



SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Intendencia de Prestadores de Salud

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

Subdepartamento de Fiscalización en Calidad

Unidad de Gestión en Acreditación

Unidad de Regulación

CIRCULAR IP N° 64

SANTIAGO, 20 NOV. 2024

SUSTITUYE, POR EL QUE INDICA, EL TEXTO DE LA CIRCULAR IP/N°63, DE 13 DE SEPTIEMBRE DE 2024, LA QUE SE DEJA SIN EFECTO, DICTANDO LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES SOBRE EL SENTIDO Y ALCANCE QUE DEBEN DAR LAS ENTIDADES ACREDITADORAS A LAS NORMAS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD EN LOS PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN QUE EJECUTEN; EMITE NUEVAS INSTRUCCIONES AL RESPECTO Y MODIFICA LAS QUE SE SEÑALAN. -

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 de Atención Abierta, de Atención Psiquiátrica Cerrada, de Centros de Diálisis, de Servicios de Esterilización, de Servicios de Imagenología, de Laboratorios Clínicos, de Servicios de Quimioterapia y de Radioterapia, para Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas, para Atención Odontológica y Laboratorios de Anatomía Patológica y Citología, aprobados, respectivamente, mediante los Decretos Exentos N°18, de 2009; Nos. 33, 34, 35, 36 y 37, de 2010; Nos. 346 y 347, de 2011; N°128, de 2018; y los Decretos Exentos Nos. 11, 52 y 78, de 2021, 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; y en la Resolución Afecta RA 882/52/2020, de 3 de marzo de 2020;

CONSIDERANDO:

- 1º) 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 de criterios en la ejecución de sus evaluaciones y en la adopción de sus decisiones por parte de las Entidades Acreditadoras;

- 2º) Que, tras la dictación de la Circular IP/Nº63, de 13 de septiembre de 2024, se han recepcionado importantes sugerencias de modificación de algunas de sus instrucciones, que se ha estimado prudente acoger y, por tanto, resulta conveniente sustituir completamente el texto de dicha Circular por el presente texto, el que registrá, en definitiva, en la materia;
- 3º) Que los numerales 2º de los Acápites II de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y 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, así como a los Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas, para Atención Odontológica y Laboratorios de Anatomía Patológica y Citología, 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;
- 4º) Que, en virtud de tal normativa, se han dictado hasta la fecha sendas Circulares Interpretativas de las normativas del Sistema de Acreditación, las que son de obligatorio cumplimiento para las Entidades Acreditadoras, **siendo de su responsabilidad hacer que sus Directores Técnicos y evaluadores las cumplan rigurosamente**, todo lo cual es fiscalizado por esta Intendencia, de conformidad a sus facultades Legales y reglamentarias;
- 5º) Que, además, la intensa actividad de fiscalización de esta Intendencia y del Instituto de Salud Pública respecto de los procedimientos de acreditación ejecutados hasta la fecha, así como los diversos pronunciamientos que han tenido efectos particulares en casos individuales, ha dado lugar a una jurisprudencia administrativa que debe reflejarse en los contenidos de las circulares interpretativas del Sistema de Acreditación dictadas hasta la fecha; y
- 6º) Que, por tanto, para facilitar la aplicación de la normativa del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, resulta necesario **reunir la antedicha normativa jurisprudencial dictada hasta la fecha, en un solo texto, en esta nueva Circular, la que, según se indica en cada caso, sustituye, actualiza, sistematiza y/o modifica los textos de las instrucciones dictadas hasta la fecha;**

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

VENGO EN DICTAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS:

1. Preámbulo:

Información relevante respecto al formato de la presente Circular Interpretativa de las Normas del Sistema de Acreditación:

a) Con el objetivo de facilitar la consulta de los usuarios, las instrucciones y normas de esta Circular se presentan ordenadas, de manera secuencial, en los siguiente **Acápites**:

- I. Aclaraciones e interpretaciones en relación a contenidos del **REGLAMENTO DE ACREDITACIÓN**
- II. Aclaraciones e interpretaciones en relación a las instrucciones contenidas en los **MANUALES DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN**
- III. Aclaraciones e interpretaciones en relación al alcance y aplicabilidad de ciertos **PUNTOS DE VERIFICACIÓN**
- IV. Aclaraciones e interpretaciones en relación a ciertas **DEFINICIONES** utilizadas en los **MANUALES DE ACREDITACIÓN**
- V. Aclaraciones e interpretaciones de normas de las pautas de cotejo, según **CARACTERÍSTICA**
- VI. Aclaraciones e interpretaciones **ESPECÍFICAS** a diversos **ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN**

b) Debe tenerse presente que, **cada aclaración, consta de un número que le identifica**, el cuál es único para dicha aclaración.

En tal sentido, es importante puntualizar que, en relación las aclaraciones e interpretaciones a las diversas características de los Manuales, se debe considerar que, cuando en la primera columna aparece la identificación de la característica es porque dicha interpretación o aclaración es aplicable para el o los ESTÁNDARES RESPECTIVOS (ejemplo: "EQ 2.1 AC");

c) Además, debe tenerse presente que las siglas que identifican a los diversos ESTÁNDARES vigentes, son las siguientes:

AC: Atención Cerrada

AA: Atención Abierta

APC: Atención Psiquiátrica Cerrada

CD: Centros de Diálisis

SI: Servicios de Imagenología

LC: Laboratorios Clínicos

SQ: Servicios de Quimioterapia

SR: Servicios de Radioterapia

SE: Servicios de Esterilización

CTRAD: Centro de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia al Alcohol y/o Drogas.

