



**Intendencia de Prestadores**  
Unidad de Acreditación

**CIRCULAR IP N° 23**

**SANTIAGO, 26 OCT. 2012**

**INSTRUYE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE EL SENTIDO Y ALCANCE QUE DEBEN DAR, EN LOS PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN QUE EJECUTEN, A LAS NORMAS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD QUE INDICA.-**

**VISTOS:** Lo dispuesto en el numeral 1° del Artículo 121 del D. F. L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud; en el Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el D.S. N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud; en el N° 2 de los Acápites II de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada, Centros de Diálisis, para prestadores institucionales de Servicios de Esterilización, de Imagenología, de Laboratorios Clínicos, de Servicios de Quimioterapia y de Radioterapia, aprobados, respectivamente, mediante los Decretos Exentos N° 18, de 2009, Nos. 33, 34, 35, 36 y 37, de 2010, y Nos. 346 y 347, de 2011, todos del Ministerio de Salud; la Circular Interna IP N° 4, de 7 de octubre de 2010, relativa al procedimiento de interpretación de las normas del Sistema de Acreditación antes referido; las Actas N° 21, 25, 27, 30, 31 y 32 de las sesiones del Comité Asesor para la Interpretación de las Normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud, así como las actas de dicho Comité correspondiente a sus sesiones efectuadas los días 19 de junio, 13 y 27 de julio, 10 y 24 de agosto, 7 y 28 de septiembre, todos del 2012, ;

**CONSIDERANDO:**

- 1.-Que el debido cumplimiento de los objetivos sanitarios de las normas del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud del país exige aclarar el sentido y alcance de estas últimas;
- 2.-Las solicitudes de interpretación de las normas del Sistema de Acreditación, y consultas, recibidas por esta Intendencia respecto de las materias de que trata esta Circular, así como la debida uniformidad en la ejecución de las evaluaciones por parte de las Entidades Acreditadoras que debe existir en los procedimientos de acreditación que ejecuten;

3.- Que los numerales 2º de los Acápites II de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, así como los relativos a los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada, Centros de Diálisis, Servicios de Esterilización, Servicios de Imagenología, Laboratorios Clínicos, Servicios de Quimioterapia y de Radioterapia, aprobados por los respectivos Decretos Exentos del Ministerio de Salud señalados en los Vistos precedentes, facultan a esta Intendencia de Prestadores para que, mediante circulares de general aplicación, determine el sentido y alcance de las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación, así como las normas de los antedichos Manuales, con el fin de uniformar y facilitar los procedimientos y la claridad de los criterios evaluativos. En virtud de tal normativa, dichas circulares son de obligatorio cumplimiento para las Entidades Acreditadoras, desde que se les notifican, siendo de su responsabilidad hacer que sus evaluadores las cumplan rigurosamente, todo lo cual será fiscalizado por esta Intendencia de conformidad a sus facultades legales y reglamentarias; y

4.- Que, el "Comité Asesor para la Interpretación de Normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales", establecido por la Circular Interna IP N° 4, de 7 de octubre de 2010, y según consta en las Actas N° 21, 25, 27, 30, 31 y 32 de las sesiones del "Comité Asesor para la Interpretación de las Normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud" de esta Intendencia de Prestadores, ha recomendado dictar las instrucciones que a continuación se señalan, formulando las aclaraciones al sentido y alcance de las normas reglamentarias que a continuación se indican,

#### **VENGO EN DICTAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:**

**1. ORDÉNASE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS, en los procedimientos de acreditación que ejecuten, ajustarse a las instrucciones que a continuación se formulan respecto del sentido y alcance que deben dar a las normas del Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el D.S. N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud y de los Manuales del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, ambos aprobado por Decreto Exento N° 18/2009, del Ministerio de Salud.**

**1.1. PREVIÉNESE, en ese sentido, a las Entidades Acreditadoras que, en la aplicación de las normas de los Manuales relativos a los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada, de Centros de Diálisis, de Servicios de Esterilización, de Servicios de Imagenología, de Laboratorios Clínicos, de Servicios de Quimioterapia y Servicios de de Radioterapia, que posean idéntico contenido que las normas interpretadas en esta o en anteriores Circulares de esta Intendencia, las Entidades Acreditadoras deberán aplicar el criterio que en éstas se hayan establecido para la interpretación de esas normas, siempre que las respectivas circulares y sus interpretaciones mantuvieren su vigencia.**

**1.2. Asimismo, PREVIÉNESE a las Entidades Acreditadoras que, cuando en la presente Circular, o en Circulares anteriores o posteriores, se interpreten las normas que componen**

**las características del Manual del Estándar General para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada**, en su identificación se agregarán las letras: **"AC"**. En el caso que la norma interpretada pertenezca **exclusivamente** al Manual del Estándar General para Prestadores Institucionales de **Atención Abierta**, se agregarán las letras: **"AA"**. Si la norma interpretada **es idéntica** en esos dos manuales, **no se agregará ninguna de las identificaciones antes señaladas.**

Asimismo, debe tenerse presente que, si la norma pertenece exclusivamente a Manuales relativos a otros Estándares Generales actualmente vigentes, en el numeral respectivo de esta Circular que los interprete, se agregarán, en la identificación de la característica interpretada, las letras que en cada caso se señalarán.

En todo caso, en la interpretación de las normas que se contienen en las características de los diversos Manuales del Sistema de Acreditación, deberá darse siempre aplicación a lo prevenido en el numeral 1.1. anterior.

