

CARACTERÍSTICA GCL
3.2

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

Análisis de las consultas más frecuentes a la Superintendencia de Salud y criterios interpretativos vigentes para prestadores institucionales de atención cerrada

Claudia Andrea Aguayo Ibáñez
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud
Unidad de Gestión en Acreditación
Superintendencia de Salud

Objetivos y agenda de la sesión

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- ✓ Comprender el alcance exacto de los 3 elementos medibles de GCL 3.2 y su marco normativo vigente.
- ✓ Analizar los patrones y temas más recurrentes en las consultas formales recibidas por la SIS (2020–2026).
- ✓ Aplicar los criterios interpretativos oficiales a casos reales de vigilancia epidemiológica de IAAS.
- ✓ Identificar errores frecuentes en la constatación en terreno y evitarlos en el próximo proceso de acreditación.

AGENDA

- 01 Marco normativo y elementos medibles
- 02 Metodología del análisis de consultas
- 03 Perfil de consultantes y línea de tiempo
- 04 Casos frecuentes y criterios interpretativos
- 05 Errores frecuentes y recomendaciones
- 06 Conclusiones y contacto de panelistas

¿Qué evalúa la Característica GCL 3.2?



“El prestador institucional cuenta con un sistema de vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) que cumple con la normativa nacional.”

Redacción textual de la característica GCL 3.2 — Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada



Ámbito

Gestión Clínica (GCL) — Estándar General para Prestadores de Atención Cerrada.



Naturaleza

Característica obligatoria; forma parte del Componente GCL 3, de exigencia permanente.



Base normativa

Norma Técnica N°225/2022 (MINSAL), que reemplaza a la histórica N°124/2011.



Objeto de constatación

La entidad acreditadora se limita a los 3 elementos medibles: no incluye mortalidad ni estudios de prevalencia.

Marco normativo aplicable vigente



Compendio de Circulares Interpretativas

Versión VI, 2024

Consolida el sentido y alcance interpretativo que la Intendencia de Prestadores instruye a las Entidades Acreditadoras sobre las normas del Sistema de Acreditación.



Circular IP N°68

Superintendencia de Salud

Instruye criterios específicos de aplicación y actualización de las circulares interpretativas para los procesos de evaluación en curso.



Norma Técnica N°225

Decreto Exento N°60/2022, MINSAL

Reemplaza a la NT N°124/2011. Establece organización, vigilancia, recurso humano y evaluación del Programa de Control de IAAS (PCI).



Estándar Gral. Atención Cerrada

Manual de Acreditación SIS

Define los elementos medibles de GCL 3.2 y las reglas de decisión que aplican las Entidades Acreditadoras en terreno.

Los 3 elementos medibles de GCL 3.2

1

Documento institucional de vigilancia

Documento de carácter institucional que describe el sistema de vigilancia activo de infecciones intrahospitalarias, explicitando las IAAS vigiladas, el procedimiento de vigilancia y los criterios de notificación.

2

Indicadores y umbrales definidos

Los indicadores (tasas de IAAS) y los umbrales de cumplimiento para cada una de las IAAS vigiladas, alineados a los indicadores de referencia nacional que publica el MINSAL.

3

Evidencia de periodicidad

Constancia de que la vigilancia se ha realizado en forma periódica, con evaluación de resultados y difusión a los niveles de decisión del establecimiento.

Indicadores obligatorios de vigilancia (vigentes desde 2023)



VIGILANCIA POR DISPOSITIVO / PROCEDIMIENTO

- Infección urinaria asociada a catéter urinario permanente
- Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central / hemodiálisis crónica
- Neumonía asociada a ventilación mecánica invasiva
- Infección de herida operatoria en cirugías trazadoras
- Endoftalmitis post cirugía de cataratas



VIGILANCIA POR POBLACIÓN / EVENTO ESPECÍFICO

- Endometritis puerperal según tipo de parto (vaginal / cesárea con o sin trabajo de parto)
- Síndrome diarreico en lactantes y neonatos
- Diarrea por Clostridium difficile en adultos (UPC y no UPC)
- Infección del SNC asociada a válvulas de derivación de LCR
- Infecciones respiratorias virales agudas en lactantes; SARS-CoV-2



GCL-3.2: la exigencia formal según la pauta de cotejo

CÓDIGO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTO DE VERIFICACIÓN
GCL-3.2	Cumple: 100%	Elementos Medibles GCL-3.2	Dirección o gerencia del prestador

Los 3 elementos medibles, tal como los redacta textualmente la pauta de cotejo del Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada:

1

Existe un documento de carácter institucional que describe el sistema de vigilancia activo en infecciones intrahospitalarias, donde se explicitan IIH vigiladas, procedimiento de vigilancia y criterios de notificación.

