



Intendencia de Prestadores

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud
Unidad de Asesoría Técnica

CIRCULAR IP N° 27

SANTIAGO, 02 DIC. 2013

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 SE INDICAN.-

VISTOS: Lo dispuesto en el numeral 1° del Artículo 121 del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, en relación con lo previsto 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, para 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; 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; la Circular Interna IP N°3, de 27 de junio de 2012, que dicta instrucciones sobre el procedimiento de interpretación de las normas del Sistema de Acreditación antes referido y deroga la Circular Interna IP N°4, de 2010; las actas de las sesiones del "Comité Asesor para la Interpretación de las Normas del Sistema de Acreditación" celebradas los días 22 de marzo, 5 y 19 de abril, 24 de mayo, 7 de junio y 5 de julio, todos del año 2013; la Resolución Exenta SS/N°1972, de 7 de diciembre de 2012 y en la Resolución Afecta SS/N° 57, de 4 de julio de 2012;

CONSIDERANDO:

1.- Que el debido cumplimiento de los objetivos sanitarios de las normas del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud exige una adecuada uniformidad

en la ejecución de sus evaluaciones y en la adopción de sus decisiones por parte de las Entidades Acreditadoras;

2.- Las solicitudes y consultas para la aclaración del sentido y alcance de determinadas normas del antedicho Sistema de Acreditación recibidas por la Intendencia de Prestadores, especialmente de parte de las Entidades Acreditadoras;

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 el de las normas de los antedichos Manuales, con el fin de uniformar y facilitar los procedimientos de acreditación de los prestadores institucionales de salud y asegurar la claridad y uniformidad de los criterios evaluativos de las Entidades Acreditadoras. 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°3, de 27 de junio de 2012, que dicta instrucciones sobre el procedimiento de interpretación de las normas del Sistema de Acreditación antes referido y deroga la Circular Interna IP N°4, de 2010, según consta en las actas de sus sesiones celebradas los días 22 de marzo, 5 y 19 de abril, 24 de mayo, 7 de junio y 5 de julio, todos del año 2013, ha recomendado a esta Intendencia dictar las instrucciones a las Entidades Acreditadoras que a continuación se señalan, relativas al sentido y alcance que deben dar a las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud que a continuación se indican;

5.- Que, atendido lo antes expuesto, se estima necesario dictar las instrucciones a las Entidades Acreditadoras, que se contienen en la presente Circular, aclarando el sentido y alcance de las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud que ella indica;

Y TENIENDO PRESENTE las facultades que me confieren las normas legales y reglamentarias antes señaladas,

VENGO EN DICTAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

1. ORDÉNASE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS , sujetarse estrictamente, en los procedimientos de acreditación que ejecuten, a las instrucciones que a continuación se dictan respecto del sentido y alcance que deben dar en ellos a las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud contenidas en 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 aprobados 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 demás Estándares Generales de Acreditación actualmente vigentes (para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada, Centros de Diálisis, Servicios de Esterilización, Servicios de Imagenología, Laboratorios Clínicos, Servicios de Quimioterapia y Servicios 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 ellas se haya establecido, 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 dictan instrucciones relativas al sentido de las normas que componen **las características del Manual del Estándar General para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, se agregarán**, en la identificación de dichas características, las letras: **"AC"**. En el caso que la tales instrucciones se refieran a características que pertenezcan **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.**

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

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

2.1. Sobre la forma de constatación de las características cuando ellas exigen un indicador, umbral de cumplimiento y su evaluación periódica, y esta evaluación es realizada en forma centralizada, se aclara:

Tal como señala el N°3 de la letra "B." de la Introducción a la Pauta de Cotejo de los diversos Manuales de los Estándares vigentes (último párrafo de la página 5): "*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.*" Sin perjuicio de lo anterior, como se señala en el segundo párrafo del N°4 de la letra "B." de dicha Introducción (página 6), si la Entidad constatare o fuera informada por el prestador que la evaluación se ha realizado en forma **centralizada**, dicha

evaluación debe constatarse en el Punto de Verificación y, posteriormente, **ser corroborada** en el lugar desde donde emanó la evaluación, debiendo solicitarse al encargado de reportar el cumplimiento de las características del respectivo Punto de Verificación que identifique el lugar de evaluación centralizada.

