADORAS

Artículo 9°.- La acreditación será efectuada por personas jurídicas constituidas legalmente, autorizadas para este efecto por la Intendencia de Prestadores.

Lo anterior es sin perjuicio de las facultades que a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, o a otras entidades, la ley y el reglamento les confieran a este respecto.

Dichas entidades acreditadoras deberán justificar las competencias técnicas necesarias para las actividades que deseen desarrollar.

Artículo 10.- Las entidades acreditadoras deberán tener como director técnico a un profesional universitario del área de la salud, que cuente con formación en salud pública o en gestión y administración de servicios clínicos de salud, o experiencia de, al 6 menos, tres años en estas áreas. Deberá contar, además, con capacitación comprobada en el sistema de acreditación. (1)

Los directores técnicos podrán desempeñar esas funciones sólo en una entidad acreditadora a la vez y su función principal será la de dirigir el trabajo de los evaluadores. (1)

Para llevar a cabo las evaluaciones que correspondan, la entidad acreditadora deberá contar con un cuerpo de evaluadores constituido por profesionales universitarios idóneos y suficientes, en un número no inferior a ocho, los que sólo podrán desempeñar dicha función en una entidad acreditadora a la vez, lo que será función de la entidad controlar. (1) **Dichos evaluadores deberán contar con formación universitaria en calidad en salud y capacitación acerca del sistema de acreditación, la cual será evaluada por la Intendencia de Prestadores mediante un examen que tendrá una vigencia de tres años y cuya aprobación será requisito necesario para incorporarse al mencionado cuerpo de evaluadores. (2)**

La entidad acreditadora deberá disponer y mantener una adecuada infraestructura física, tales como oficinas y equipos informáticos, así como los recursos humanos de apoyo suficientes para el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 11.- Para obtener autorización para operar como entidad acreditadora los interesados deberán presentar a la Intendencia de Prestadores de Salud una solicitud en tal sentido acompañada de la siguiente documentación:

a) Identificación de la entidad, Rut, domicilio, teléfono e identificación completa de su representante legal: nombre, domicilio, Rut, estado civil, nacionalidad, dirección, profesión, teléfono;

b) Documentos auténticos que acrediten la personalidad jurídica de la entidad solicitante, sus estatutos y certificado de vigencia, según corresponda a cada tipo de persona jurídica;

c) Nómina del personal con que cuenta para dar cumplimiento a los requisitos de competencias humanas exigidas en el artículo 10, acompañando copias autorizadas de los correspondientes títulos y de los demás documentos que certifiquen sus competencias específicas; como asimismo, de los contratos que den cuenta de la vinculación existente entre la entidad solicitante y los profesionales referidos en dicha nómina;

d) Antecedentes que acrediten suficientemente la posesión por la solicitante de la infraestructura mínima a que alude el inciso final del artículo 10;

e) Nombre, domicilio, Rut, estado civil, nacionalidad, dirección, profesión, teléfono de su director técnico, con copia de los títulos o certificados que acrediten el cumplimiento de los requisitos previstos en el inciso primero del Artículo 10;

f) Protocolos de funcionamiento que aseguren buenas prácticas. (3)

Artículo 12.- La capacitación en evaluación de calidad de salud, señalada en el artículo 10 precedente, deberá comprender los siguientes contenidos: - Marco normativo que sustenta el Sistema Nacional de Acreditación. - Estructura y contenido de los estándares de acreditación vigentes.

- Marco metodológico sobre la evaluación en terreno de los estándares de acreditación y constatación de los puntos de verificación.

- Instrucciones vigentes a entidades acreditadoras emitidas por la Superintendencia de Salud.

- Requisitos de orden ético y conductual del evaluador.

- Buenas prácticas en el ejercicio de la evaluación.

- Revisión de tipos de indicadores en salud, fuentes de información y criterios estadísticos para definición de muestras.

- Normativa que regula el informe de acreditación y marco metodológico para su confección y fundamentación.

- Conocimiento general de sistemas informáticos establecidos para el proceso de acreditación por la Superintendencia de Salud.

- Prácticas en terreno de aplicación de estándares en prestadores institucionales de salud de atención cerrada de alta complejidad. Los cursos en que se imparta esta capacitación deberán tener una duración mínima de 80 horas pedagógicas en que se incluyan, a lo menos, 18 horas efectivas de práctica en terreno. La Intendencia de Prestadores podrá solicitar a las entidades acreditadoras todos los antecedentes que requiera para tener por acreditadas dichas condiciones. (4)

Artículo 13.- La Intendencia de Prestadores podrá solicitar los antecedentes faltantes exigidos en el presente reglamento y las aclaraciones pertinentes y emitirá una resolución autorizando a la entidad o desechando, fundadamente, su petición en un plazo no superior a veinte días contados desde que se han completado todos los antecedentes necesarios.

Artículo 14.- En la resolución que autorice a la entidad acreditadora o que la renueve, se podrán formular declaraciones respecto de las características técnicas y actividades que podrá desarrollar la entidad que se autoriza.