**2. INSTRÚYESE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS respecto de la forma en que se deben interpretar las siguientes normas del "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud" (D.S. N° 15/2007, de Salud):**

**2.1. Norma Interpretada: Artículo 25 del Reglamento del Sistema de Acreditación.**

**Materia Consultada: Sobre si la entidad acreditadora designada para ejecutar un procedimiento de acreditación puede requerir al prestador a evaluar, previo al día de inicio fijado para las actividades de evaluación, la entrega de antecedentes que serán evaluados en dicho procedimiento, se aclara:**

**Interpretación:**

De acuerdo al artículo 25 del Reglamento el prestador tiene obligación de colaborar con la Entidad Acreditadora para la debida y oportuna ejecución del procedimiento de evaluación respectivo desde el inicio de la visita de evaluación del prestador. A partir de entonces, **y dentro del plazo de 30 días hábiles a que se refiere el inciso segundo del Artículo 22 del Reglamento, plazo que debe computarse a partir del día de inicio de la visita**, la Entidad Acreditadora tiene derecho de exigir del prestador evaluado toda su colaboración para efectuar las evaluaciones que correspondan, según lo determine el Estándar respectivo y, en caso de así no hacerlo, son procedentes las sanciones que el Artículo 25 antes referido contempla a esos efectos.

**Antes de dicho plazo**, la Entidad **no puede exigir** al prestador la entrega de antecedente alguno **atingente a las evaluaciones** que deberá efectuar. Sin perjuicio de lo anterior, la Entidad **puede solicitar información general relativa a aspectos del prestador que no serán materia de las evaluaciones y que le ayudarán a planificar la debida ejecución de sus evaluaciones en terreno**, tales como la cartera de prestaciones del prestador, su estructura organizacional o los plano de sus dependencias.

**2. INSTRÚYESE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS respecto de la forma en que se deben interpretar los siguientes contenidos normativos de los Manuales de los Estándares de Acreditación vigentes, afectando la interpretación de variadas normas de dichos Manuales:**

**2.1. Sobre si, en el caso de prestadores que pertenecen a una red, privada o pública, se pueden considerar como "documentos de carácter institucional" válidos, aquéllos que no se encuentran suscritos por el director local del prestador y que sólo cuentan con la firma del director corporativo nacional o regional, se aclara:**

Los documentos firmados por el director nacional o regional de una red de prestadores, pública o privada, que carecen de la firma o suscripción del director o gerente del prestador local en evaluación, **no son aptos** para los efectos de cumplir la exigencia relativa a que este último pruebe la existencia de un "documento de carácter institucional" propio.

Si la entidad acreditadora llega a la convicción que no existe un documento de la dirección institucional local que establezca que el documento de nivel nacional está aprobado e incorporado localmente a su propia normativa -de un modo explícito-, para regir también su propio quehacer, significa que el o los elementos medibles involucrados, en que se exija la existencia de un documento institucional local, no se cumplen.

**2.2. Sobre si es posible que los directivos de un prestador sometido al procedimiento de acreditación puedan subsanar alguna falencia constatada por la Entidad Acreditadora durante la visita de evaluación, y antes que ésta concluya (por ejemplo, subsanando la debida formalización o falta de la firma correspondiente en los documentos exigidos por el Estándar), con el fin de obtener su aceptación como válidos por la Entidad Acreditadora, se aclara:**

En ningún caso, y respecto de ninguna característica, corresponde que la Entidad Acreditadora admita que se efectúen **acciones correctivas durante su visita de evaluación para los efectos de cumplir un requisito** exigido por el Sistema de Acreditación.

**2.3. Sobre cómo se evalúa un Banco de Sangre, y la consiguiente aplicabilidad de las Características de los Componentes de Medicina Transfusional (APtr). de Donantes de Sangre ( APDs) y Centros de Sangre (APCs), se aclara:**

Depende de las funciones que el Banco de Sangre esté ejerciendo al momento de la acreditación, a saber:

- a) Se evaluará como centro de sangre si sólo realiza la producción y no realiza atención de donantes ni administra transfusiones,
- b) Se evaluará como centro de sangre y unidad de atención de donantes si hace las funciones productivas y además atiende donantes,
- c) Se evaluará como centro de sangre, unidad de atención de donantes y unidad de medicina transfusional si realiza las tres funciones,
- d) Se evaluará como centro de sangre y unidad de medicina transfusional si realiza funciones productivas, administra las transfusiones y no atiende donantes.

**2.4. Interpretación sólo aplicable al Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta: Sobre cómo deben ser considerados los CECOF y las Postas Rurales en los procedimientos de acreditación de los establecimientos de los cuales dependen, se aclara:**

Debe tenerse presente que, de acuerdo a lo establecido en la letra "A." de la Introducción a la Pauta de Cotejo del Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta ("**Elementos Medibles y Puntos de Verificación**", página 3), respecto de las Postas Rurales, se señala: "**en los casos de prestadores que**

**tengan un máximo de tres postas rurales, se deben evaluar todas. En los casos que tengan 4 o más postas rurales, se debe evaluar la mitad de ellas seleccionadas al azar, con un mínimo de 3."** Por su parte, tratándose de los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF), se señala la misma regla: **"en los casos de prestadores que tengan un máximo de tres CECOF, se deben evaluar todos. En los casos de los prestadores que tengan 4 o más CECOF, se debe evaluar la mitad de ellos seleccionados al azar, con un mínimo de 3."**

Por tanto, al efectuarse el procedimiento de acreditación de un prestador institucional de atención abierta, tales como un Centro de Salud, Consultorio o CESFAM, se evalúan, en el mismo procedimiento, sus Postas Rurales y CECOF dependientes, de acuerdo a las reglas antes referidas, los que son considerados como puntos de verificación de los elementos medibles respectivos.