2.2. Sobre cómo constatar la evaluación periódica de los indicadores de una característica cuando a un mismo Servicio Clínico le es aplicable más de un Punto de Verificación, en el que hay que medir los mismos procedimientos o criterios asistenciales, se aclara:

Si a un mismo Servicio Clínico le son aplicables varios Puntos Verificación de una misma característica, resulta admisible aceptar la evaluación periódica de un mismo indicador para dar por cumplida la exigencia. En todo caso, lo importante es que la evaluación comprenda cada uno de los diversos tipos de pacientes que se atienden en el Servicio Clínico y a que se refieren los diversos Puntos de Verificación. Tales podrían ser, por ejemplo, los casos de las Características GCL 1.12, sobre "Proceso de Identificación de Paciente", y GCL 3.3, relativo a las actividades de supervisión de las normativas de control y prevención de las IAAS.

2.3. Sobre qué características de los diferentes Estándares son aplicables a los prestadores respecto de los pacientes "recién nacidos sanos", se aclara:

Atendido que el Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales se basa en la implementación progresiva de estándares mínimos que deben cumplir los establecimientos de salud, debe aclararse que actualmente **no son parte de las exigencias de los estándares de acreditación vigentes** la evaluación de sus características respecto de los pacientes "**recién nacidos sanos**".

2.4. Sobre si, en el caso de los prestadores institucionales públicos, es exigible que, en los Puntos de Verificación de aquellas características que exigen la exhibición de un documento de carácter institucional, se exhiba, al mismo tiempo, en cada uno de ellos, el acto administrativo que haya aprobado dicho documento (resolución, memorándum, oficio u otro), se aclara:

Debe aclararse que, en el caso de los prestadores institucionales públicos, no constituye una exigencia de tales características que el acto administrativo de oficialización de cada uno de los documentos de carácter institucional (mediante resolución, memorándum, oficio u otro) conste en cada uno de los Puntos de Verificación, siempre que la Entidad tenga acceso al respectivo acto administrativo cuando lo requiera, pudiendo tales actos encontrarse archivados centralmente, si así lo determinare el prestador (por ej.: en la Dirección u Oficina de Partes).

2.5. Sobre si alguna de las características de los diferentes Estándares de Acreditación vigentes resulta aplicable a las prestaciones de Medicina Nuclear, se aclara:

Atendidas las actuales exigencias del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, ninguna de las características de los diferentes Estándares de Acreditación vigentes resulta aplicable a las prestaciones de Medicina Nuclear.

2.6. Sobre si alguna de las características de los diferentes Estándares de Acreditación vigentes resulta aplicable respecto de las prestaciones relacionadas con Procuramiento de Órganos y Tejidos, Banco Músculo Esquelético o Células Madres, se aclara:

Atendidas las normas vigentes del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, se aclara que las acciones relativas al Procuramiento de Órganos y Tejidos, Banco Músculo Esquelético o Células Madres no se encuentran comprendidas en las actuales exigencias de los Estándares de Acreditación.

2.7. Sobre si alguna de las características de los diferentes Estándares de Acreditación vigentes resulta aplicable a las prestaciones de Hospitalización Domiciliaria, se aclara:

Las prestaciones de la Hospitalización Domiciliaria no son materia de evaluación de los actuales Estándares de Acreditación.

2.8. Interpretación solo aplicable a las evaluaciones del Estándar General para Prestadores Institucionales de Atención Abierta: Sobre si en los Puntos de Verificación "CECOF" y "Postas Rurales" deben efectuarse evaluaciones relativas a otros Puntos de Verificación, cuando en dichos espacios físicos se otorgan prestaciones tales como urgencia, dental, kinesiología, etc., se aclara:

La evaluación del prestador de Atención Abierta, en los Puntos de Verificación "CECOF" y "Postas Rurales", solo se realizará respecto aquellas características que contemplen expresamente tales puntos verificadores, independiente que en dichos establecimientos se otorguen prestaciones diversas, tales como urgencia, dental, kinesiología, etc.