Artículo 15.- La autorización concedida tendrá una vigencia de cinco años mientras no sea revocada por la Intendencia de Prestadores, en conformidad con el presente reglamento. Dentro del plazo de los 90 días anteriores al vencimiento de dicho plazo, la entidad deberá solicitar la renovación de su autorización, la que se tramitará de conformidad con los artículos anteriores. Si, por el contrario, transcurriera el plazo de vigencia de la autorización sin que dicha entidad hubiere presentado una solicitud de renovación, dicha autorización se extinguirá.

Las entidades acreditadoras autorizadas deberán informar a la Intendencia de Prestadores respecto de todo cambio relevante que experimente en materia de personal o en

cualquiera otro de los antecedentes, a que se refiere el artículo 11 de este reglamento, y que sirvieron de fundamento a la obtención de su autorización, tan pronto ellos ocurran.

Título IV

DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

Artículo 16.- El representante legal del prestador institucional interesado en ser acreditado presentará una solicitud al efecto ante la Intendencia de Prestadores en los formularios físicos o electrónicos que se establezcan, señalando claramente las prestaciones o grupos de prestaciones que someterá al procedimiento. Junto con dicha solicitud se deberá acompañar copia de la respectiva autorización sanitaria vigente, así como un informe de su proceso previo de autoevaluación, el que deberá haber sido ejecutado y concluido en los doce meses anteriores. La solicitud de acreditación señalará, en todo caso, el domicilio en que el representante legal del prestador institucional desea ser en adelante notificado de las resoluciones que recaigan tanto en esta solicitud, como de toda otra posterior que se dicte por la Intendencia de Prestadores en el proceso de acreditación, así como en la fiscalización de la misma por parte de dicha Intendencia.

Artículo 17.- Una vez que se hubiere constatado que la solicitud de acreditación reúne los requisitos antes señalados así se declarará en una resolución que señalará, además, los estándares que deberán evaluarse para la acreditación solicitada, el valor de esta actuación de acuerdo con el arancel y la fecha del procedimiento de designación de entidad acreditadora para ese prestador y ordenará su incorporación al proceso de designación aleatoria de entidad acreditadora.

Artículo 18.- La designación de la entidad que deberá efectuar la acreditación se realizará por la Intendencia de Prestadores mediante un procedimiento de sorteo en el que se utilizará una tómbola y se permitirá la libre asistencia del público. Este procedimiento deberá asegurar una adecuada distribución de los prestadores institucionales, según su tipo y complejidad, entre las entidades acreditadoras participantes en el sorteo. Con el fin de evitar que la misma entidad sea designada para dos acreditaciones consecutivas a un mismo prestador, se la excluirá de la tómbola en el sorteo correspondiente. (5)

Artículo 19.- Los sorteos para designar a las entidades acreditadoras se efectuarán los días lunes o el primer día hábil siguiente, si aquel fuere inhábil. (6) En éstas se incluirán todas las entidades acreditadoras contenidas en el registro de la Intendencia para los estándares de que se trata y todos los prestadores cuya acreditación se hubiere dispuesto hasta el día jueves anterior al procedimiento.

La Intendencia de Prestadores dejará constancia de los resultados de la actuación, lo que será notificado a las entidades acreditadoras y prestadores interesados. Las entidades acreditadoras seleccionadas deberán manifestar a la Intendencia su aceptación o rechazo por motivos fundados de esta designación, en el término de cinco días contados desde su notificación.

Artículo 20.- Si la entidad acreditadora designada comunica su aceptación de la evaluación, la Intendencia ordenará que el prestador pague a su evaluadora la cantidad correspondiente a la mitad del arancel fijado en la resolución señalada en el artículo 17 de este reglamento, en el plazo máximo de diez días hábiles, agregando a dicha cantidad, si correspondiere, el recargo por distancia a que se refiere el artículo 35. Vencido ese término sin que se haya cumplido esta obligación, se tendrá al prestador por desistido de su solicitud de acreditación.

Dentro de quinto día hábil de recibido dicho pago, la entidad acreditadora comunicará al prestador y a la Intendencia el día en que dará inicio al proceso de evaluación, el que deberá encontrarse dentro de los cuarenta días hábiles siguientes a dicho pago.

En caso que el prestador que ha solicitado su acreditación esté en desacuerdo con la fecha de inicio de la evaluación definida por la entidad acreditadora, deberá comunicarlo a la Intendencia de Prestadores en el plazo de 5 días hábiles contados desde la notificación que, al efecto, se le haya efectuado. La Intendencia oirá a ambas partes y, con el mérito de los antecedentes procederá a fijar una nueva fecha.

La entidad acreditadora tendrá un plazo de 5 días hábiles para aceptar la nueva fecha propuesta, lo que dará lugar al pago del arancel correspondiente según lo dispuesto en el inciso primero. Si la entidad acreditadora no aceptare 10 expresamente la fecha propuesta en el plazo antes señalado, se tendrá por desierta la acreditación y tendrá lugar lo dispuesto en el inciso final del artículo 22.

Si, una vez recibido el pago de la parte del arancel que dispone este artículo, la entidad acreditadora no iniciara el proceso en el plazo señalado en el inciso segundo de este artículo, la Intendencia de Prestadores dará inicio al procedimiento sumarial correspondiente.