LAPC: Laboratorios de Anatomía Patológica y Citología

AO: Atención Odontológica

d) Por último, debe tenerse que:

1. **Las nuevas interpretaciones e instrucciones**, se encuentran identificadas como "**NUEVA**";
2. **Las interpretaciones que se modifican por la presente Circular** se identifican con la indicación "**MODIFICADA**. En estos casos el texto fundamental de la modificación se encuentra destacado en negrita.

2. Atendido lo anterior, SUSTITÚYANSE LOS TEXTOS DE LAS INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS, CONTENIDAS EN LA CIRCULAR IP/Nº63, DE 13 DE SEPTIEMBRE DE 2024, por las siguientes normas:

I. Aclaraciones o interpretaciones en relación a contenidos del REGLAMENTO DE ACREDITACIÓN

NÚMERO 1

Norma: Artículos 4, 5 y 6 del Reglamento del Sistema de Acreditación

Sobre cómo debe efectuarse la constatación en aquellos casos en los cuáles dentro del prestador institucional que desea acreditarse existen espacios asistenciales que poseen diferente dependencia administrativa y/o clínica.

La finalidad del Sistema de Acreditación es la de promover la seguridad de los pacientes y por tanto de los procesos clínicos desarrollados por el prestador que desee acreditarse, independiente de las figuras administrativas o contractuales que dicho prestador convenga con terceros.

Por tanto, si en un mismo prestador institucional, ya sea de atención abierta o cerrada funcionan y se encuentran integrados diversos espacios asistenciales con diversas autorizaciones sanitarias, tales como consultas médicas, salas de procedimientos, entre otros, la Entidad Acreditadora deberá incluir dentro de sus constataciones dichos espacios, para que todos ellos sean evaluados en un mismo proceso de acreditación.

En caso de situaciones distintas a las descritas o de dudas al respecto de su aplicación se debe solicitar un pronunciamiento formal a la Intendencia de Prestadores respecto a la atingencia de un proceso conjunto o separado, a través del Sistema de Consultas técnicas sobre la Acreditación de Prestadores Institucionales disponible en la página web de la Superintendencia de Salud www.superdesalud.gob.cl

NÚMERO 2

Norma: Artículos 4, 5 y 6 del Reglamento del Sistema de Acreditación

Sobre cómo debe efectuarse la constatación en aquellos casos en los cuales un prestador institucional de Servicios de Apoyo (ejemplos: Laboratorio Clínico, Servicios de Imagenología, Servicios de Esterilización, etc.) se encuentra al interior del prestador institucional de atención cerrada o abierta en proceso de evaluación.

Tal como se menciona en la aclaración anterior, la finalidad del Sistema de Acreditación es la de promover la seguridad de los pacientes y por tanto de los procesos clínicos desarrollados por el prestador que desee acreditarse, independiente de las figuras administrativas o contractuales que dicho prestador convenga con terceros. En consecuencia, **si un prestador de Servicios de Apoyo se encuentra al interior de las dependencias del prestador que se evalúa, corresponde evaluar al prestador institucional que desee acreditarse abarcando todos los procesos clínicos que se ejecutan en sus dependencias.** Por tanto, aquellos prestadores institucionales de Servicios de Apoyo que se encuentren al interior de un prestador de atención abierta o cerrada deben ser incluidos en el proceso de acreditación de dicho prestador.

En caso de situaciones distintas a las descritas o de dudas al respecto de su aplicación se debe solicitar un pronunciamiento formal a la Intendencia de Prestadores respecto a la atingencia de un proceso conjunto o separado, a través del Sistema de Consultas técnicas sobre la Acreditación de Prestadores Institucionales disponible en la página web de la Superintendencia de Salud www.superdesalud.gob.cl

NÚMERO 3

Sobre la forma de proceder de los Prestadores Institucionales de Salud en aquellas situaciones excepcionales en las que un tercero solicita utilizar temporalmente espacios asistenciales, a modo de ejemplo: pabellones quirúrgicos, camas de hospitalizados, para el otorgamiento de prestaciones de gestión de quien solicita.
NUEVA

Por norma general y en cumplimiento al principio de promover la seguridad de los pacientes y por tanto de los procesos clínicos desarrollados por el prestador que desee acreditarse, independiente de las figuras administrativas o contractuales que dicho prestador convenga con terceros, **en aquellas situaciones excepcionales en las que un tercero solicita utilizar temporalmente espacios asistenciales, para el otorgamiento de prestaciones, independientemente del personal que otorga dicha atención, las constataciones deben ser incluidas en el proceso de acreditación en las dependencias donde son otorgadas (espacio físico, ejemplo: pabellones quirúrgicos) y no en el prestador institucional que deriva.** Dicho criterio se extiende a todos los requisitos del estándar respectivo, lo que incluye, la gestión del recurso humano, las entrevistas del personal, las mantenciones de las instalaciones y equipamientos, como todo tipo de registro utilizado en la atención de los pacientes (consentimiento informado, evaluación pre-anestésica, entre otras).