3. INSTRÚYESE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS respecto del sentido que deben dar a las siguientes normas que conforman las Características de los Manuales de los Estándares Generales para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y de Atención Abierta:

	Normas del Manual que se interpretan	
3.1.	Ámbito Dignidad del Paciente	Interpretación
3.1.1.	<p>Característica DP 2.1: <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>Primer Elemento Medible: <i>"...Debe establecer que mediante su firma el paciente o sus familiares expresan que recibieron, de parte de quien efectuará el procedimiento, información sobre los objetivos de la intervención, sus características y potenciales riesgos. (...)"</i></p>	<p>Sobre quién debe obtener el consentimiento informado (y por lo tanto quien firme el formulario), se aclara:</p> <p>Para los efectos del Sistema de Acreditación, resulta aceptable que el consentimiento informado del paciente en los procedimientos de mayor riesgo señalados en el Primer Medible, lo obtenga (y, por lo tanto, que sea, también, quien firme el respectivo formulario) <u>el médico que ejecuta directamente el procedimiento o intervención, o bien, cualquier otro profesional médico tratante del mismo perfil y del mismo prestador.</u></p>
3.1.2.	<p>Característica DP 2.1 <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>Primer Elemento Medible: <i>"... Debe registrar nombre y firma del paciente y del profesional responsable del procedimiento y la fecha de la obtención del consentimiento. (...)"</i></p>	<p>Sobre el uso de timbres para identificación del profesional responsable en el documento en que consta el Consentimiento Informado del paciente, se aclara:</p> <p>Se acepta, la utilización de un timbre que dé cuenta del nombre del profesional que realizó el procedimiento. Sin perjuicio de las demás exigencias establecidas en el 1º Elemento Medible.</p>

<p>3.1.3.</p>	<p>Característica DP 4.1 AA: <i>"Las actividades docentes de pregrado se regulan mediante convenios docente asistenciales y un marco reglamentario suficiente, que vela por proteger la seguridad de los pacientes, el respeto a los derechos y demás condiciones de trato digno al usuario definidas por la institución, explicitando la precedencia de la actividad asistencial sobre la docente."</i></p>	<p>Sobre si para el cumplimiento de esta característica es suficiente que los convenios docente asistenciales relativos a los prestadores de <u>Atención Abierta Municipalizados</u> hayan sido firmados por el respectivo Alcalde o Director Municipal de Salud, se aclara:</p> <p>Atendida las actuales exigencias del Sistema de Acreditación, para evaluar el cumplimiento de esta característica por parte de los prestadores de Atención Abierta Municipalizados no basta con que el convenio docente asistencial aparezca suscrito por el respectivo la Alcalde o Director Municipal de Salud, sino que, además, se deberá constatar que tales convenios han sido <u>aprobados localmente por el Director del establecimiento evaluado.</u></p>
<p>3.2.</p>	<p>Ámbito Gestión Clínica</p>	<p>Interpretación</p>
<p>3.2.1.</p>	<p>Característica GCL 1.1: <i>"Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación pre - anestésica."</i></p>	<p>Sobre si resulta aplicable la Característica GCL 1.1, relativa al procedimiento de evaluación pre anestésica, en los procedimientos imagenológicos con uso de anestesia regional o general, se aclara:</p> <p>La aplicación de esta característica resulta aplicable a los procedimientos imagenológicos que requieren anestesia regional o general.</p> <p>Para efectos de la asignación del puntaje en el caso de los prestadores de Atención Cerrada, el resultado de la evaluación de los procedimientos imagenológicos con uso de anestesia regional o general, se llevará a cabo en Pabellón General.</p> <p>Para efectos de la asignación del puntaje en el caso de los prestadores de Atención Abierta, el resultado de la evaluación de</p>