Si en el plazo antes señalado, fuere el prestador quien rechazare la nueva fecha fijada o se desistiere de su solicitud de acreditación o, por cualquier causa que le sea imputable, impidiera el inicio de dicho procedimiento en la fecha acordada, se le tendrá por desistido del procedimiento, adquiriendo la entidad acreditadora el derecho a cobrar o retener, según corresponda, la parte del arancel a que se refiere el inciso primero. (7)

Artículo 21.- En caso de no existir entidades autorizadas para acreditar el estándar de que trate alguna solicitud, la Intendencia de Prestadores previa constatación de estas circunstancias podrá requerir del Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo la ejecución de determinados procesos de acreditación.

Artículo 22.- En el proceso de evaluación, la entidad acreditadora contrastará las condiciones del prestador con los estándares aplicables para determinar si los cumple. Si la institución, al término de todas las evaluaciones que correspondan, no alcanza los requisitos y condiciones definidos en el estándar, en la forma en que éstos han sido previstos en él, no será acreditada. La acreditación, en total, no podrá exceder de 30 días hábiles contados desde su inicio hasta la emisión del informe final. En casos debidamente justificados, este plazo podrá ser ampliado por una sola vez y hasta por un período máximo igual, siempre que tal ampliación se solicitare con anterioridad al vencimiento del plazo original.

En el evento que el proceso excediere dichos plazos se tendrá por desierta la acreditación y el prestador institucional tendrá derecho a solicitar que se le designe, en la misma forma antes señalada, una nueva entidad acreditadora, perdiendo la entidad originalmente designada todo derecho a cobrar el arancel correspondiente y debiendo devolver, en el plazo de cinco días hábiles, la parte del mismo que recibió, así como todo antecedente o documentación que el prestador le hubiere entregado para efectuar las evaluaciones, y todo ello sin perjuicio de las sanciones que correspondan.

Artículo 23.- En las evaluaciones que la entidad acreditadora efectúe durante y con motivo del procedimiento de acreditación empleará siempre criterios objetivos, no

discriminatorios e imparciales, comúnmente aceptados y científicamente fundados. **La entidad acreditadora deberá conformar un expediente individual para cada procedimiento de acreditación que efectúe, en el cual se incorporarán todos los antecedentes del mismo, así como los registros de los hallazgos y constataciones efectuadas, de modo que ellos permitan fundamentar las evaluaciones y decisiones que adopte durante el procedimiento y en su informe final, pudiendo obtener copias u otras formas de registros de sus hallazgos. El expediente se encontrará permanentemente disponible en las oficinas de la entidad para su fiscalización por la Intendencia de Prestadores. (8)**

Artículo 24.- Asimismo, tanto la entidad acreditadora como sus evaluadores deberán evitar encontrarse en situaciones de conflicto de intereses con los prestadores institucionales que les corresponda evaluar que les impidan la debida objetividad. Se entenderá que, especialmente, incurren en conflicto de intereses cuando los dueños, socios o administradores de una entidad acreditadora o sus evaluadores, se encuentren en alguna de las siguientes circunstancias:

a) Ser dueños, socios, directores, administradores o representantes de prestadores institucionales de salud que se encuentren ubicados en la misma región que el prestador al que van a evaluar, proporcionarle a dichos prestadores servicios profesionales, comerciales o laborales a cualquier título, o tener alguna de esas condiciones sus cónyuges, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive.

b) Haber prestado, en los últimos doce meses, asesoría en materias de calidad en salud, acreditación o programas de mejoramiento continuo de la calidad, a los prestadores que les corresponda evaluar.

La entidad acreditadora que estime encontrarse en alguna de las situaciones referidas, rechazará sobre esa base la designación como evaluadora comunicándolo a la Intendencia y, si se tratare de un evaluador en particular lo excluirá completamente del proceso al que ha sido convocada. Si la incompatibilidad se produce durante la evaluación comunicará inmediatamente a la Intendencia la circunstancia sobreviniente y detendrá el proceso en curso. Ante esta situación, la Intendencia procederá a designar una nueva entidad evaluadora y ordenará la devolución de los aranceles pagados.

En los meses de enero y julio de cada año (9) las entidades acreditadoras deberán presentar a la Intendencia de Prestadores una declaración sobre las relaciones comerciales que la entidad, sus propietarios, socios y evaluadores tuvieren con prestadores institucionales de salud, sus representantes o administradores, así como de toda actividad de asesoría o capacitación en salud que, respecto de estas instituciones, hubieren ejecutado durante el año anterior. 12 La Intendencia de Prestadores, establecerá el formato de dicha declaración y podrá solicitar las aclaraciones que considere necesarias. (10)

Artículo 25.- El prestador evaluado proporcionará todas las facilidades que la entidad requiera para efectuar oportuna y debidamente la acreditación respectiva. En caso de obstrucciones al cumplimiento de su cometido, la entidad acreditadora lo informará a la Intendencia, la cual podrá ordenar la emisión del informe final con sólo los antecedentes que hasta entonces se dispongan o dar por concluida la evaluación y ordenar el pago del arancel correspondiente a la entidad acreditadora.