2

Se han definido indicadores (tasas de IIH) y umbrales de cumplimiento para cada una de las IIH vigiladas.

3

Existe constancia de que se ha realizado la vigilancia en forma periódica.



Paralelo: exigencia literal vs. interpretación vigente

ELEMENTO MEDIBLE	EXIGENCIA LITERAL — PAUTA DE COTEJO	INTERPRETACIÓN — COMPENDIO N°6 (V. VI)
EM 1	Documento institucional que explicita IIH vigiladas, procedimiento de vigilancia y criterios de notificación.	Sin numeral interpretativo adicional específico: se aplica la exigencia literal, en concordancia con la Norma Técnica N°225.
EM 2	Indicadores (tasas) y umbrales de cumplimiento definidos para cada IIH vigilada.	Numerales 117, 119 y 120: cómo definir umbral sin referencia nacional, indicador sustituto para IHO, y un indicador/umbral por punto de verificación (ver próxima diapositiva).
EM 3	Constancia de que la vigilancia se ha realizado en forma periódica.	Situación 5 del Anexo de Requisitos de Constatación: metodología detallada de 3 pasos (definición de eventos, selección aleatoria y verificación de casos, difusión de resultados).

EM2 en detalle — Numerales 117, 119 y 120

NÚMERO 117

Umbral sin referencia nacional

El prestador debe definir un umbral para todos sus indicadores (tasas) y señalarlos por escrito en sus documentos locales. Si no existe umbral definido por el Ministerio, debe definirlo según criterio local, datos históricos o referencias nacionales/internacionales.

NÚMERO 119

Indicador sustituto de herida operatoria

Si el prestador no realiza ninguna de las cirugías trazadoras nacionales, pero sí realiza otras cirugías mayores, debe definir un indicador propio según su contexto asistencial y epidemiológico. No queda eximido de vigilar la infección de herida operatoria.

NÚMERO 120

Un indicador por punto de verificación

Para cumplir el EM2 basta con definir un indicador y un umbral de cumplimiento por cada punto de verificación, el cual puede ser transversal a todos ellos, siempre que sea pertinente al punto de verificación respectivo.

EM3 en detalle — Metodología de constatación de la vigilancia periódica

a

Definición de los eventos a vigilar

La entidad solicita informes cuatrimestrales de todo el período a evaluar, para verificar que el prestador vigila todas las IAAS que le aplican y que el listado coincide con su documento institucional y su cartera de prestaciones.

**b**

Selección aleatoria, métodos y análisis

Se seleccionan al azar hasta 4 IAAS, una por cada factor de riesgo que aplique (DIP, cirugías/Qx, AREpi, atención específica), en un período de 6 meses (1ª acreditación) o 3 años (reacreditación), verificando 5 atributos por caso (b.1 a b.5).

**c**

Difusión de resultados

Se verifica al menos cada 4 meses la distribución de un informe de tasas de infección y su análisis a los niveles de decisión del establecimiento (directivos, jefaturas, equipos de calidad).

REGLAS ESPECIALES DE ATRIBUCIÓN

- **Cirugías (Qx):** si el paciente es derivado para operarse en un tercero, la IHOOp corresponde al prestador donde se operó, no al que deriva.
- **Dispositivos invasivos permanentes (DIP):** si el paciente ingresa con el dispositivo instalado en un tercero, el día 1 de hospitalización se atribuye al centro derivador; desde el día 2, al servicio donde está hospitalizado.
- **Sin casos infectados en el período:** igualmente debe seleccionarse un paciente expuesto por factor de riesgo y constatar hasta el atributo b.4.