En caso de situaciones distintas a las descritas o de dudas al respecto de su aplicación se debe solicitar un pronunciamiento formal a la Intendencia de Prestadores respecto a la atingencia de un proceso, a través del Sistema de Consultas técnicas sobre la Acreditación de Prestadores Institucionales disponible en la página web de la Superintendencia de Salud www.superdesalud.gob.cl . Dicho pronunciamiento es de exclusiva responsabilidad del prestador institucional que cede el espacio asistencial a un tercero y debe realizarse al menos seis meses previos a su evaluación en terreno. En caso que el pronunciamiento, no fuere solicitado, entonces la Entidad Acreditadora aplicará el criterio general señalado en el primer párrafo de esta interpretación.

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.

NÚMERO 4

Norma: Artículo 10 del Reglamento del Sistema de Acreditación
Sobre si en los procesos de acreditación de prestadores que pertenecen a una red, pueden participar los Encargados de Calidad de dicha red de prestadores.

Atendido que el Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud ha sido diseñado para evaluar establecimientos de salud específicos y no redes de prestadores, es de interés del Sistema que los procesos de calidad sean liderados por los responsables directos del establecimiento, de modo que todos los requerimientos del sistema de acreditación sean de cargo de los directivos y profesionales locales.

Si bien es razonable que los encargados de calidad de la red participen en la etapa preparatoria del proceso de acreditación, durante el proceso de acreditación la interlocución con la Entidad Acreditadora sólo la deben tener los responsables y profesionales locales del establecimiento. Los Encargados de Calidad de la red, podrán participar como observadores del procedimiento de acreditación, pero en ningún caso podrán obstruir el normal desenvolvimiento de dicho procedimiento ni sustituir a los directivos locales en el mismo.

NÚMERO 5

Norma: Artículo 16 del Reglamento del Sistema de Acreditación
Sobre la Autorización Sanitaria vigente como requisito de ingreso al Sistema de Acreditación.

La existencia Legal de un prestador institucional de salud, y de cada una de sus dependencias, es el resultado de la dictación y vigencia de las respectivas resoluciones de la Autoridad Sanitaria que autorizan la instalación y/o funcionamiento de dichos prestadores y de sus diversas instalaciones, equipos, así como de su ampliación, modificación y traslado, de conformidad a los Artículos 121, 122 y 123 del Código Sanitario.

Atendido lo dispuesto en el inciso final del Artículo 7° del Código Sanitario, la Autorización Sanitaria debe dictarse en forma previa al inicio del funcionamiento del referido prestador institucional.

Por otra parte, se deberá acompañar la respectiva Autorización Sanitaria en los casos de ampliación, modificación o traslado de los establecimientos públicos y particulares de asistencia médica, tales como Hospitales, Maternidades, Clínicas, Policlínicos, Sanatorios, Laboratorios Clínicos, Institutos de Fisioterapia y Psicoterapia. La referencia al Servicio Nacional de Salud en la antes señalada disposición, debe entenderse hoy hecha respecto del Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo.

Los procedimientos de acreditación de los prestadores institucionales se efectúan por cada establecimiento de salud, es decir, en relación con un establecimiento determinado, según cómo éste haya sido descrito y definido en las respectivas resoluciones de la Autoridad Sanitaria que autorizó su instalación, funcionamiento o modificación y, en consecuencia, no

cabe solicitar la acreditación para redes de establecimientos asistenciales, aunque pertenezcan a una misma persona natural o jurídica o se encuentren físicamente cercanos.

Cuando se solicita la acreditación de un determinado prestador institucional, se deberá acompañar:

a) Documentos originales o copia auténtica de la resolución/certificado de la Autoridad Sanitaria o documentos electrónicos verificables a través de plataformas oficiales de la autoridad competente, que autorizó la instalación y el funcionamiento de dicho prestador institucional, o de los que den cuenta de ello;

b) Documentos originales o copias auténticas de las demás resoluciones/certificados o documentos electrónicos verificables a través de plataformas oficiales de la autoridad competente, mediante los cuales ésta haya autorizado la ampliación, modificación o traslado del establecimiento o de sus dependencias; y

c) Documentos originales o copias auténticas de las demás resoluciones/certificados o documentos electrónicos verificables a través de plataformas oficiales de la autoridad competente, en que haya autorizado la instalación, operación o funcionamiento de las demás áreas, equipos u otras dependencias, que se ubiquen dentro de dicho establecimiento y en los que se desarrollen funciones asistenciales o actividades que, de conformidad con la reglamentación vigente, requieran de una Autorización Sanitaria específica, tales como las salas de toma de muestras, los Laboratorios Clínicos, Laboratorios de Anatomía Patológica, los Centro de Diálisis, botiquines, calderas, autoclaves y operadores de los mismos, las instalaciones radiactivas o los equipos generadores de radiaciones ionizantes.

Las copias de las resoluciones, certificados u otros documentos oficiales de la Autoridad Sanitaria señalados en los literales precedentes se considerarán auténticas, en la medida que hayan sido autorizadas ante Notario Público o ante ministro de fe de la Autoridad Sanitaria.