		<p>los procedimientos imagenológicos con uso de anestesia regional o general, se llevará a cabo en Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria.</p> <p><u>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten después de un año de la dictación de la presente Circular.</u></p>
<p>3.2.2.</p>	<p>Características GCL 1.11 AC y 1.8 AA: <i>"Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias."</i></p> <p>Segundo Elemento Medible: <i>"Se constata la trazabilidad de las biopsias"</i></p>	<p>Sobre si, con posterioridad a la entrega del informe de biopsias o incorporación de éste en la Ficha Clínica, es objeto de constatación <u>el destino que se da a los respaldos de las mismas (tacos)</u> para efectos de evaluar la trazabilidad de las muestras de biopsias, se aclara:</p> <p>La evaluación de la trazabilidad de las muestras de biopsias concluye con la entrega del informe o la incorporación de éste a la ficha clínica. Por tanto, el destino que se dé a los respaldos (tacos), <u>no es objeto de evaluación</u> de la trazabilidad de las biopsias.</p>
<p>3.2.3.</p>	<p>Característica GCL 3.1 <i>"El prestador institucional cuenta con una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de prevención y control de las IIH."</i></p> <p>Segundo Elemento Medible. <i>"Existe un médico encargado del programa y una enfermera o matrona de Infecciones Intrahospitalarias que cuentan con la capacitación necesaria (al menos curso de 80 horas en la materia), descripción de sus funciones y tiempo asignado."</i></p>	<p>Sobre si para dar cumplimiento al Segundo Elemento medible de la Característica GCL 3.1, el profesional no médico, que allí se refiere, solo puede ser Enfermera/ro, se aclara:</p> <p>La exigencia del Segundo Elemento Medible de la característica GCL 3.1 de los diferentes Manuales de los Estándares de Acreditación que lo contienen, debe entenderse en correspondencia con lo mandatado por el "Componente GCL 3" del Ámbito de Gestión Clínica, a saber: "<u>el prestador ejecuta un Programa de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) de acuerdo a orientaciones técnicas vigentes del MINSAL</u>". En tal sentido debe señalarse que, actualmente, tales orientaciones se contienen en la Norma Técnica N° 124, sobre Programas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), aprobada</p>

		<p>por el Decreto Exento N° 350, de 2011, del Ministerio de Salud, y de conformidad con lo dispuesto en el literal a.2 de su numeral 1.5, para el ejercicio de la función de Encargado(da) del Programa de IAAS, en el caso del personal no médico, solo resulta admisible designar, a un(a) profesional de la <u>Enfermería</u>.</p>
3.3.	Ámbito Recursos Humanos	Interpretación
3.3.1.	<p>Característica RH 1.1: "Los profesionales médicos y cirujanos dentistas que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados."</p> <p>Característica RH 1.2: "Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados."</p>	<p>Sobre el período de retrospectividad de la evaluación de las Características RH 1.1 y RH 1.2 respecto <u>del personal transitorio</u>, cuando el prestador se presenta a un proceso de <u>reactificación</u>, se aclara:</p> <p>Atendido el texto explícito de los Elementos Medibles de las Características RH 1.1 y RH 1.2 de los diferentes Manuales de Acreditación, relativas a la evaluación de la habilitación legal de profesionales y técnicos, <u>en los procesos de reactificación</u> debe aplicarse el plazo de <u>un año de retrospectividad</u> en tales evaluaciones.</p>
3.3.2.	<p>Característica RH 1.1: "Los profesionales médicos y cirujanos dentistas que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados"</p> <p>Característica RH1.2: "Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados"</p>	<p>Sobre si resultan aplicables las características RH 1.1 y RH 1.2, respecto de los docentes que, no realizando labores asistenciales, sin embargo asisten a los establecimientos, continua o discontinuamente, con el fin de ejecutar actividades de educación, tales como charlas o otras actividades similares:</p> <p style="text-align: right;"><i>según</i></p> <p>Atendido que tales profesionales no realizan labores asistenciales en el prestador evaluado, ellos no son objeto de las evaluaciones a que se refieren tales características.</p>

3.4.	Ámbito Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	Interpretación
3.4.1.	<p>Característica AOC 1.1. <i>"Se utilizan procedimientos explícitos para proveer atención inmediata a los pacientes en situaciones de emergencia con riesgo vital dentro de la institución."</i></p>	<p>Sobre si resulta aplicable el punto verificador "Procedimientos Endoscópicos", de la Característica AOC 1.1, cuando tales procedimientos se realizan únicamente al interior del Pabellón Quirúrgico, se aclara:</p> <p>Atendido que la intención de la característica es proveer atención oportuna en caso de emergencia, principalmente en aquellos lugares que no cuentan con los requerimientos mínimos para otorgarlo, y que el Pabellón Quirúrgico sí cuenta con dichas particularidades, es que, en el caso que los procedimientos endoscópicos se realicen exclusivamente en tales pabellones, no resulta aplicable el punto verificador "PRO Endoscópicos" de esta característica.</p>
3.5.	Ámbito Servicios de Apoyo	
3.5.1.	Componente APF Farmacia	Interpretación
3.5.1.1.	<p>Característica APF 1.6: <i>"La preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos se realiza bajo las condiciones de seguridad previstas en la normativa vigente."</i></p> <p>Característica APF 1.7: <i>"La elaboración, almacenamiento y dispensación de fórmulas de nutrición parenteral se realiza bajo condiciones seguras para los pacientes."</i></p>	<p>Sobre la aplicabilidad de las Características APF 1.6 y 1.7, cuando el Prestador compra la prestación de Nutrición Parenteral y/o de Medicamentos Antineoplásicos, se aclara:</p> <p>La Entidad deberá llevar a cabo la evaluación de las Características APF 1.6 y APF 1.7, aun cuando el prestador evaluado compre a terceros la prestación de Medicamentos Antineoplásicos y Nutrición Parenteral, ya sea que posea, o no, Unidad de Farmacia. Cuando no cuente con Unidad</p>