Debe tenerse presente, que las selecciones al azar, a que se refiere la norma antes transcrita, serán efectuadas por la Entidad Acreditadora que deba ejecutar el respectivo procedimiento de acreditación, bajo la fiscalización de la Intendencia de Prestadores, pudiendo ésta dictar instrucciones particulares o generales a esos efectos, si lo estimare necesario.

**3. INSTRÚYESE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS respecto de las interpretaciones que afectan a las normas que conforman las Características de los Manuales de Acreditación vigentes que a continuación se indican:**

	<b>Norma del Manual que se interpreta</b>	
<b>3.1.</b>	<b>Ámbito Dignidad del Paciente</b>	<b>Interpretación</b>
<b>3.1.1.</b>	<b>Característica DP 2.1:</b> <i>"Se utilizan documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo".</i>	<b>Sobre en cuál prestador institucional debe obtenerse el consentimiento informado del paciente, cuando éstos son derivados desde un prestador institucional a otro para efectuar el procedimiento clínico que es objeto de ese consentimiento, se aclara:</b>  En caso de derivación de un paciente, desde un prestador institucional a otro, el consentimiento informado debe ser obtenido por profesionales del prestador institucional donde efectivamente el procedimiento tendrá lugar.

<p><b>3.1.2.</b></p>	<p><b>Característica DP 2.1:</b>  <i>"Se utilizan documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo".</i></p>	<p><b>Sobre si es necesario obtener consentimiento informado para los partos vaginales, se aclara:</b></p> <p>No constituye una exigencia del Estándar obtener dicho consentimiento. En todo caso, sí corresponde obtenerlo en el caso de las cesáreas.</p>
<p><b>3.1.3.</b></p>	<p><b>Característica DP 4.2:</b>  <i>"Las actividades y procedimientos que realizan los alumnos de pregrado dentro de la institución están definidas y son evaluadas periódicamente con la finalidad de proteger la seguridad de los pacientes y velar por el efectivo respecto de sus derechos."</i></p> <p><b>Primer Elemento Medible:</b>  <i>"Se han establecido los procedimientos y/o actividades que pueden ejecutar los alumnos según carrera y nivel de formación."</i></p>	<p><b>Sobre qué instrumento puede considerarse suficiente para cumplir el primer elemento medible de esta característica, se aclara:</b></p> <p>El instrumento puede corresponder a un documento (en soporte físico o electrónico) elaborado por el prestador especialmente para esos efectos, o corresponder al propio convenio docente-asistencial, siempre que en ellos se establezcan los procedimientos y actividades que pueden realizar los alumnos según carrera y nivel.</p>
<p><b>3.1.4.</b></p>	<p><b>Característica DP 4.2:</b>  <i>"Las actividades y procedimientos que realizan los alumnos de pregrado dentro de la institución están definidas y son evaluadas periódicamente con la finalidad de proteger la seguridad de los pacientes y velar por el efectivo respecto de sus derechos".</i></p> <p><b>Cuarto Elemento Medible:</b>  <i>"Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación periódica."</i></p>	<p><b>Sobre si para la constatación del Cuarto Elemento Medible de esta característica son aptas las evaluaciones académicas o los resultados de los programas de supervisión definidos por los centros formadores, se aclara:</b></p> <p>Para evaluar el cumplimiento del Cuarto Elemento Medible de dicha característica no son aceptables las evaluaciones académicas ni el resultado de los programas de supervisión definidos o efectuados por las universidades o institutos.</p> <p>El sentido de esta característica es garantizar la seguridad de los pacientes y no se vincula con la calidad de la docencia o del proceso formativo. Los programas de supervisión a los que alude el sistema de acreditación <u>son los que desarrolla el propio prestador</u> para velar porque la actividad docente y formativa no afecte la seguridad ni los derechos de los</p>