No se requerirá acompañar todos los documentos antes señalados, en los casos de resoluciones sobre Autorizaciones Sanitarias que abarquen, conjuntamente, las diversas dependencias, instalaciones o equipos del establecimiento a que se refieren las letras a), b) y c) precedentes.

Tratándose de los establecimientos públicos de salud, el requisito de Autorización Sanitaria vigente, para los efectos de someterse al procedimiento de acreditación debe considerarse;

Respecto de aquellos establecimientos que se encontraban en funcionamiento al día 8 de febrero de 2006:

a) Hospitales dependientes de los Servicios de Salud: De conformidad a lo dispuesto en el N° 2 del citado D.S. N° 152/05, "los hospitales dependientes de los Servicios de Salud actualmente en funcionamiento, no requerirán de nueva autorización en conformidad con el presente decreto, sin perjuicio de lo cual, para los efectos de someterse al procedimiento de acreditación deberán demostrar previamente ante la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente su cumplimiento de los requisitos que establece el Reglamento de Hospitales y Clínicas."

b) Establecimientos de salud públicos de atención abierta: De conformidad a lo dispuesto en el N° 2 del citado D.S. N° 141, "las salas de procedimiento y pabellones de cirugía menor de establecimientos públicos de salud, actualmente en funcionamiento, no requerirán de nueva autorización en conformidad con el presente decreto, sin perjuicio de lo cual, para los efectos de someterse al procedimiento de acreditación deberán demostrar previamente ante la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente su cumplimiento de los requisitos que establece el Reglamento sobre Salas de Procedimiento y Pabellones de Cirugía Menor."

Los Hospitales y demás establecimientos dependientes de las Fuerzas Armadas se rigen, en cuanto a su autorización sanitaria, por sus leyes especiales, y a falta de éstas por las reglas generales del Código Sanitario.

La norma referida en la letra b) precedente se aplica a toda clase de establecimientos de atención abierta o ambulatoria dependiente de cualquier organismo público, tales como consultorios de dependencia municipal o de corporaciones municipales, salvo que, en cuanto a su autorización sanitaria, se encuentren sometidos a leyes especiales.

Cumplirán el requisito de autorización sanitaria vigente los establecimientos de salud públicos señalados en las letras a) y b) cuando junto a la Solicitud de Acreditación acompañen copia auténtica de la resolución del Secretario Regional Ministerial de Salud respectivo, que tenga por demostrado el cumplimiento de los requisitos que establece el Reglamento de Hospitales y Clínicas o el Reglamento sobre Salas de Procedimiento y Pabellones de Cirugía Menor, según el caso.

NÚMERO 6

**Norma: Artículo 16 del Reglamento del Sistema de Acreditación
Sobre el derecho a presentar la Solicitud de Acreditación cuando en un prestador se están desarrollando actividades de construcción y/o remodelación y/o cierre de sus dependencias. MODIFICADA**

Sólo puede solicitarse la acreditación respecto de las dependencias del prestador que cuenten con Autorización Sanitaria de funcionamiento vigente. Respecto de las dependencias que el prestador tenga en construcción y/o remodelación el interesado deberá acompañar a su Solicitud de Acreditación los documentos justificativos relativos a las respectivas actividades de ampliación, modificación o remodelación.

En todo caso, el procedimiento de acreditación en tales situaciones, sólo abarcará las dependencias que cuenten con sus respectivas Autorizaciones Sanitarias de funcionamiento vigentes.

En el caso que, se inicien actividades de construcción y/o remodelación de ciertos espacios asistenciales que constituyen un punto de verificación en prestadores institucionales que cuentan con autorización sanitaria y se someten a un proceso de acreditación o reacreditación, el plazo de implementación de los requisitos de las exigencias del estándar será de **seis meses posterior a la fecha del acto administrativo (Resolución-Certificado) de la autorización sanitaria del recinto en particular.** Superado dicho

plazo, la Entidad procederá a constatar las exigencias por el periodo retrospectivo que corresponda. Por ejemplo, en un Hospital de alta complejidad, que cuenta con autorización sanitaria y previo a su proceso de reacreditación, se autoriza una nuevo Pabellón de Hemodinamia o en un Centro de Atención Abierta, que cuenta con autorización sanitaria y previo a su proceso de reacreditación, una consulta médica se remodela autorizando en ese espacio asistencial un pabellón de cirugía menor.

En el caso del cierre de espacios previamente autorizados, el prestador debe informar a la Autoridad Sanitaria correspondiente del hecho y con dicho acto, tales exigencias no serán incluidas en su próximo proceso de acreditación.

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.