¿Cómo se construyó este análisis?

Se sistematizaron todas las consultas formales relacionadas con la característica GCL 3.2 ingresadas al canal oficial de Ingreso de Consultas de la Superintendencia de Salud, para identificar patrones, vacíos interpretativos y criterios reiterados.



166

Consultas formales analizadas



2020–2026

Período de recepción



76

Proviene de prestadores públicos



165

Consultas con respuesta formal

CAMPOS ANALIZADOS POR CONSULTA



Institución y tipo de prestador



Región / comuna de origen



Fecha de recepción y respuesta



Constatación en terreno (SI/NO)

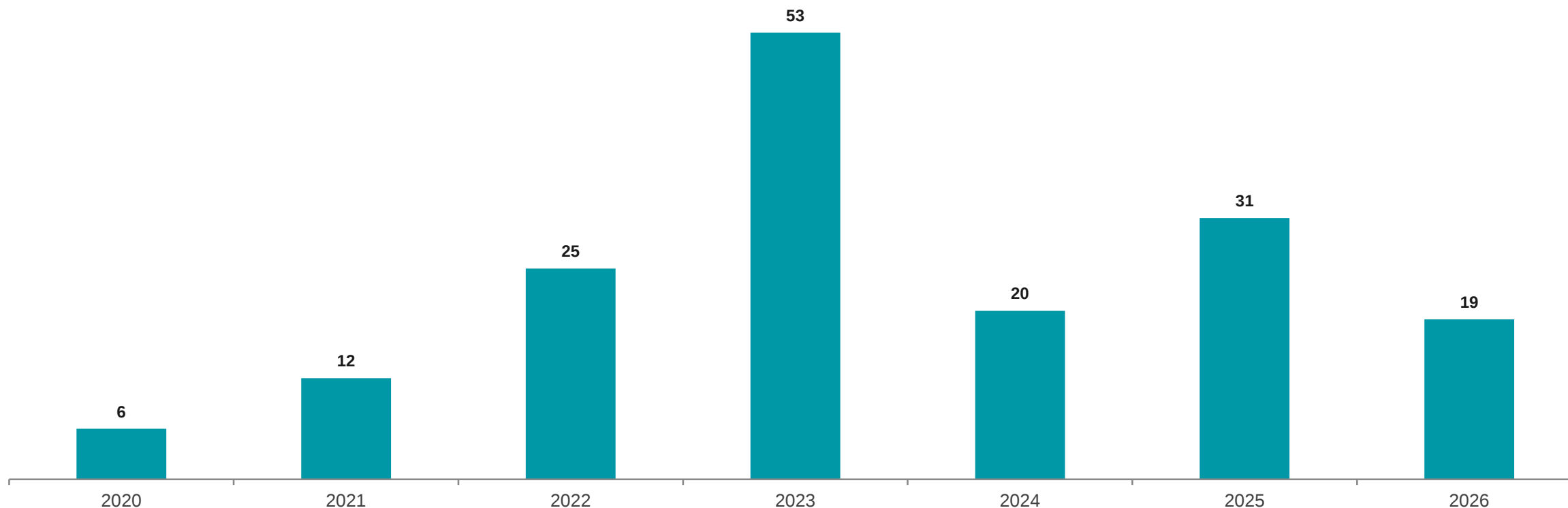


Ámbito y característica seleccionada



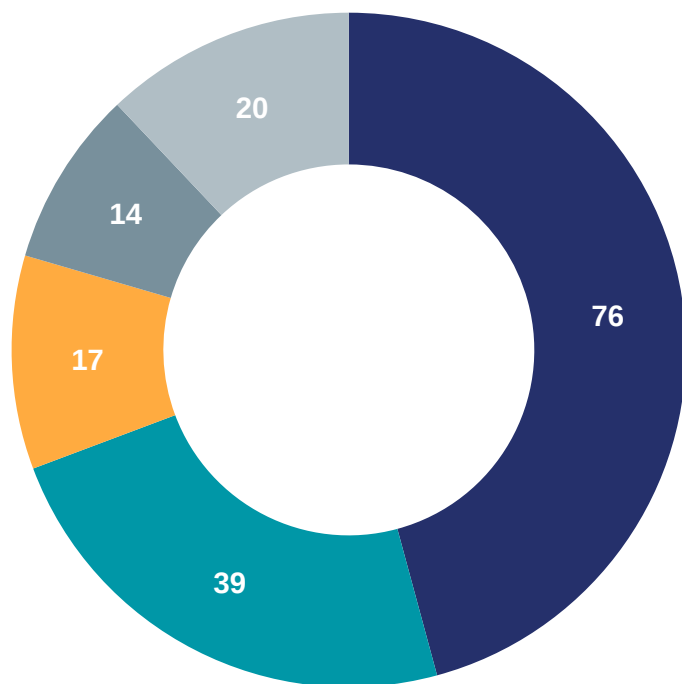
Descripción de la consulta y respuesta oficial

Evolución de consultas por año (2020–2026)



2023: año con mayor volumen de consultas (53), coincidiendo con la entrada en vigencia obligatoria de la NT N°225.

¿Quiénes consultan sobre GCL 3.2?



■ Prestador Público AC
■ Prestador Privado AC
■ Organismo/Servicio Público
■ Entidad Acreditadora
■ Otro / no especificado

LECTURA DEL PERFIL

46%

de las consultas provienen de prestadores institucionales públicos de atención cerrada — el foco de esta capacitación.

24%

provienen de prestadores privados, lo que confirma que la duda interpretativa es transversal al sistema.