		pacientes y deben ser independientes de la supervisión que realice el centro formador.
<b>3.1.5.</b>	<p><b>Característica DP 5.1:</b> <i>"El prestador institucional dispone de, o tiene acceso a, un comité de ética donde se resuelven las materias de orden ético que se suscitan como consecuencia de la labor asistencial".</i></p> <p><b>Primer Elemento Medible:</b></p> <p><i>"Se constata identificación formal del Comité de Ética del que dispone o al que puede acceder el prestador."</i></p>	<p><b>Sobre si para cumplir esta característica es necesario que cada prestador cuente con un Comité de Ética, se aclara:</b></p> <p>No es necesario que exista un comité de ética en el establecimiento. Es suficiente que exista una vinculación formal con algún comité al que se pueda "acceder", tal como se establece en el primer elemento medible de la característica. Para efectos de la acreditación, la entidad debe solicitar evidencia que permita demostrar la existencia de dicho comité externo y de la relación de colaboración entre éste y el prestador.</p>
<b>3.1.6.</b>	<p><b>Característica DP 5.1 AC:</b> <i>"El prestador institucional dispone de, o tiene acceso a, un comité de ética donde se resuelven las materias de orden ético que se suscitan como consecuencia de la labor asistencial".</i></p> <p><b>Segundo Elemento Medible:</b> <i>"Se describe en documento de carácter institucional las situaciones que deben someterse a evaluación ética y el procedimiento para la presentación de casos a dicho Comité."</i></p>	<p><b>Sobre cuáles situaciones deben ser sometidas a evaluación ética, se aclara:</b></p> <p>Las situaciones que deben ser sometidas a evaluación ética deben ser definidas por <b>el propio prestador</b>. A modo de ejemplo, se pueden mencionar: determinaciones de no iniciar tratamiento; el rechazo de personas a cierto tratamiento por sus efectos indeseados; o la decisión de no realizar maniobras de resucitación.</p>
<b>3.2.</b>	<b>Ámbito Gestión Clínica</b>	<b>Interpretación</b>
<b>3.2.1.</b>	<p><b>Característica GCL 1.1 de AC:</b> <i>"Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación Pre anestésica".</i></p>	<p><b>Sobre si es necesario realizar evaluación pre anestésica en los partos, se aclara:</b></p> <p>Cuando en los partos se utilice alguna de las modalidades de anestesia a que hace referencia esta característica el prestador debe realizar la evaluación pre-anestésica.</p>

<p><b>3.2.2..</b></p>	<p><b>Característica GCL 1.9 de AC:</b>  <i>"Se aplica un programa de evaluación y mejoría de la contención física de pacientes en agitación psicomotora para prevenir eventos adversos asociados a su uso".</i></p> <p><b>Primer elemento medible:</b>  <i>"Se describe en un documento el procedimiento de contención física de pacientes en agitación psicomotora que contiene la descripción explícita de las medidas de prevención para evitar los eventos adversos asociados a dicha contención. Se ha definido los responsables de su aplicación."</i></p>	<p><b>Sobre si es suficiente, para cumplir con las exigencias de la característica GCL 1.9, dictar un procedimiento que regule la sujeción física de pacientes para prevenir caídas, se aclara:</b></p> <p>El sentido de esta característica es que se establezcan programas y procedimientos que permitan <b>disminuir los riesgos asociados a la contención</b> en los casos de pacientes en agitación psicomotora, por lo cual <b>no basta</b> con establecer un mecanismo de prevención de caídas para el cumplimiento de sus exigencias.</p>
<p><b>3.2.3.</b></p>	<p><b>Características GCL 1.12 AC y GCL 1.9 AA:</b>  <i>"Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Proceso de identificación del paciente".</i></p> <p><b>Primer Elemento Medible:</b>  <i>"Se describe en documento de carácter institucional los siguientes elementos relacionados con la identificación de pacientes:</i>  - <i>Obligatoriedad de Identificación al menos en:</i>  1. <i>Recién nacidos,</i>  2. <i>pacientes pediátricos,</i>  3. <i>pacientes con compromiso de conciencia y</i>  4. <i>pacientes que ingresan a pabellón.</i>  <i>Se ha definido el tipo de identificación y los datos a incluir en la identificación. Se ha definido los responsables de su aplicación."</i></p> <p><b>Cuarto Elemento Medible:</b>  <i>"Se constata identificación de pacientes."</i></p>	<p><b>Sobre si, para evaluar el cumplimiento del Cuarto Elemento Medible de estas características, se deben evaluar sólo los tipos de pacientes señalados en el Primer Elemento Medible, o si además deben evaluarse las demás categorías de pacientes que haya definido el prestador en su documento de carácter institucional, se aclara:</b></p> <p>Si un prestador considera necesario identificar algunas categorías de pacientes adicionales a las establecidas en el Estándar, se debe evaluar si ha cumplido o no con ello. En este sentido, debe recordarse que el estándar fija el mínimo razonable que debiera abarcar un sistema de identificación de pacientes; si el prestador ha considerado necesario registrar a más pacientes, todos ellos serán evaluados por la entidad acreditadora en el momento de la verificación en terreno.</p> <p>Asimismo, debe tenerse presente que la forma de efectuar la constatación del Cuarto Elemento Medible de dichas características tiene un carácter cualitativo y debe efectuarse según con lo recomendado en la "Situación 2" del documento sobre "Orientaciones Técnicas", adjunto al Oficio Circular IP N° 2, de 2010, y que actualmente se encuentra en el N° 1 del Anexo del "Compendio de</p>