NÚMERO 7

**Norma: Artículo 19 del Reglamento del Sistema de Acreditación
Sobre el derecho de las Entidades Acreditadoras a ser incluidas en los procedimientos de designación aleatoria. MODIFICADA**

Cuando la Intendencia de Prestadores resuelva, que debe convocarse a un proceso de designación aleatoria de la o las Entidades Acreditadoras llamadas a ejecutar el o los respectivos procedimientos de acreditación correspondientes, notificará dicha resolución, **a más tardar el día miércoles de la semana respectiva**, a todas las Entidades Acreditadoras autorizadas hasta esa fecha;

Una vez que le fuere notificada dicha resolución, la Entidad Acreditadora podrá comunicar a la Intendencia su voluntad de renunciar a su derecho a ser incorporada a los sorteos relativos al prestador o prestadores institucionales que individualice por el exclusivo motivo de afectarle **una causal de conflicto de interés;**

No serán admitidas a trámite esta clase de renunciadas anticipadas cuando se invoquen **otros motivos, diversos del conflicto de interés;**

La renuncia a dicho derecho deberá efectuarse oportuna y formalmente ante la Intendencia de Prestadores, por el Representante Legal de la Entidad Acreditadora o por quien acredite personería suficiente a ese efecto, pudiendo efectuarse **hasta el mediodía del viernes siguiente y, si este último fuere inhábil, el plazo se reducirá hasta el mediodía del día jueves;**

Las Entidades Acreditadoras que renuncien a participar en un sorteo de designación aleatoria deberán remitir su renuncia a esta Intendencia, pudiendo formular tal renuncia vía correo electrónico, a través del correo de acreditación (**acreditacion@superdesalud.gob.cl**), siempre que dicha comunicación se envíe desde el correo electrónico que el Representante Legal mantuviere debidamente registrado ante esta Intendencia;

En el correo electrónico antes señalado, el Representante Legal de la Entidad **deberá expresar clara y explícitamente los hechos específicos** que configuran el conflicto de interés que se invoca y que motiva la renuncia, acompañando los antecedentes que justifiquen el conflicto de interés que se invoca;

La Intendencia de Prestadores fiscalizará el cumplimiento de los requisitos antes señalados y comunicará, al inicio de cada uno de los sorteos correspondientes en la audiencia respectiva, su decisión respecto de cuáles de los conflictos de interés invocados por las Entidades Acreditadoras han sido **debidamente justificados**, ordenando de inmediato la exclusión de la Entidad Acreditadora renunciante del respectivo sorteo, así como comunicará cuáles renunciaciones **no han sido debidamente justificadas**, señalando someramente cuál ha sido el requisito incumplido; asimismo, en esas oportunidades se informará de las renunciaciones declaradas **inadmisibles**;

Contra la antedicha decisión de esta Intendencia, que no considere debidamente justificada una renuncia por conflicto de interés, no cabe recurso alguno. Sin perjuicio de lo anterior, en el evento que esa Entidad resultare seleccionada en el sorteo respectivo, ella podrá renovar su solicitud de exclusión e invocar el mismo conflicto de interés, esta vez como fundamento de su rechazo a la designación aleatoria efectuada, en cuyo caso deberá estarse a los resultados de la nueva fiscalización que se efectúe al respecto.

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.

NÚMERO 8

**Norma: Artículo 22 del Reglamento del Sistema de Acreditación
Sobre la utilización de documentos electrónicos o dispositivos electrónicos para el cumplimiento de las exigencias normativas del Sistema de Acreditación.**

En virtud de la Ley N° 19.799, de 2002, sobre Documento Electrónico y Firma Electrónica, en nuestro país se estableció el principio de equivalencia Legal entre el soporte papel y el soporte electrónico para toda clase de documentos, así como entre la firma manuscrita y la firma electrónica. Por regla general, por tanto, es admisible en el Sistema de Acreditación el uso de documentos electrónicos y firmas electrónicas para el cumplimiento de sus exigencias, conforme a lo dispuesto en esa ley.

NÚMERO 9

Sobre cómo la Entidad Acreditadora, dejará respaldo de los documentos constatados, específicamente de aquellos presentados por el prestador institucional en formatos digitales (ej. Intranet), particularmente en los que se hayan detectado incumplimientos al Estándar de Acreditación respectivo. *NUEVA*

En aquellos casos, en que la Entidad Acreditadora constatare documentos, específicamente de aquellos presentados en formatos digitales, particularmente en los que se hayan detectado

incumplimientos al Estándar de Acreditación respectivo, **podrá solicitar copias impresas de la parte del documento o registro clínico que considere necesario para su labor, especialmente para respaldar los hallazgos que haya efectuado o firmar digitalmente el documento en la evaluación en terreno**

Al respecto, se aclara que **no es pertinente que la Entidad Acreditadora, requiera al prestador evaluado copia de todo el documento o de todos los documentos** revisados en las evaluaciones efectuadas, sino solo de aquéllos que considere gravitantes para respaldar alguna constatación o resultado en particular.

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.