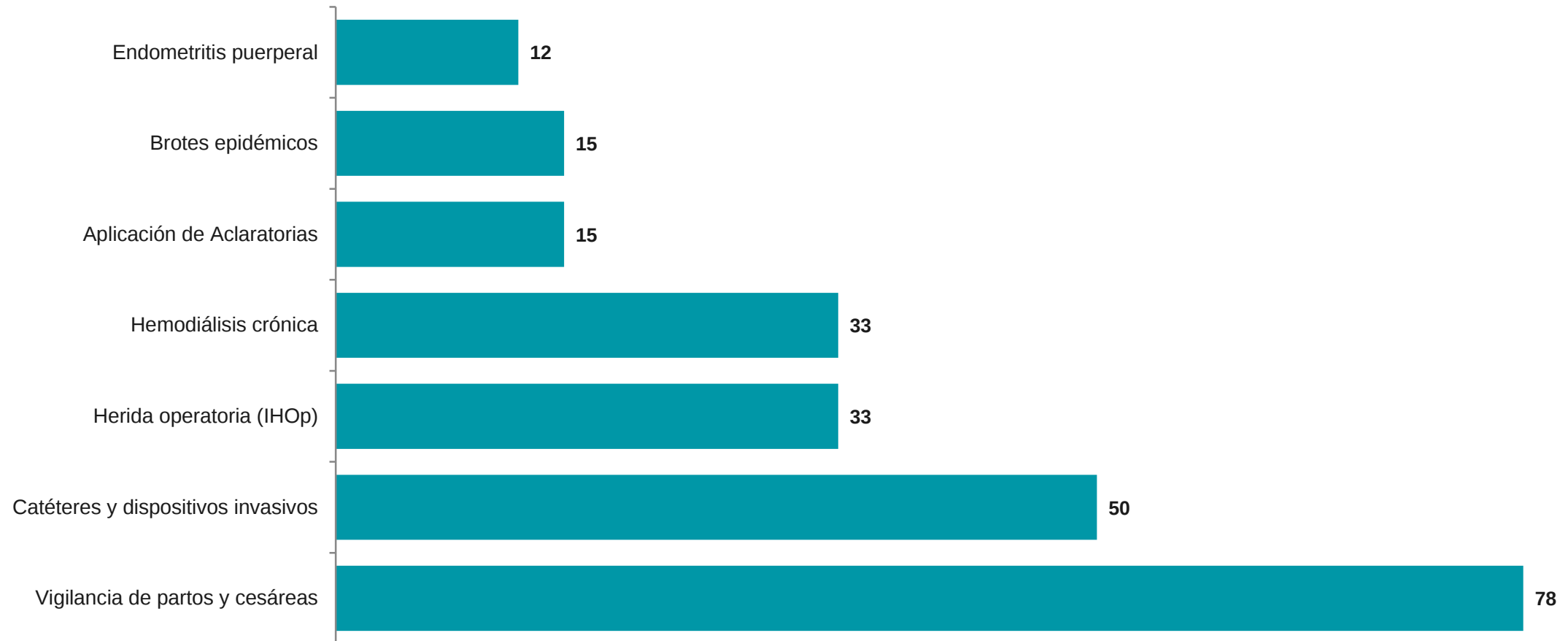
10%

provienen de Organismos o Servicios de Salud, que consultan en representación de su red asistencial.

8%

provienen directamente de Entidades Acreditadoras, que también requieren orientación para uniformar criterio.

Temas más recurrentes en las consultas



Vigilancia de endometritis según tipo de parto

C1



CONSULTA (caso real, base SIS)

“¿Un prestador que eventualmente atiende partos debe realizar vigilancia de endometritis?”

“¿Un prestador que recibe puérperas, cuyo parto fue atendido en otro prestador, debe tener definida la tasa y realizar vigilancia de endometritis?”

RESPUESTA / CRITERIO SIS-MINSAL

Caso 1: Sí, debe tener definida la tasa y realizar la vigilancia, aunque atienda una sola paciente al año — la baja frecuencia no exime la obligación.

Caso 2: No se debe exigir el indicador de tasa; sin embargo, es deseable que el prestador receptor vigile e identifique casos de endometritis en las puérperas derivadas.



Regla general: si el procedimiento forma parte de la cartera de prestaciones del establecimiento, la vigilancia es obligatoria — sin importar el volumen de casos.

Continuidad de vigilancia en derivación de pacientes (A → B)

C2

¿A quién corresponde la vigilancia de IAAS cuando un paciente es derivado entre prestadores? El criterio depende del tipo de vínculo entre las instituciones:

A**Compra de servicio**

B entrega toda la prestación. El paciente pasa a vigilancia de B y deja de contar para A. Si B realiza la cirugía, la IHOp corresponde a B.

B**Arriendo de pabellón / quirófano**

Personal exclusivo de A en quirófano de B. La IHOp corresponde a A (dueño del equipo quirúrgico); el resto de la hospitalización es de B.