La entidad acreditadora llevará a cabo una reunión final a la que asistirá su director técnico y los evaluadores que participaron en el proceso junto con los directivos y encargados de calidad del prestador evaluado para presentar los hallazgos encontrados en el mismo, especialmente aquellos referidos a las características obligatorias. En dicha sesión el prestador evaluado podrá precisar o aclarar dudas antes de finalizar la fase de recabar información en terreno. De dicha reunión se levantará un acta firmada por todos los asistentes, consignándose si alguno rehúsa firmar y sus motivos, que se remitirá a la Intendencia de Prestadores conjuntamente con el informe final. (11)

Artículo 26.- Todos los funcionarios públicos y los empleados y directivos de las entidades acreditadoras deberán guardar la más estricta confidencialidad sobre los datos, antecedentes o materias de que tomen conocimiento a causa o con ocasión de acreditaciones de prestadores institucionales de salud, conforme a las normas que rigen el secreto profesional y el secreto estadístico y demás leyes sobre la materia.

Artículo 27.- La entidad acreditadora comunicará al prestador y a la Intendencia de Prestadores la fecha en que ha completado el proceso de evaluación y, dentro de los cinco días hábiles siguientes, enviará a la Intendencia de Prestadores un informe en el que se consignarán, a lo menos, los siguientes contenidos:

1° Fecha del informe;

2° Los estándares evaluados;

3° Descripción del procedimiento realizado y su duración;

4° Profesionales que lo llevaron a cabo, indicando su nombre completo y título profesional;

5° Una relación ordenada, lógica y pormenorizada de todos los hallazgos efectuados, así como de los criterios objetivos, científica y comúnmente aceptados, que hayan fundamentado sus decisiones relativas al cumplimiento, o no, de cada una de las características evaluadas;

6° Una relación ordenada, lógica y pormenorizada sobre la forma en que se dio cumplimiento a las reglas de decisión establecidas para cada uno de los estándares evaluados;

7° La declaración sobre si el prestador institucional ha resultado acreditado o no.

Copia del informe será remitido por la Intendencia de Prestadores al Instituto de Salud Pública, cuando corresponda, a más tardar dentro de tercer día desde su recepción. Dichas instituciones constatarán que se haya dado cumplimiento a las exigencias señaladas en el inciso primero, pudiendo, si así lo estimare necesario, ordenar a la entidad efectuar todas las correcciones correspondientes, oír a los representantes del prestador institucional evaluado y declarar desierto el procedimiento conforme lo dispuesto en el inciso final del Artículo 22, todo ello sin perjuicio del ejercicio de sus demás facultades fiscalizadoras y sancionatorias pertinentes.

Una vez que la Intendencia de Prestadores o el Instituto de Salud Pública, en su caso, estimen que los contenidos del informe de acreditación cumplen las exigencias señaladas en el inciso primero, así lo declararán mediante resolución fundada y ordenarán a los representantes del prestador evaluado el pago de la segunda cuota de los aranceles dentro del plazo de cinco días hábiles. Ni la Intendencia, ni el Instituto de Salud Pública en su caso, podrán entregar el respectivo informe mientras el prestador

evaluado no haya pagado el saldo del arancel antes aludido. Asimismo, la Intendencia no podrá inscribir al prestador en el registro de prestadores acreditados si no se le comprobare el pago total del arancel correspondiente, ni podrá admitir a trámite, en tales casos, ninguna solicitud de acreditación que se presente a su respecto. (12)

Artículo 28.- En aquellos casos en que el prestador evaluado se encontrare en situación de ser acreditado con observaciones, respecto de un estándar que así lo permita, la entidad acreditadora comunicará esta circunstancia en el informe aludido y solicitará al prestador que presente, en el plazo máximo de diez días, un plan de corrección de las deficiencias señaladas en el informe con un cronograma de su cumplimiento en un lapso no superior a seis meses. En caso de no acompañarse ese plan o ser rechazado por insuficiente el presentado, la entidad acreditadora, dentro de quinto día, declarará no acreditado al prestador, por el contrario y en el mismo plazo, si el plan es aprobado lo declarará acreditado, enviando copia de estos informes a la Intendencia.

Artículo 29.- La verificación del cumplimiento del plan de corrección aprobado, se efectuará en un nuevo proceso de evaluación, dirigido solamente a esta materia y cuyo arancel corresponderá a la mitad del correspondiente al proceso de acreditación que lo causó. 14 Esta nueva evaluación será solicitada por el prestador en el plazo de diez días hábiles contados desde el vencimiento del plan de corrección, si así no lo hiciere o el procedimiento fracasare el prestador quedará no acreditado y, en consecuencia, la Intendencia cancelará su inscripción en el registro correspondiente.

Título V

DE LOS ARANCELES

Artículo 30.- Las entidades acreditadoras y el Secretario Regional Ministerial de Salud, en su caso, cobrarán por las evaluaciones que lleven a cabo el Arancel de Acreditación, cuyo precio será pagado por el prestador institucional sometido a este proceso.