		Circulares Interpretativas sobre las Normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud".
<b>3.2.4.</b>	<p><b>Característica GCL 3.3 AC y GCL 3.2 AA:</b>  <i>"Se realizan actividades de supervisión que dan cuenta del cumplimiento de la normativa de Control y Prevención de las IIH".</i></p> <p><b>Segundo Elemento Medible:</b>  <i>"Se han definido indicadores y umbrales de cumplimiento."</i></p>	<p><b>Sobre si para el cumplimiento del Segundo Elemento Medible, debe, necesariamente, establecerse más de un indicador y umbrales de cumplimiento, se aclara:</b></p> <p>Para determinar el cumplimiento de dicho Elemento Medible basta con la definición de un indicador y umbral de cumplimiento por cada punto de verificación, el cual podría ser transversal a todos ellos, siempre que sea pertinente al punto de verificación respectivo.</p>
<b>3.3.</b>	<b>Ámbito Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención (AOC)</b>	
<b>3.3.1.</b>	<p><b>Característica AOC 1.2 AA:</b>  <i>"Se aplican procedimientos para asegurar la notificación oportuna de situaciones de riesgo, detectadas a través de exámenes diagnósticos en las áreas de Anatomía Patológica, Laboratorio e Imagenología"</i></p>	<p><b>Sobre si esta característica es aplicable a un Centro de Salud o CESFAM, se aclara:</b></p> <p>Debe señalarse que esta característica no está orientada sólo a los prestadores que tengan organizado un servicio de anatomía patológica, laboratorio clínico o de imagenología, sino a <b>todos</b> los prestadores institucionales <b><u>donde se toman muestras y/o exámenes asociados a dichos servicios de apoyo.</u></b></p> <p>Por tanto, si un CESFAM envía a otro prestador muestras y/o exámenes para su análisis e informe, debe notificar oportunamente los resultados a sus pacientes.</p>
<b>3.3.2.</b>	<p><b>Característica AOC 1.3 AC:</b>  <i>"Se aplican procedimientos para asegurar la notificación oportuna de situaciones de riesgo, detectadas a través de exámenes diagnósticos en las áreas de Anatomía Patológica,</i></p>	<p><b>Sobre si esta característica es aplicable a las Unidades de Centros de Sangre, se aclara:</b></p> <p>Si el prestador ha definido que la notificación de resultados de exámenes de laboratorio, que se realizan en el Centro de Sangre, se</p>

	<i>Laboratorio e Imagenología”.</i>	efectúen en él, la constatación se realizará en dicho centro y los resultados de tales constataciones deben consignarse, junto con los propios del Laboratorio Clínico, en la columna APL de la Pauta de Cotejo.
<b>3.4.</b>	<b>Ámbito Competencias del Recurso Humano</b>	
<b>3.4.1.</b>	<p><b>Características RH 1.1:</b>  <i>“Los profesionales médicos y cirujanos dentistas que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.”</i></p> <p><b>Característica RH 1.2:</b>  <i>“Los técnicos y profesionales de la salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.”</i></p>	<p><b>Sobre si los profesionales que han completado su formación, pero cuyo título está en trámite, pueden desempeñarse en un prestador institucional, se aclara:</b></p> <p>De acuerdo a la legislación vigente, los profesionales universitarios de la salud, son habilitados legalmente para ejercer su respectiva profesión por el otorgamiento del título respectivo por parte de una Universidad reconocida por el Estado. Tal título es el resultado de la dictación de un acto formal de otorgamiento, efectuado por cada establecimiento de educación superior de conformidad con lo que dispongan sus estatutos, normalmente constituido por una resolución, que emana de la instancia que tales estatutos señalen. Por tanto, mientras tal acto formal o resolución no se haya emitido, la persona no se encuentra habilitada legalmente para ejercer su profesión.</p> <p>Por el contrario, si dicho acto ya se hubiere emitido, pero no se hubiere entregado a su titular el diploma u otra clase de documento ritual, de aquéllos que tradicionalmente certifican el otorgamiento del título respectivo, la persona se encuentra habilitada legalmente, lo que se puede hacer constar solicitando a la Universidad que le emita el correspondiente certificado del hecho de haberse dictado la resolución que dispuso el otorgamiento del título respectivo.</p> <p>Por tanto, se aclara también que los certificados emanados de las universidades que dan cuenta que el título se encuentra <b>“en trámite” no son habilitantes</b> para el ejercicio profesional de la persona a que se refieren.</p>

<p><b>3.4.2.</b></p>	<p><b>Característica RH 1.2:</b>  <i>"Los técnicos y profesionales de la salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados."</i></p>	<p><b>Sobre la aplicabilidad de esta Característica a las personas que ejercen funciones de <u>Arsenalería</u>, se aclara:</b></p> <p>La Característica RH 1.2 del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de de Atención Cerrada exige que se constaten las certificaciones de títulos y habilitaciones de las profesiones señaladas en los Elementos Medibles de dicha característica, <b><u>entre las cuales no se encuentra la profesión de "Arsenalería"</u></b>, por lo que respecto de quienes ejercen tales funciones no aplican las constataciones que dicha característica exige.</p> <p>Sin perjuicio de ello, si la arsenalería es ejercida por un Auxiliar de Enfermería, éste deberá probar el respectivo certificado de competencia de la autoridad sanitaria, de la manera como se indica en el Elemento Medible respectivo, o el título técnico de Nivel Superior o Medio equivalente de esa profesión.</p> <p>En todo caso, debe tenerse presente que la competencia para fiscalizar el ejercicio legal de las profesiones médicas y paramédicas en los establecimientos de salud corresponde exclusivamente a las respectivas Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y no al Sistema de Acreditación. Sin perjuicio de lo anterior, y en cumplimiento de lo previsto en el inciso final del Artículo 122 del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, si una Entidad Acreditadora, con motivo de sus constataciones en terreno, observa el ejercicio ilegal de profesiones asistenciales de la salud, o tiene dudas respecto de la regularidad del ejercicio de las mismas, debe informar al respecto a la Intendencia de Prestadores, a fin que ésta haga presente tal situación a la SEREMI de Salud competente.</p>
----------------------	--	--