C**Arriendo de infraestructura**

Personal y gestión exclusivos de A dentro de B (extensión de A). El paciente se mantiene en vigilancia de A durante toda su atención.

**Prestador A
(origen)****Prestador B
(destino)**

¿Quién es responsable de la vigilancia IAAS? Depende del tipo de convenio (A, B o C) y de quién controla clínicamente al paciente durante cada etapa de su atención.

Hemodiálisis crónica y hospitalización en otro prestador

C3



CONSULTA (caso real, base SIS)

“Un paciente que se dializa en forma crónica en un prestador (A) y se hospitaliza en otro prestador (B), el cual continúa sus hemodiálisis durante la hospitalización, ¿debe incluirlo en la vigilancia de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter de hemodiálisis crónica?”

RESPUESTA / CRITERIO SIS-MINSAL

Sí, el prestador A debe incluirlo en su vigilancia y tener definida la tasa, ya que el paciente continúa siendo parte de su programa crónico de diálisis. El prestador B puede vigilar de forma deseable, pero no debe definir tasa: si se identifica una infección, ésta corresponde a A.



La responsabilidad de vigilancia sigue al programa de origen del tratamiento crónico, no al lugar físico donde ocurre la hospitalización transitoria.

Ausencia de cesáreas y vigilancia de cirugías mayores alternativas

C4



CONSULTA (caso real, base SIS)

Un prestador de baja complejidad no tuvo cesáreas durante 2024 y 2025, manteniendo su reporte “sin intervención de cesáreas”. En el mismo período sí realizó otras cirugías mayores (histerectomías) no incorporadas al sistema de vigilancia. En virtud de la Aclaratoria N°119, ¿debió vigilar esas otras cirugías mayores?