Artículo 31.- Para el exclusivo efecto del pago de los aranceles correspondientes, se considerará prestador institucional de atención cerrada a aquel que cuente con autorización sanitaria otorgada en conformidad a la normativa aplicable a los hospitales y clínicas, todos los demás se entenderán ser de atención abierta.

Artículo 32.- De acuerdo con su infraestructura, los prestadores de atención cerrada se considerarán pertenecer a alguna de las siguientes categorías: a) de Alta Complejidad cuando tengan una unidad destinada a la atención de pacientes críticos, b) de Mediana Complejidad sí, no poseyendo la unidad mencionada, cuentan con pabellón de intervención quirúrgica para la práctica de cirugías generales que no requieran la participación de subespecialidades quirúrgicas, o c) de Baja Complejidad si no se incluyen en alguna de las categorías anteriores.

Artículo 33.- Por su parte, los prestadores de atención abierta se entenderán pertenecer a una de las siguientes categorías: a) de Alta Complejidad cuando efectúen cirugías ambulatorias tales como colecistectomías, cirugías ginecológicas por vía laparoscópica, artroscopias, mastectomías parciales, acceso vascular complejo y demás de semejante nivel de riesgo sanitario, b) de Mediana Complejidad, si, no efectuando las cirugías descritas en la letra a) precedente, realizan procedimientos invasivos de tipo 15 diagnóstico o terapéutico que pudieren requerir sedación moderada a profunda, o c) de Baja Complejidad, si no se incluyen en alguna de las categorías anteriores.

La categoría a que pertenecen los laboratorios señalados en la letra a) del artículo 59 del DFL N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, se determinará según la clasificación que para estos efectos establezca por decreto dictado bajo la fórmula “Por Orden del Presidente de la República”, el Ministerio de Salud de sus distintos niveles de complejidad.

Artículo 34.- El grado de complejidad que poseen los establecimientos integrantes de la Red Asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud se determinará de acuerdo con lo establecido en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

Artículo 35.- El arancel aplicable a las acreditaciones de establecimientos institucionales de salud será el siguiente: I. Estándares generales: A. Atención Cerrada: a) de alta complejidad: 120 UTM b) de mediana complejidad: 100 UTM c) de baja complejidad: 60 UTM B. Atención Abierta:

a) de alta complejidad: 100 UTM

b) de mediana complejidad: 80 UTM

c) de baja complejidad: 40 UTM. II.- Estándares específicos:

A. Atención Cerrada: 20 UTM por cada seis estándares o fracción inferior a ese número

B. Atención Abierta: 10 UTM por cada seis estándares o fracción inferior a ese número Recargo por distancia: 20 UTM por distancia superior a 450 kilómetros de vías terrestres o más de seis horas de traslado por el medio habitualmente disponible, entre el prestador y la sede más cercana de la entidad acreditadora.

Artículo 36.- En el evento que la entidad acreditadora al constituirse en el establecimiento a evaluar constatare que el monto del arancel determinado por la Intendencia, de conformidad con el artículo 17 de este reglamento, no corresponde con el verdadero tipo y nivel de complejidad del prestador, podrá 16 reclamar ante dicho organismo, el cual, previa audiencia del prestador afectado, podrá ajustar los aranceles o, en caso de no aceptarlos el prestador, dar por terminada la evaluación sin obligación de devolución de la parte de los aranceles ya recibida.

Título

VI DE LA FISCALIZACIÓN

1. Normas Generales

Artículo 37.- Corresponderá a la Intendencia de Prestadores y al Instituto de Salud Pública, la fiscalización de las entidades acreditadoras de su competencia, verificando el cumplimiento de los procesos y estándares de acreditación en la realización de sus evaluaciones y de todas las disposiciones del presente reglamento. Sin embargo, sus facultades no incluyen el pronunciamiento sobre el manejo clínico individual de casos. El Instituto de Salud Pública será competente para la fiscalización de las entidades acreditadoras de los laboratorios a que se refiere la letra a) del Artículo 59 del Decreto con Fuerza de Ley Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud, sin perjuicio de las facultades de la Intendencia de Prestadores.

Asimismo, les corresponderá la fiscalización de los prestadores institucionales acreditados respecto de la mantención de los estándares de acreditación.

Artículo 38.- Sin perjuicio de sus facultades legales, la Intendencia de Prestadores y el Instituto de Salud Pública en las fiscalizaciones que ejecuten podrán requerir toda la información que sea necesaria para el cumplimiento de su función, conforme a las disposiciones de la ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada, en lo concerniente a datos de carácter personal, y con el debido resguardo por parte de los funcionarios que tengan acceso a ellos del secreto profesional y del secreto estadístico establecido en la ley N° 17.374 sobre los mismos, obligación que no cesa por haber terminado sus actividades en este campo.

Igualmente, podrán solicitar de los organismos públicos la información y colaboración que sea necesaria para el mejor desarrollo de las funciones que la ley les asigna en esta materia.