		<p>de Farmacia, el prestador deberá definir cuál será el punto de verificación, pudiendo ser éste la Dirección del prestador, la Unidad de Calidad u otras.</p> <p><u>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten después de un año de la dictación de la presente Circular.</u></p>
3.5.2.	Componente API Imagenología	Interpretación
3.5.2.1.	<p>Característica API 1.2: "Los procedimientos imagenológicos que conllevan riesgo para los pacientes se realizan en condiciones seguras".</p> <p>Primer Elemento Medible: "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: - El procedimiento imagenológico*"</p> <p>"*Cuando está involucrado un procedimiento invasivo"</p>	<p>Sobre si el procedimiento de instalación de Vía Venosa Periférica debe ser considerado como un procedimiento invasivo para los efectos de la evaluación de la Característica API 1.2, se aclara:</p> <p>Efectivamente, debe ser considerado como un procedimiento invasivo, atendida la definición que para esta clase de procedimientos establecen los Glosarios de Términos de los diferentes Manuales de los Estándares de Acreditación vigentes.</p>
3.5.3.	Componentes APTr, APCs y APDs	Interpretación
3.5.3.1.	<p>Componentes APTr "El prestador institucional provee condiciones que garantizan la calidad de los componentes sanguíneos."</p> <p>Componente APDs "El prestador institucional provee condiciones de seguridad en el</p>	<p>Sobre qué Características de los Componentes APTr, APCs y APDs, debe evaluar la Entidad en aquellos prestadores que compran a terceros los servicios de transfusión de hemocomponentes y en que los pacientes son transfundidos en el prestador evaluado, se aclara:</p>

	<p><i>proceso de donación de sangre."</i></p> <p>Componente APCs <i>"El prestador institucional provee condiciones para la entrega de productos seguros y efectivos."</i></p>	<p>En tales casos resultan aplicables únicamente las características relativas a la compra y trazabilidad de los hemocomponentes, esto es, las Características APTTr 1.1, APTTr 1.3, APCs 1.1, APCs 1.4 y APDs 1.2.</p> <p><u>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten después de un año de la dictación de la presente Circular.</u></p>
--	---	--

4.- INSTRÚYESE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS respecto del sentido que deben dar a las siguientes normas de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de **Centros de Diálisis (CD)** y de **Servicios de Esterilización (SE)**:

	<p align="center">Características Interpretadas</p>	<p align="center">Interpretación</p>
<p align="center">4.1.</p>	<p>Característica AOC 1.1 CD <i>"Se utilizan procedimientos explícitos para proveer atención inmediata a los pacientes en situaciones de emergencia con riesgo vital dentro de la institución."</i> Segundo Elemento Medible: <i>"Se constata: conocimiento del procedimiento en personal entrevistado."</i></p> <p>Característica INS 2.1 CD <i>"Existen planes de evacuación actualizados, difundidos y sometidos a pruebas periódicas frente a los principales accidentes o siniestros."</i> Cuarto Elemento Medible: <i>"Se constata que el personal entrevistado tiene conocimiento de aspectos generales del plan de evacuación"</i></p> <p>Característica RH 4.2 CD y SE</p>	<p>Sobre si la Entidad, para evaluar el cumplimiento de las Características AOC 1.1, INS 2.1 y RH 4.2 en la evaluación de los <u>Centros de Diálisis</u> y de esta última característica en la evaluación de los Prestadores Institucionales de <u>Servicios de Esterilización</u>, solo debe constatar sus exigencias en el Punto de Verificación "Dirección o Gerencia del Prestador", se aclara:</p> <p>La Entidad, para evaluar el cumplimiento de las características de los Estándares Generales de Acreditación para <u>Centros de Diálisis</u> y para Prestadores Institucionales de <u>Servicios de Esterilización</u> antes señaladas, deberá efectuar su constatación entrevistando tanto al personal de la Dirección o Gerencia de Prestador, como al personal que realiza funciones clínicas en las salas de procedimientos o similares.</p> <p><u>Observación: La instrucción antes</u></p>