RESPUESTA / CRITERIO SIS-MINSAL

No resulta obligatorio presentar vigilancia de otra cirugía mayor, considerando que la cesárea forma parte de la cartera de prestaciones del establecimiento y no se presentaron casos del procedimiento de vigilancia obligatoria. Para la constatación en terreno debe exhibirse evidencia de que no existieron casos de cesáreas.



La Aclaratoria N°119 aplica para exigir vigilancia de cirugías mayores alternativas solo cuando la cesárea NO forma parte de la cartera de prestaciones del prestador evaluado.

Vigilancia de herida operatoria: seguimiento ambulatorio

C5



CONSULTA (caso real, base SIS)

Prestador de atención cerrada de alta complejidad, realiza vigilancia activa del sitio operatorio mediante el primer control post-alta en Urgencia o consulta médica. Consulta: ¿cuál es la normativa que exige realizar seguimiento incluso cuando el control no se efectúa en dependencias del prestador evaluado?

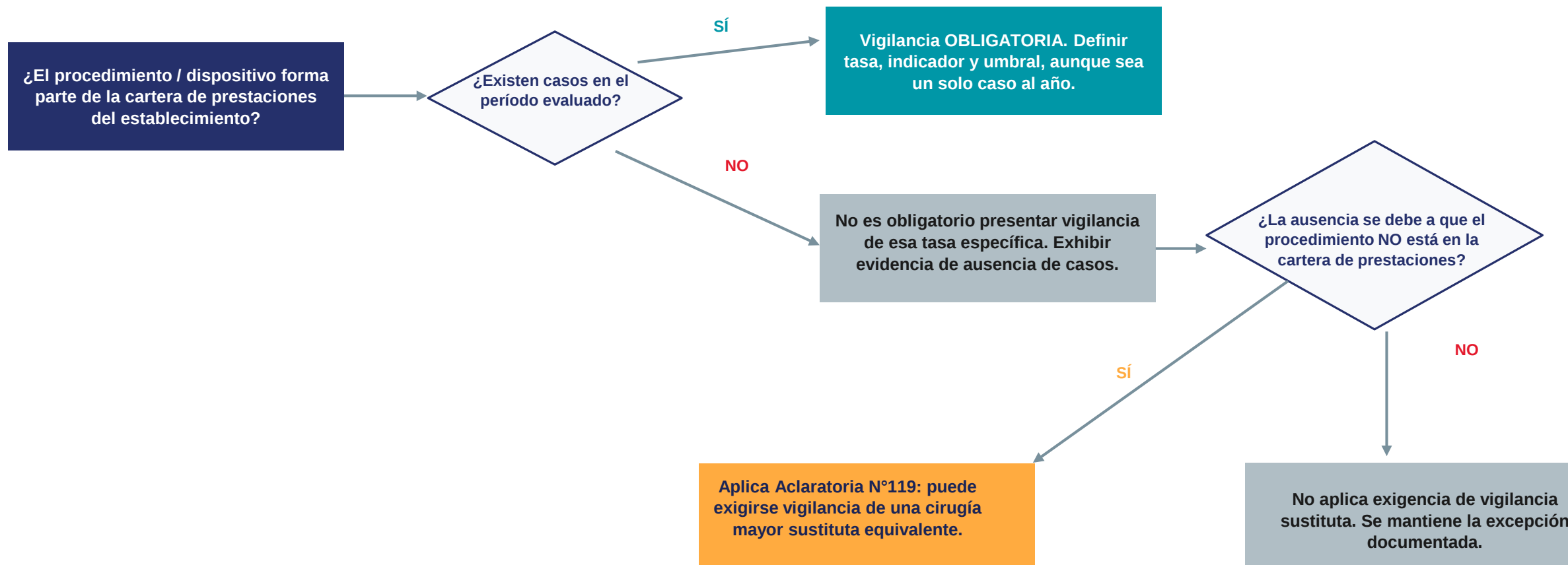
RESPUESTA / CRITERIO SIS-MINSAL

La vigilancia de IHOp involucra casos identificados durante la hospitalización y de forma ambulatoria, mediante revisión activa del primer control post-egreso, reconsultas en urgencia y rehospitalizaciones — siempre que ocurran en la misma institución. La notificación pasiva del médico tratante no se considera vigilancia válida.