2. Del procedimiento sumarial

Artículo 39.- Los organismos fiscalizadores señalados en los artículos anteriores, en sus respectivos ámbitos de competencias, instruirán de oficio o a petición de interesado, el correspondiente procedimiento sumarial destinado a 17 verificar las eventuales infracciones a las normas del presente reglamento y a establecer las responsabilidades y sanciones consiguientes. Los procedimientos sumariales se someterán a las siguientes reglas:

1. Cuando en un proceso de fiscalización se detecten eventuales infracciones al presente reglamento se levantará acta destinada al efecto, procediéndose a dar traslado a la entidad acreditadora o al prestador institucional.

2. La entidad acreditadora o el prestador institucional, en su caso, dispondrá de diez días hábiles para formular sus observaciones por escrito contados desde la fecha de su notificación.

3. En caso de ser procedente, se formularán cargos contra la entidad acreditadora o prestador institucional de salud de que se trate, requiriéndole que presente los descargos específicos en relación con los cargos formulados, en el plazo de diez días hábiles, debiendo acompañarse en dicho plazo todas las pruebas pertinentes.

4. Las notificaciones que efectúe la Intendencia de Prestadores se efectuarán de conformidad a las normas establecidas en la ley N° 19.880, sobre bases de los procedimientos administrativos.

5. Transcurrido el plazo señalado en el número 3 precedentes, con los descargos o sin ellos, se emitirá, dentro de décimo día hábil, el respectivo dictamen, el que será debidamente fundado y por el cual se absolverá o establecerá las responsabilidades y sanciones que correspondieren.

6. En el caso de los procedimientos sumariales contra prestadores institucionales de salud por incumplimiento de los estándares de su acreditación, el Intendente de Prestadores de Salud o el Director del Instituto de Salud Pública, una vez que sea verificada la infracción, aplicarán las siguientes reglas:

a) Se comunicará formalmente tal verificación al sumariado, a fin que éste presente ante la Intendencia o el Instituto de Salud Pública, en el plazo que éstos señalen, y que no podrá ser inferior a diez días hábiles ni superior a veinte, una propuesta de plan de ajuste y corrección de las infracciones constatadas, en la que el sumariado propondrá los plazos en que tales correcciones serían materializadas por el infractor.

b) Formulada que sea la propuesta antes referida, la autoridad resolverá, dentro de décimo día hábil respecto de la misma, acogiendo el plan propuesto si éste se ajusta a la normativa o rechazándolo en caso contrario;

c) Si lo acogiere, ordenará la suscripción de un convenio que contendrá sus términos y fiscalizará su debido cumplimiento;

d) Si lo rechazare, procederá a emitir su dictamen, en el cual podrá ordenar la realización de una nueva evaluación a dicho prestador;

e) Si ordenare una nueva evaluación dispondrá al mismo tiempo la anotación de esta circunstancia en el Registro de Prestadores Institucionales de Salud Acreditados. 7. Todo lo anterior es sin perjuicio del ejercicio de las facultades conferidas al Intendente de Prestadores en el inciso segundo del artículo 122 del Decreto con Fuerza de Ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, cuando ello sea pertinente.

Artículo 40.- El Intendente de Prestadores de Salud o el Director del Instituto de Salud Pública podrán hacer observaciones a los prestadores institucionales de salud sobre las faltas graves en que hayan incurrido en el cumplimiento de sus tareas esenciales, informando de ello también al Director del Servicio de Salud respectivo y al Subsecretario de Redes Asistenciales. Asimismo, en casos graves de infracción a normas sanitarias, podrán informar a la autoridad sanitaria competente para la adopción de las medidas previstas en el Código Sanitario que sean pertinentes.

Artículo 41.- Tratándose de entidades acreditadoras, el Intendente de Prestadores de Salud y el Director del Instituto de Salud Pública podrá aplicar las siguientes sanciones, de acuerdo al mérito del respectivo proceso: 1.- Amonestación por escrito. 2.- Multa de hasta 1.000 unidades de fomento. En caso de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, comprobadas en un período de doce meses, podrá aplicar una multa de hasta cuatro veces ese monto. 3.- Cancelación de la inscripción en el registro de entidades acreditadoras, y 4.- Las demás que autoricen las leyes y reglamentos. La multa que se determine será compatible con cualquiera otra sanción.

Título VII

DE LOS REGISTROS PÚBLICOS DE PRESTADORES ACREDITADOS Y DE ENTIDADES ACREDITADORAS AUTORIZADAS

Artículo 42.- La Intendencia de Prestadores llevará un registro público informático de todas las entidades acreditadoras con autorización vigente para ejercer como tales. Éste tendrá dos secciones, una de carácter general, en que figurarán todas las entidades acreditadoras de todo el país, y la otra de carácter regional, en que figurarán las entidades acreditadoras autorizadas de cada región, listadas en orden alfabético en cada una de ellas y en la forma que instruya al efecto dicha Intendencia. Para este efecto, el Instituto de Salud Pública proporcionará a dicha Intendencia la información sobre las entidades acreditadoras que fiscaliza, manteniéndola permanentemente al día.

Respecto de cada entidad acreditadora, en ambas secciones se incluirá, a lo menos, su nombre, domicilio y direcciones de sus sedes, número de teléfono y de rol único tributario, nombre y domicilio de su representante legal y la fecha de su autorización. El registro

estará disponible para el examen de cualquiera que desee consultarlo, y estará incorporado en la página de internet de la Superintendencia.