<p><b>3.4.3.</b></p>	<p><b>Característica RH 3.1:</b>  <i>"El prestador institucional incluye en su programa de capacitación temas relacionados con prevención y control de infecciones y reanimación cardiopulmonar. Todos ellos destinados al personal que participa en atención directa de pacientes."</i></p> <p><b>Primer Elemento Medible:</b>  <i>"Se describe en un documento de carácter institucional el programa de capacitación institucional anual, en el que se incluyen temas relacionados con:</i>  <i>- prevención y control de infecciones</i>  <i>- reanimación cardiopulmonar"</i></p>	<p><b>Sobre el tipo y características del programa de capacitación en Reanimación Cardiopulmonar (RCP), se aclara:</b></p> <p>Atendido lo dispuesto en su primer elemento medible, es el propio prestador el que debe definir el programa de capacitación que entregará al personal que participa en la atención directa de pacientes. En ese sentido, debe tenerse presente que el <b>Glosario</b> del Estándar define qué debe entenderse por tal programa y sus características esenciales.</p> <p>Dicho programa y su cronograma deben constar por escrito, y deben señalar la forma en que se dará cumplimiento a la cobertura exigida en el Segundo Elemento Medible de esta característica.</p> <p>Deberá contemplar, a lo menos, la capacitación respecto de los temas exigidos en dicha característica, a saber, prevención y control de infecciones y reanimación cardiopulmonar, no exigiendo el Estándar vigente un mínimo de horas para su ejecución. Tales capacitaciones pueden ser en RCP Básica o Avanzada, según lo establezca el prestador en su programa.</p> <p>Asimismo, dicho programa debe incluir a todo el personal que participa en atención directa de pacientes, desde los auxiliares de enfermería a todo el resto del personal clínico, incluyendo en ello al personal que ejerce funciones transitorias.</p> <p>Es admisible que tal capacitación sea ejecutada por profesionales de la propia institución y, en caso que sea ejecutada por organismos o profesionales externos, se aclara que el Estándar vigente no exige que tales organismos o profesionales cuenten con alguna clase de certificación oficial para esos efectos.</p> <p>Por último, debe señalarse que constituye una buena práctica incluir en tales capacitaciones al personal administrativo que toma contacto directo con pacientes, lo que no constituye una exigencia del Estándar vigente.</p>
----------------------	---	--

<p><b>3.4.4.</b></p>	<p><b>Característica RH 3.1:</b>  <i>"El prestador institucional incluye en su programa de capacitación temas relacionados con prevención y control de infecciones y reanimación cardiopulmonar. Todos ellos destinados al personal que participa en atención directa de pacientes."</i></p> <p><b>Segundo Elemento Medible:</b>  <i>"La cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas asegura que el personal reciba una actualización al menos cada 5 años en estos temas."</i></p>	<p><b>Sobre qué porcentaje de cumplimiento de la cobertura de las capacitaciones se debe demostrar en el primer proceso de acreditación y con qué retrospectividad, se aclara:</b></p> <p>La programación de la capacitación debe ser razonable y creíble, de acuerdo a su realidad local, de modo que se asegure la cobertura del 100% de capacitación en el plazo de 5 años. Dicha programación debe estar desagregada según los puntos de verificación que señala la Pauta de Cotejo al respecto y de acuerdo a la realidad local del prestador.</p> <p>Asimismo, se que no se exige demostrar un determinado grado de cobertura mínima ya ejecutada, sin embargo, el prestador debe demostrar que ha iniciado las capacitaciones, toda vez que el Segundo Elemento Medible se refiere a "<b>capacitaciones realizadas</b>".</p> <p>Por último, debe tenerse presente que la retrospectividad de la evaluación de esta Característica, en el primer procedimiento de acreditación, abarca un período de 6 meses y que ella incluye a todo el personal, incluyendo en ello al que ejerce funciones transitorias.</p>
<p><b>3.4.5.</b></p>	<p><b>Característica RH 3.1:</b>  <i>"El prestador institucional incluye en su programa de capacitación temas relacionados con prevención y control de infecciones y reanimación cardiopulmonar. Todos ellos destinados al personal que participa en atención directa de pacientes."</i></p> <p><b>Segundo Elemento Medible:</b>  <i>"La cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas asegura que el personal reciba una actualización al menos cada 5 años en estos temas."</i></p>	<p><b>Sobre cómo se debe constatar el Segundo Elemento Medible de esta Característica, acerca de la cobertura y periodicidad de las capacitaciones, se aclara:</b></p> <p>Las verificaciones de la Entidad deberán estar dirigidas a determinar si lo establecido en el programa de capacitación del prestador -cuya existencia y contenidos han sido constatados en la Dirección o Gerencia del prestador- se corresponde con lo que se constata en los Puntos de Verificación de esta característica. La Entidad Acreditadora constatará este Elemento por los diversos medios que le resulten razonables a esos efectos y que le generen convicción, tales como entrevistas al personal y documentos de diversos tipos, los cuales pueden encontrarse centralizados. Se advierte, por último, que ello no se logra con la mera verificación de los registros de las firmas de asistencia a las capacitaciones.</p>