Si el paciente no vuelve a control en el prestador donde fue operado, se considera pérdida de seguimiento y debe quedar claramente identificado como tal, distinto de los casos con vigilancia activa efectiva.

Árbol de decisión: ¿es exigible la vigilancia?



Regla transversal: la obligación de vigilar depende de la cartera de prestaciones y de si el procedimiento se realiza — no del volumen de casos atendidos.

Errores frecuentes detectados en consultas y terreno



Vigilancia pasiva confundida con activa

Registrar solo la notificación espontánea del médico tratante, sin revisión activa de fichas, reconsultas y rehospitalizaciones.



Ampliar la exigencia más allá del elemento medible

Solicitar auditoría de mortalidad, sensibilidad o especificidad de la vigilancia epidemiológica, que no son objeto de constatación en GCL 3.2.



No definir umbral por falta de indicador nacional

Omitir el umbral cuando no existe INR de referencia, en vez de construirlo con datos locales o bibliografía, como exige la norma.



Confundir responsable de vigilancia en derivaciones

No aplicar correctamente los escenarios de compra de servicio, arriendo de pabellón o arriendo de infraestructura entre prestadores.



No distinguir pérdida de seguimiento

Registrar como “sin vigilancia” los casos en que el paciente no vuelve a control, en lugar de documentarlos explícitamente como pérdida de seguimiento.



Aplicar Aclaratorias fuera de su alcance

Extender la exigencia de vigilancia sustituta (Aclaratoria N°119) a procedimientos que sí están en la cartera de prestaciones, pero sin casos en el período.

Recomendaciones para el proceso de acreditación

- ✓ Mantener el documento institucional de vigilancia actualizado, con IAAS vigiladas, procedimiento de notificación y periodicidad explícita.
- ✓ Definir tasa, indicador y umbral para todo procedimiento incluido en la cartera de prestaciones, aunque la frecuencia sea baja.
- ✓ Formalizar por escrito los acuerdos de derivación entre prestadores (compra de servicio, arriendo de pabellón o infraestructura) y su efecto en la vigilancia.
- ✓ Documentar explícitamente los casos de pérdida de seguimiento ambulatorio, diferenciándolos de la ausencia de vigilancia.
- ✓ Verificar con la Entidad Acreditadora que la constatación se limite a los 3 elementos medibles de GCL 3.2, sin extenderse a otros componentes de la NT 225.
- ✓ Consultar oportunamente a la Superintendencia ante dudas de aplicación de Aclaratorias, citando el número específico y el escenario concreto.

Cómo utilizar correctamente la Plataforma de Consultas Web

Recomendaciones prácticas para que su consulta se resuelva de forma correcta y oportuna.

- ✓ Consultar con la oportunidad necesaria
- ✓ Incorporar breve contexto de la consulta
- ✓ Verificar los datos, en especial el correo de destino de la respuesta
- ✓ Aclarar los plazos de respuesta
En proceso o evaluación en terreno: 72 hrs. Consulta habitual o normal: 10 días hábiles.
- ✓ Definir con claridad y especificidad la consulta
- ✓ Estar atentos a solicitudes de aclaración

Una consulta bien formulada y oportuna acelera la respuesta y evita reprocesos en la constatación de GCL 3.2.

CONCLUSIONES

El criterio interpretativo se construye caso a caso — consulte siempre a tiempo

- ✓ GCL 3.2 exige exactamente 3 elementos medibles: documento, indicadores/umbrales y evidencia de periodicidad.
- ✓ La obligación de vigilar depende de la cartera de prestaciones, no del volumen de casos atendidos.
- ✓ En derivaciones entre prestadores, la responsabilidad de vigilancia sigue al tipo de convenio y al control clínico efectivo.

EQUIPO DE PANELISTAS MINSAL – SUPERINTENDENCIA DE SALUD



Carmen Gloria Salinas Poblete · Superintendencia de Salud
csalinas@superdesalud.gob.cl



Claudia Aguayo · Superintendencia de Salud
caguayo@superdesalud.gob.cl



Alejandro Guerra Piñones · Ministerio de Salud
alejandro.guerra@minsal.cl