	<p>"Procedimientos en caso de accidentes del personal con material contaminado con sangre o fluidos corporales de riesgo."</p> <p>Tercer Elemento Medible:</p> <p><i>"Se constata conocimiento del procedimiento local para el manejo de estos accidentes por parte del personal."</i></p>	<p><u>señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten después de un año de la dictación de la presente Circular.</u></p>
--	---	--

5.- INCORPÓRENSE los contenidos de la presente Circular al "Compendio de Circulares Interpretativas de las Normas del Sistema de Acreditación" y **EMÍTASE** por el Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia la **Versión N° 3** del antedicho Compendio.

6.- VIGENCIA DE LAS INSTRUCCIONES DE LA PRESENTE CIRCULAR:

6.1. La presente Circular entrará en vigencia, respecto de cada una de las Entidades Acreditadoras, **desde la notificación a éstas por carta certificada.**


6.2. EXCEPTÚANSE de lo anterior, las instrucciones de la presente Circular que a continuación se señalan, las cuales **entrarán en vigencia a contar de un año desde la fecha de esta Circular** y, por tanto, ellas sólo serán aplicables a los procedimientos de acreditación cuya solicitud haya sido ingresada a partir de un año después de esta fecha, a saber:


- a) **Numeral 3.2.1.**, sobre la aplicabilidad de Característica GCL 1.1, relativa al procedimiento de evaluación pre anestésica, en los procedimientos imagenológicos con uso de anestesia regional o general;
- b) **Numeral 3.5.1.1.**, sobre la aplicabilidad de las Características APF 1.6 y 1.7, cuando el Prestador compra la prestación de Nutrición Parenteral y Medicamentos Antineoplásicos;
- c) **Numeral 3.5.3.1.** sobre características de los Componentes APT_r, APCs y APDs que se deben evaluar en aquellos prestadores que compran a terceros los servicios de transfusión de hemocomponentes; y
- d) **Numeral 4.1.**, sobre la constatación de las Características AOC 1.1, INS 2.1 y RH 4.2 del Estándar General de Acreditación para Centros de Diálisis y de esta última característica en la evaluación del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Servicios de Esterilización.

7.- NOTIFIQUESE por carta certificada la presente circular a los representantes legales de las Entidades Acreditadoras.

8.- Atendido lo previsto en el Artículo 41 de la Ley N°19.880, la presente circular es susceptible de los recursos administrativos de reposición y jerárquico, dentro del plazo de 5 días siguientes a su notificación ante esta Intendente; asimismo, en subsidio del recurso antedicho, podrá interponerse el recurso jerárquico. Si sólo se interpusiere este último recurso, deberá interponerse para ante la Superintendente, dentro del plazo antedicho. Asimismo, cualquier interesado podrá solicitar aclaración de la presente resolución.

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


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


CMB/JVP/LJQ/HOG
Distribución:

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras Autorizadas (por carta certificada y correo electrónico)
- Subsecretario de Redes Asistenciales
- Jefa del Departamento de Calidad de la Subsecretaría de Redes MINSAL
- Directora del Instituto de Salud Pública
- Superintendente Suplente
- Fiscal
- Intendente de Fondos y Seguros
- Jefa de la Unidad Coordinación Regional y Gestión de Usuarios
- Agentes Regionales
- Jefa del Subdepartamento de Resolución de Conflictos y Sanciones IP
- Jefa del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Encargado Unidad de Admisibilidad y Autorización IP
- Encargada Unidad de Fiscalización en Acreditación IP
- Encargada Unidad de Asesoría Técnica IP
- Funcionarios Analistas Intendencia de Prestadores
- Abogados Asesores Subdepto. de Gestión de Calidad en Salud IP
- Archivo