NÚMERO 10

Norma: Título V del Reglamento del Sistema de Acreditación, "De los Aranceles" Sobre los aranceles aplicables a los procesos de acreditación de los prestadores institucionales que a continuación se señalan: *MODIFICADA*

Conforme lo dispuesto por el Reglamento, modificado por el D.S. N°43, de 2020, del MINSAL, publicado en el Diario Oficial con fecha 30 de julio de 2020, los aranceles aplicables a los procesos de acreditación de los prestadores institucionales que a continuación se señalan son los siguientes:

- a) Para los prestadores institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada (Hospitales y Clínicas Psiquiátricas), la suma de 150 UTM;
- b) Para los Centros de Diálisis, que funcionan de forma separada de un prestador institucional de atención abierta o cerrada, la suma de 160 UTM;
- c) Para los prestadores institucionales de Servicios de Esterilización, que funcionan de forma separada de un prestador institucional de atención abierta o cerrada, la suma de 140 UTM;
- d) Para los prestadores institucionales de Servicios de Quimioterapia, que funcionan de forma separada de un prestador institucional de atención abierta o cerrada, para efectos arancelarios, la suma de 160 UTM;
- e) Los prestadores institucionales de Servicios de Radioterapia, que funcionan de forma separada de un prestador institucional de atención abierta o cerrada, la suma de 180 UTM;
- f) Los prestadores institucionales constituidos por Centros de Tratamiento y Rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol o drogas, la suma de 70 UTM;

- g) **En el caso de los aranceles aplicables a los procesos de acreditación de los prestadores institucionales de Servicios de Imagenología, a que se refiere el Decreto Exento N° 36 de 2010, del Ministerio de Salud, se deberá aplicar el arancel de atención abierta que les corresponda, según el nivel de complejidad del prestador, atendiendo para ello a la clasificación señalada en el Decreto Exento N° 118 de 2011, de ese mismo Ministerio. Esto es, para los de baja complejidad el arancel corresponderá a 140 UTM, para los de mediana complejidad asciende a 160 UTM y para los de alta complejidad es de 180 UTM;**
- h) **En el caso de los aranceles aplicables a los procesos de acreditación de los prestadores institucionales de Laboratorio Clínico, a que se refiere el Decreto Exento N° 37 de 2010, del Ministerio de Salud, se deberá aplicar el arancel de atención abierta que les corresponda, según el nivel de complejidad del prestador, atendiendo para ello a la clasificación señalada en el Decreto Exento N°4 de 2024, de ese mismo Ministerio. Esto es, para los de baja complejidad el arancel corresponderá a 140 UTM y para los de alta complejidad es de 180 UTM;**
- i) Sobre los aranceles aplicables a los procesos de acreditación de los prestadores institucionales a que se refiere el Decreto Exento N°52 del 16 de septiembre de 2021, del Ministerio de Salud, que aprueba el Manual que fija el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, que Otorgan Atención Odontológica, de conformidad con las normas del Título V del Reglamento del Sistema de Acreditación son considerados como prestadores institucionales de atención abierta de baja complejidad, de modo que el arancel que les es aplicable asciende a 140 UTM.
- j) Sobre los aranceles aplicables a los procesos de acreditación de los prestadores institucionales a que se refiere el Decreto Exento N°68 de 12 de octubre de 2022, del Ministerio de Salud, que determina la clasificación de complejidad de los prestadores institucionales de los laboratorios de anatomía patológica y citológica, estos se clasificarán como Prestadores Institucionales de Salud de Atención Abierta de Baja Complejidad, conforme con el artículo 33º letra c), del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por decreto N°15 de 2007, del Ministerio de Salud.
- k) En el caso del Artículo 28 del Reglamento, **si el prestador a evaluar se encontrare en situación de ser acreditado con observaciones**, el arancel correspondiente a la verificación del cumplimiento del **Plan de Corrección**, corresponderá a **un cuarto del que fuera aplicado en el proceso de acreditación que lo causó** y el **recargo por distancia**, a que se refiere el inciso final del artículo 35 del Reglamento, será de **15 UTM**.

En todo caso, al pronunciarse sobre la solicitud de acreditación de un prestador institucional, la Intendencia de Prestadores fijará, mediante resolución, el arancel que es aplicable en el respectivo procedimiento de acreditación.

NÚMERO 11

Norma: Artículo 24 del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud sobre el sentido y alcance de las expresiones "conflicto de interés" de las Entidades Acreditadoras.

1. Ordena a las Entidades Acreditadoras que se ajusten a la interpretación de las expresiones "conflicto de intereses" contenida en el artículo 24° del Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el D.S. N°15, de 2007, del Ministerio de Salud, que se indica a continuación, en la ejecución de su función de evaluación de los señalados prestadores, así como en el ejercicio de todos los deberes que les asignan las normas de dicho Sistema.

2. Interpreta la frase "conflicto de intereses" como toda contraposición o tensión real o potencial que se le presente a una Entidad Acreditadora, en el ejercicio de sus deberes previstos por las normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud, entre el interés público comprometido en ellos, consistente en evaluar imparcial, objetiva y confiablemente a los prestadores institucionales de salud y:

2.1. Sus intereses comerciales, de asesoría, financieros, profesionales, o de cualquier otra índole privada;

2.2. Los intereses comerciales, de asesoría, financieros, profesionales, o de cualquier otra índole privada, de sus dueños, socios, directores, administradores, Representantes Legales, evaluadores, personal de apoyo u otros colaboradores; o,

2.3. Los intereses comerciales, de asesoría, financieros, profesionales, o de cualquier otra índole privada, de las personas naturales o jurídicas con las que tales Entidades o las personas indicadas anteriormente, se relacionen o vinculen profesional, comercial, laboral o familiarmente, por íntima amistad u otras circunstancias similares. Se aclara expresamente que tales vínculos o relaciones refieren indistintamente a las formales, informales, explícitas o encubiertas.