Artículo 43.- Asimismo, la Intendencia de Prestadores llevará un registro público informático de todos los prestadores institucionales de salud acreditados, que constará de dos secciones en que éstos aparecerán divididos según el tipo de establecimiento y complejidad asistencial del mismo, en orden alfabético, una sección será de carácter nacional y otra regional, según las regiones del país en que se encuentren ubicadas. Con esta finalidad, el Instituto de Salud Pública proporcionará la información respecto de los prestadores de su competencia y mantendrá dichos datos permanentemente al día.

En ambas secciones se incluirán, a lo menos, el nombre del prestador, dirección, teléfono, nombre, domicilio y Rut de su representante legal, la fecha de las acreditaciones que le han efectuado y las entidades que los llevaron a cabo, vigencia de las mismas.

El registro estará disponible para el examen de cualquiera que desee consultarlo y estará incorporado en la página de internet de la Superintendencia.

Una vez efectuado el registro del prestador institucional, la Intendencia de Prestadores emitirá un certificado que contendrá todas las menciones de dicho registro, certificado que deberá ser mantenido en el establecimiento asistencial, en un lugar visible para todo el público que allí concurra, estándole prohibido al prestador proporcionar cualquier información sobre su acreditación que pueda inducir a error al público sobre la misma.

ARTÍCULO TRANSITORIO.- El presente reglamento entrará a regir desde su publicación en el Diario Oficial. Sin perjuicio de lo anterior, al dictarse cada estándar de calidad se señalará el plazo a partir del cual será exigible la aplicación del sistema de acreditación respecto de tales estándares para los efectos de lo prevenido en el numeral 2° del Artículo Tercero Transitorio de la Ley N° 19.966.

ANÓTESE, TÓMESE RAZON Y PUBLÍQUESE EN EL DIARIO OFICIAL.- MICHELLE BACHELET JERIA, PRESIDENTA DE LA REPUBLICA.- DRA. MARÍA SOLEDAD BARRÍA IROUMÉ, MINISTRA DE SALUD.- 20 ¬ (1) Modificado por el N°1 del D.S. N°12, de 2012, del MINSAL; ¬ (2) Frase final sustituida por el N°1 del D.S. N°44, de 2013, del MINSAL; ¬ (3) Literal agregado por el N°2 del D.S. N°44, de 2013, del

MINSAL; ¬ (4) Artículo reemplazado por el N°3 del D.S. N°44, de 2013, del MINSAL; ¬ (5) Artículo reemplazado por el N°2 del D.S. N°12, de 2012, del MINSAL; ¬ (6) Frase reemplazada por el N°3 del D.S. N°12, de 2012, del MINSAL; ¬ (7) Modificado por los Nos. 4, 5 y 6 del D.S. N°12, de 2012, del MINSAL; ¬ (8) Los dos incisos finales fueron introducidos por el N°4 del D.S. N°44, de 2013, del MINSAL; ¬ (9) Modificado por el N°5 del D.S. N°44, de 2013, del MINSAL; ¬ (10) Los dos incisos finales fueron introducidos por el N°8 del D.S. N°12, de 2012, del MINSAL; ¬ (11) Inciso segundo nuevo introducido por el N°6 del D.S. N°44, de 2013, del MINSAL; ¬ (12) Artículo reemplazado por el N°7 del D.S. N°44, de 2013, del MINSAL. ¬ Disposición Transitoria del Decreto Supremo N°12, de 2012, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial con fecha 16 de agosto de 2012: "Artículo 1º.- Los requisitos referidos a formación universitaria en calidad en salud y capacitación comprobada acerca del sistema de acreditación, que establece el presente decreto, les serán exigibles a quienes se encuentran ejerciendo funciones de directores técnicos y evaluadores en una entidad acreditadora autorizada a la fecha de entrada en vigencia del mismo, una vez que hayan transcurrido dos años desde esa fecha. Asimismo, las entidades acreditadoras autorizadas a la fecha de entrada en vigencia del mismo, dispondrán del plazo de dos años para que les sea exigible la obligación de contar con una cantidad mínima de ocho evaluadores exclusivos que el mismo establece." ¬ Disposiciones Transitorias del Decreto Supremo N°44, de 2013, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial con fecha 23 de diciembre de 2013: "ARTÍCULOS TRANSITORIOS "Artículo 1°.- Los requisitos que establece el presente decreto a entidades acreditadoras, evaluadores y procesos de evaluación sólo serán exigibles a partir de su entrada en vigencia, manteniendo plena validez los procesos de acreditación llevados a cabo hasta esa fecha y el reconocimiento otorgado a entidades evaluadoras. Sin perjuicio de ello, el requisito a los evaluadores de rendir un examen ante la Intendencia de Prestadores, que establece el nuevo texto del artículo 10, les será exigible una vez transcurridos seis meses desde la entrada en vigencia del presente decreto, mediante un examen al que convocará dicha institución, con una segunda convocatoria para quienes reprueben en el primer llamado y para quienes, justificadamente, no hayan podido rendirlo en la primera ocasión. Asimismo, la modificación introducida al artículo 24 entrará en vigencia el 1° de julio de 2014.