3.5.	Ámbito Registros	Interpretación
3.5.1.	<p><b>Característica REG 1.1:</b>  <i>"El prestados institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica".</i></p> <p><b>Primer Elemento Medible:</b>  <i>"Se describe en un documento de carácter institucional la existencia de ficha clínica única e individual y su manejo."</i></p>	<p><b>Sobre si es aceptable que las fichas clínicas de los pacientes en hemodiálisis se mantengan en ese servicio, se aclara:</b></p> <p>Si mediante el documento de carácter institucional a se refiere el Primer Elemento Medible de esta característica se ha establecido así, las fichas de pacientes en hemodiálisis podrían archivar allí, siempre que, como se aclaró mediante lo señalado en los Numerales 1.1. y 1.2. de la Circular IP N° 16, de 26 de octubre de 2011, <i>"el respectivo documento de carácter institucional describa la Ficha Clínica de los pacientes, como una que permita a los diversos profesionales que intervengan en la atención del paciente acceder a la integralidad de los antecedentes que conforman la historia médica del paciente, dispone las medidas tendientes a asegurar su debida conservación y confidencialidad de los datos que contiene, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios que se efectúen en ellas"</i>.</p> <p>Asimismo, dicho documento debe describir <i>"los mecanismos que se emplearán para asegurar la fácil identificación y relación de las diversas partes de la Ficha Clínica, incluyendo el uso de un código único de identificación para todos los tipos de soporte utilizados que correspondan a datos clínicos del mismo paciente, así como un procedimiento explícito que asegure que los diversos profesionales que intervengan en la atención del paciente puedan acceder a la integralidad de la información en ellas contenidas"</i>.</p>
3.6.	Ámbito Seguridad del Equipamiento	Interpretación
3.6.1.	<p><b>Característica EQ 2.1:</b>  <i>"Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes".</i></p> <p><b>Primer Elemento Medible:</b>  <i>"Se ha designado el profesional"</i></p>	<p><b>Sobre si el encargado del programa de mantenimiento en un prestador institucional debe velar por el mantenimiento preventivo de los equipos que se detentan en comodato, se aclara:</b></p> <p>El sentido de esta característica es que exista</p>

	<i>responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional."</i>	un responsable del mantenimiento preventivo de todo el equipamiento existente en la institución, por tanto, su responsabilidad debe extenderse, a lo menos, a <b>todos</b> los equipos indicados en esta característica que posea el prestador <b>a cualquier título</b> , incluyéndose, por tanto, aquéllos que se detenten o se hayan recibido en comodato.
<b>3.7.</b>	<b>Ámbito Servicios de Apoyo</b>	
<b>3.7.1.</b>	<b>Componente Farmacia (APF)</b>	<b>Interpretación</b>
<b>3.7.1.1.</b>	<p><b>Característica APF 1.3 AC:</b>  <i>"Se mantiene un stock mínimo de medicamentos e insumos predefinido en las unidades de pacientes de mayor riesgo".</i></p> <p><b>Cuarto elemento medible.</b>  <i>"Existe constancia de que el stock mínimo se repone oportunamente."</i></p>	<p><b>Sobre cómo se constata el cumplimiento de esta característica cuando la Unidad de Farmacia es la responsable de los medicamentos y otra unidad (como la de "Abastecimiento") es responsable de los insumos, se aclara:</b></p> <p>Como se señala expresamente en la columna de "Observaciones" de esta Característica en respectiva la Pauta de Cotejo, en tales casos, para definir el cumplimiento de la característica, la verificación debe realizarse tanto en la Unidad de Farmacia como en la Unidad de Abastecimiento. Asimismo, en tales casos, la sumatoria de los resultados de las dos constataciones se consignará en la columna "Unidad de Farmacia" de la Pauta de Cotejo.</p>
<b>3.7.2.</b>	<b>Componente Esterilización (APE)</b>	<b>Interpretación</b>
<b>3.7.2.1.</b>	<p><b>Característica APE 1.2.:</b>  <i>"Las etapa de lavado, preparación y esterilización propiamente tal se realizan en forma centralizada"</i></p> <p><b>Primer Elemento Medible:</b>  <i>"Se constata que las etapas de lavado y preparación se realizan en forma centralizada."</i></p>	<p><b>Sobre si se puede considerar cumplido el Primer Elemento Medible de esta Característica, cuando se efectúan ciertas actividades previas al lavado centralizado en los servicios clínicos, se aclara:</b></p> <p>En los servicios clínicos, y antes de la ejecución de las etapas propias del lavado centralizado, es admisible que se proceda a la remoción de todo resto de materia orgánica visible, siempre que ello se efectúe sólo por</p>

		<p>medio de arrastre mecánico con agua fría, evitando la manipulación innecesaria de los materiales y equipos. Asimismo, en el caso que no sea posible el traslado inmediato de los materiales y equipos desde los servicios clínicos, no es obstáculo al cumplimiento de este Elemento Medible que se procure evitar que la materia orgánica se seque, por ejemplo, envolviendo el material en compresas húmedas o sumergiéndolo en un recipiente con agua con o sin detergente.</p>
<b>3.7.3.</b>	<b>Componente Imagenología (API)</b>	<b>Interpretación</b>
<b>3.7.3.1.</b>	<p><b>Característica API 1.2.:</b>  <i>"Los procedimientos imagenológicos que conllevan riesgo para los pacientes se realizan en condiciones seguras".</i></p> <p><b>Primer Elemento Medible:</b>  <i>"Con respecto a los exámenes imagenológicos que involucran procedimientos invasivos, uso de medio de contraste, sedación y/o anestesia, se describe en un documento elaborado por la unidad:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>El procedimiento imagenológico. *</i></li> <li><i>(Observación: * "Cuando está involucrado un procedimiento invasivo.")</i></li> <li>- <i>Protocolo de sedación y/o anestesia.</i></li> <li>- <i>Los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados al uso de medios de contraste endovenosos, sedación y /o anestesia.</i></li> </ul> <p><i>Se ha definido los responsables de su aplicación."</i></p>	<p><b>Sobre si la ecotomografía transvaginal se considera procedimiento invasivo para efectos del cumplimiento de esta característica, se aclara:</b></p> <p>Si bien la ecotomografía transvaginal es un procedimiento invasivo, atendido que se trata de procedimientos que carecen de riesgos imagenológicos, a cuya prevención atiende la finalidad de esta característica, no procede considerar a la ecotomografía transvaginal entre los procedimientos imagenológicos invasivos a que esta característica se refiere.</p>