3. Previene a las Entidades Acreditadoras que los conflictos de intereses no cesan por el mero transcurso del tiempo, salvo en los casos de excepción en que se hubiera fijado expresamente un plazo para dicho fin, por lo que, en los demás casos, su existencia y mantenimiento será evaluada por esta Intendencia conforme al mérito de los antecedentes correspondientes.

4. Previene, asimismo, a dichas Entidades Acreditadoras que la infracción al artículo 24° indicado, según la presente interpretación, o por la concurrencia de las incompatibilidades explicitadas en sus letras a) y b), será determinada y sancionada de conformidad a las normas Legales y reglamentarias pertinentes e indicadas en los Vistos de esta resolución.

5. Instruye, por último, que toda vez que surjan dudas acerca de la norma interpretada por esta Circular y ello resulte determinante para la adopción de sus decisiones, deberán solicitar su aclaración a esta Intendencia de Prestadores, por las vías dispuestas al efecto.

**II. Aclaraciones o interpretaciones relativas a las
instrucciones contenidas en los
MANUALES DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN**

**Norma: Acápites II de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación
para los Prestadores Institucionales de Salud: "Instrucciones y Criterios a emplear
por las Entidades Acreditadoras"**

NÚMERO 12

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.

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.

NÚMERO 13

Sobre el alcance de la retrospectividad de las evaluaciones en un proceso de reacreditación.

La regla general sobre el alcance de la retrospectividad de las evaluaciones en los procedimientos de acreditación se encuentra establecida en el N°1 del Acápites II de los diversos Manuales de los Estándar de Acreditación vigentes, el que señala para la generalidad de las Características que "el alcance retrospectivo de las mediciones abarcará el período de 6 meses anteriores al proceso de evaluación de la respectiva acreditación. Una vez acreditado el prestador, el alcance retrospectivo en el siguiente proceso de acreditación será de tres años".

Sin embargo, excepcionalmente existen ciertas características y elementos medibles que establecen expresamente, en ellos mismos, plazos diversos para las evaluaciones retrospectivas, los que se encuentran explicitados en las Pautas de Cotejo. Tal es el caso, por ejemplo, de la retrospectividad señalada en el Ámbito de Recursos Humanos, cuando se trata del personal que cumple funciones transitorias, en los elementos medibles de las características RH 1.1 y RH 1.2, los cuales exigen un año de retrospectividad para la evaluación de sus respectivas habilitaciones Legales, lo cual debe aplicarse para la primera acreditación y para las sucesivas reacreditaciones. Sin embargo, respecto del personal que ejerce funciones permanentes, tratándose de una reacreditación, se aplica la regla general de retrospectividad de tres años, ya que los elementos medibles no contemplan un plazo especial a su respecto.

NÚMERO 14

Sobre las exigencias relativas a la forma de verificar las características que se refieren a las compras de prestaciones a terceros. *MODIFICADA*

En este caso habrá que distinguir dos situaciones:

- a) Mientras la Garantía Explícita de Calidad del Régimen General de Garantías (AUGE) no contemple la exigencia de acreditación para el prestador al cual se compran las prestaciones, el prestador que las adquiera y que desee acreditarse, solo deberá demostrar que ese tercero cuenta con la Autorización Sanitaria que corresponda, la cual deberá constar en su original o ser copia autenticada ante Notario o ante el Ministro de fe del organismo que emitió el documento;
- b) Si la Garantía Explícita de Calidad del Régimen General de Garantías (AUGE), establece la exigencia de acreditación para el prestador al cual se compran las prestaciones, el prestador que las adquiera y desee acreditarse deberá demostrar que ese tercero se encuentre acreditado.

En caso que se tratase de compra de servicios de prestadores institucionales sobre los cuales no es obligatoria la Garantía Explícita de Calidad del Régimen General de Garantías (AUGE), igualmente quien compra deberá regirse por las normas generales del sistema de acreditación, debiendo exigir que, quien vende se encuentre en condición de acreditado. Por ejemplo, un prestador de atención cerrada de alta complejidad, que compra servicios a un Laboratorio Clínico que realiza exclusivamente técnicas de genética, en tal caso, como se trata de un Laboratorio de alta complejidad, igualmente deberá encontrarse en condición de acreditado.

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten después de un año de la dictación de la presente Circular.

NÚMERO 15

Sobre cómo debe constatar la Entidad Acreditadora que se compran prestaciones a un prestador con autorización sanitaria vigente, cuando este último es un prestador público dependiente de un Servicio de Salud cuyo inicio de funcionamiento es anterior al día 9 de febrero de 2006.

En virtud de lo dispuesto en el N°2 del D.S. N°152/05, Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 8 de febrero de 2006, los Hospitales dependientes de los Servicios de Salud, en funcionamiento a esta última fecha, no requieren de una nueva Autorización Sanitaria, otorgada de conformidad con el "Reglamento de Hospitales y Clínicas" (D.S. N°161, de 1982, del Ministerio de Salud). Asimismo, mediante N°2, del D.S. N°141/05, MINSAL, se dispuso que las salas de procedimiento y los pabellones de cirugía menor de establecimientos públicos de salud, que se encontraban en funcionamiento a esa misma fecha, no requieren de nueva

autorización otorgada de conformidad con el "Reglamento sobre Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía Menor" (D.S. N°283/97, MINSAL).