ANEXO 2

CARTAS DE RESPONSABILIDAD

Viña del Mar, 22 de enero del 2014

IST
especialistas en prevención

Sr. José Báez V.
Jefe de Mantención
Hospital Clínico IST
Viña del Mar

De mi consideración

Mediante la presente informo a usted que para nuestra Institución comprometida con la cultura de calidad y seguridad en la atención, es de alta importancia contar con encargados en cada uno de los servicios clínicos y unidades de apoyo.

Es por este motivo que lo hemos designado a usted como responsable institucional de dirigir y coordinar el **Mantenimiento Preventivo de las Instalaciones** del Hospital Clínico IST Viña del Mar, solicitando que como actividad principal elabore anualmente un programa de mantenimiento preventivo que incluya al menos: ascensores, calderas, sistema de aspiración y gases clínicos, techumbres y sistema de climatización para unidades y áreas clínicas relevantes.

Estamos ciertos que su aporte será significativo para el logro que como organización nos hemos fijado, asegurando el adecuado cumplimiento del proceso de acreditación.

Dr. Víctor Nicovani H.
Director Médico

Jose Baez V.
Jefe de Mantención

Cc: Depto. Calidad y Seg. del Paciente

www.ist.cl

Viña del Mar, 22 de enero del 2014

especialistas en prevención

Sr. José Báez V.
Jefe de Mantención
Hospital Clínico IST
Viña del Mar

De mi consideración

Mediante la presente informo a usted que para nuestra Institución comprometida con la cultura de calidad y seguridad en la atención, es de alta importancia contar con encargados en cada uno de los servicios clínicos y unidades de apoyo.

Es por este motivo que lo hemos designado a usted como responsable institucional de dirigir y coordinar el **Plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico y de agua potable** del Hospital Clínico IST Viña del Mar, solicitando que como actividad principal elabore anualmente un programa de mantenimiento preventivo y realización de prueba de los sistemas de iluminación de emergencia, mantención preventiva del sistema de provisión de agua de emergencia y revisión periódica de calidad de agua de estanques de reserva.

Estamos ciertos que su aporte será significativo para el logro que como organización nos hemos fijado, asegurando el adecuado cumplimiento del proceso de acreditación.

Dr. Victor Nicovani H.
Director Médico

Jose Baez V.
Jefe de Mantención

Cc: Depto. Calidad y Seg. del Paciente

www.ist.cl

Viña del Mar, 01 de agosto 2015

especialistas en prevención

Sr. Sebastian Báez R.
Ingeniero Mecánico
Asistente de Mantención
Plan de Prevención de Incendio
Hospital Clínico IST
Viña del Mar

De mi consideración

Mediante la presente informo a usted que para nuestra Institución comprometida con la cultura de calidad y seguridad en la atención, es de alta importancia contar con encargados en cada uno de los servicios clínicos y unidades de apoyo.

Es por este motivo que lo hemos designado a usted como **responsable institucional del Plan de Prevención de Incendio del Hospital Clínico IST Viña del Mar**, solicitando que como actividad principal, facilite, supervise y asegure el mantenimiento preventivo de: extintores portátiles de incendio, de la red húmeda y del sistema de iluminación de emergencia como del equipo electrógeno del establecimiento.

La presente designación tendrá vigencia indefinida mientras permanezca en sus funciones.

Víctor Nicovani H.
Director Médico

Sebastian Báez R.
Plan de Prevención de Incendio

Cc: Depto. Calidad y Seg. del Paciente

www.ist.cl

Viña del Mar, 01 de agosto 2015

especialistas en prevención

Sr. José Báez V.
Ingeniero Mecánico
Jefe de Mantención
Hospital Clínico IST
Viña del Mar

De mi consideración

Mediante la presente informo a usted que para nuestra Institución comprometida con la cultura de calidad y seguridad en la atención, es de alta importancia contar con encargados en cada uno de los servicios clínicos y unidades de apoyo.

Es por este motivo que lo hemos designado a usted como responsable de dirigir y coordinar las actividades de **Mantenimiento Preventivo del Equipamiento Crítico** del Hospital Clínico IST Viña del Mar, solicitando que como actividad principal elabore un programa de mantenimiento preventivo que incorpore al menos: monitores desfibriladores, ventiladores fijos y de transporte, maquinas de anestesia, ambulancias de urgencia y móviles de transporte de pacientes en general.

Estamos ciertos que su aporte será significativo para el logro que como organización nos hemos fijado, asegurando el adecuado cumplimiento del proceso de acreditación.

La presente designación tendrá vigencia indefinida mientras permanezca en sus funciones.

Dr. Victor Nicovani H.
Director Médico

DR. VICTOR NICOVANI H.
MEDICO DIRECTOR
INSTITUTO DE SEGURIDAD DEL TRABAJO

José Baez V.
Jefe de Mantención

INSTITUTO DE SEGURIDAD DEL TRABAJO
JOSE BAEZ VIVANCO
JEFE MANTENCIÓN Y SERVICIOS

Cc: Depto. Calidad y Seg. del Paciente

ww.ist.cl