3.7.4.	Componente Centro de Sangre (APCs)	Interpretación
3.7.4.1.	<p><b>Componente APCs AC:</b>            "El prestador institucional provee condiciones para la entrega de productos seguros y efectivos".</p>	<p><b>Sobre cuáles características del componente APCs aplican a un prestador institucional que no tiene Centro de Sangre, pero cuenta con Unidad de Medicina Transfusional (UMT) y envía las colectas de sangre al Centro de Sangre, desde donde se reciben los productos elaborados por dicho centro, se aclara:</b></p> <p>El Componente APCs (sobre Centros de Sangre) del Ámbito Servicios de Apoyo del Estándar General para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, sólo es aplicable en las evaluaciones de los prestadores que poseen un Centro de Sangre.</p> <p>En todo caso, debe aclararse que en la evaluación de un prestador de las características antes señaladas (esto es, que no tiene Centro de Sangre, pero cuenta con Unidad de Medicina Transfusional (UMT) y envía las colectas de sangre al Centro de Sangre) son aplicables todas las características del Componente APDs, sobre Atención de Donantes, y las del componente APT<sub>r</sub>, sobre Medicina Transfusional.</p>

**4.- ORDÉNASE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS, en los procedimientos de acreditación que ejecuten respecto de Laboratorios Clínicos, ajustarse a las interpretaciones que a continuación se formulan respecto de las siguientes normas del Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Laboratorios Clínicos:**

	Norma del Manual que se interpreta	Interpretación
4.1.	<p><b>Ámbito "Competencias del Recurso Humano" (RH) del Manual del Estándar General de Acreditación para Laboratorios Clínicos:</b>  <i>"Las prestaciones son realizadas por personal que cumple con el perfil requerido, en términos de</i></p>	<p><b>Sobre cómo se debe evaluar el Ámbito "Competencias del Recurso Humano" en los laboratorios que venden servicios y administran directamente las salas de tomas de muestras, se aclara:</b></p> <p>Las Características de dicho Ámbito aplican en tales prestadores según los siguientes</p>

	<p>habilitación y competencias.”</p>	<p>criterios:</p> <p>a) Las Características RH 1.1, RH 1.2 y RH 2.1: Se aplican a todo el personal permanente o transitorio de salas de tomas de muestras y del laboratorio;</p> <p>b) La Característica RH 3.1, sobre programa de capacitación en reanimación cardiopulmonar: Se aplica a todas las personas que atienden pacientes directamente en las salas de tomas de muestras.</p> <p>c) La Característica RH 4.1: Se aplica al personal de 3 tomas de muestras seleccionadas al azar y a los técnicos y profesionales del laboratorio que laboran en las áreas de Microbiología, Hematología y Bioquímica.</p>
--	--------------------------------------	---


**5.- DERÓGASE** el Numeral 2.4.3. de la Circular IP N° 8, de 19 de agosto de 2010.

**6.- INCORPÓRENSE** los contenidos de la presente Circular al “Compendio de Circulares Interpretativas de las Normas del Sistema de Acreditación” y **EMÍTASE** por la Unidad de Acreditación de esta Intendencia la **Versión N° 2** del antedicho Compendio.

**7.- VIGENCIA DE LAS NORMAS DE LA PRESENTE CIRCULAR:** La presente Circular entrará en vigencia desde su notificación a las Entidades Acreditadoras autorizadas.

**8.-** La presente resolución es susceptible de los recursos administrativos de reposición y jerárquico, dentro del plazo de 5 días ante este Intendente; asimismo, en subsidio del primer recurso antedicho, podrá interponerse el recurso jerárquico. Asimismo, cualquier interesado podrá solicitar aclaración de la presente resolución.

**COMUNÍQUESE, REGÍSTRESE Y PUBLÍQUESE EN LA PÁGINA WEB DE ESTA SUPERINTENDENCIA.**


  
*Maria Soledad Velásquez*
  
**MARÍA SOLEDAD VELÁSQUEZ URRUTIA**
  
**INTENDENTA DE PRESTADORES**
  
**\* SUPERINTENDENCIA DE SALUD**


  
**CSM/CMB/LJQ/HOG**
  
**Distribución:**

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras Autorizadas
- Subsecretario de Redes Asistenciales
- Jefa del Departamento de Calidad de la Subsecretaría de Redes MINSAL
- Directora del Instituto de Salud Pública

- Superintendente
- Fiscal
- Intendente de Fondos y Seguros
- Coordinación de Agencias Regionales
- Jefe Subdepartamento de Atención de Usuarios
- Agentes Regionales
- Dra. Claudia Bravo San Martín IP
- Encargada Unidad de Acreditación IP
- Encargada Unidad de Fiscalización IP
- Encargado Unidad de Asesoría Técnica IP
- Encargado Unidad de Apoyo Legal IP
- Funcionarios Analistas Intendencia de Prestadores
- Abogado HOG Unidad de Acreditación IP
- Archivo