Por tanto, los medios idóneos para que se constate por la Entidad Acreditadora la Autorización Sanitaria de los Hospitales dependientes de los Servicios de Salud y de las salas de procedimiento y los pabellones de cirugía menor de establecimientos públicos de salud, que se encontraban en funcionamiento al día 8 de febrero de 2006, estarán constituidos por cualquier medio que genere convicción en la Entidad respecto de dicha circunstancia, el que consignará en su respectivo informe, los que podrán ser documentos oficiales que acrediten su funcionamiento a esa fecha, tales como un certificado emitido por el Director del Servicio de Salud, del Director del Hospital o de la Municipalidad o de la Corporación Municipal respectiva, así como del Director del respectivo Consultorio o CESFAM.

Si el funcionamiento de tales Hospitales o centros asistenciales públicos de atención abierta antes señalados, al 8 de febrero de 2006, fuese un hecho público y notorio, la Entidad así lo consignará en su informe.

Los servicios de apoyo de esa clase de prestadores públicos que iniciaron su funcionamiento, o que modificaron su estructura, después del 8 de febrero de 2006, requieren la obtención de su Autorización Sanitaria de conformidad con los respectivos reglamentos vigentes.

NÚMERO 16

Sobre la retrospectividad de evaluación para un proceso de reacreditación, para aquellas características que en el proceso de acreditación precedente se dieron por incumplidas.

Para aquellos casos en los cuales la característica fue constatada como incumplida, ya sea porque el prestador no cumplió con la exigencia o no se presentó evidencia del cumplimiento, el período de retrospectividad a evaluar en el siguiente proceso de acreditación será de 2 años, considerando que en los primeros 12 meses sucesivos a su proceso de acreditación debe elaborar e implementar las exigencias pertinentes. Los 24 meses o 2 años de evaluación, comenzarán a regir retrospectivamente desde la fecha en la cual la Entidad Acreditadora comienza el proceso de evaluación en terreno en el prestador.

III. Aclaraciones o interpretaciones relativas a las instrucciones contenidas en las PAUTAS DE COTEJO DE LOS MANUALES DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN

Norma: Letra A. de las Pautas de Cotejo de los Manuales de Acreditación: "Elementos Medibles y Puntos de Verificación"

NÚMERO 17

Sobre cómo deben constatar aquellos Servicios Clínicos que atienden diversos tipos de pacientes y a los cuáles, por ende, les aplica más de un punto de verificación de los explicitados en las diversas Pautas de Cotejo, como por ejemplo un Servicio Médico-Quirúrgico o un Pensionado.

Tal como se señala en la letra A. "Elementos Medibles y Puntos de Verificación" de las diversas Pautas de Cotejo, si la organización del prestador que solicita la acreditación es distinta a la prevista en el Manual, se evaluará de acuerdo a la funcionalidad de las distintas estructuras. En tal sentido, si en un Servicio Médico-Quirúrgico existen pacientes de Medicina, Cirugía, Traumatología, le son aplicables en la evaluación dichos puntos de verificación, así también sería el caso de un Pensionado que por ejemplo atiende pacientes de Medicina, Traumatología, Cirugía y Gineco-Obstetricia, siendo en esta situación aplicables los cuatro puntos de verificación.

NÚMERO 18

Sobre quién debe seleccionar los puntos de verificación cuando se solicita constatar al azar algunos de ellos, por ejemplo: Tomas de Muestras, Sectores de Hospitalización, Salas de espera, CECOSF y Postas Rurales en Atención Abierta, en los procedimientos de acreditación de los establecimientos de los cuales dependen.
MODIFICADA

Considerando lo establecido en la letra "A." de la Introducción a la Pauta de Cotejo del Manual de los diversos Estándares de Acreditación para Prestadores Institucionales, el cual señala la selección al azar de diversos puntos de verificación (Por ejemplo, CECOSF y Postas Rurales). **Se aclara que esta selección debe ser realizada por la Entidad Acreditadora, aplicando una metodología consistente con la selección aleatoria.**

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.

NÚMERO 19

Sobre cómo debe consignarse la evaluación en aquellos elementos medibles en los cuales no existen casos para constatar durante el período de retrospectividad evaluado, por ejemplo: "registros de casos sometidos al Comité de Ética" (DP 5.1), "Análisis de eventos centinela" (GCL 2.3 AC/2.2 AA) o "Acciones de mejora en caso de controles que excedan los límites permitidos" (GCL 1.3 CD)

En esta situación el elemento medible **es igualmente aplicable**, sin embargo, si por ausencia de casos, por ejemplo, en el prestador no hubo casos que debieron ser presentados al Comité de Ética Asistencial en el período evaluado o no se presentaron eventos centinela o controles que excedan los límites permitidos, la Entidad Acreditadora recurrirá a los elementos habitualmente utilizados de constatación, tales como, evidencia documental, entrevistas, etc. según el caso, debiendo asignarse una vez verificada tal situación, un "Cumple" al elemento medible en el punto de verificación que corresponda.

**Norma: Letra B. de las Pautas de Cotejo de los Manuales de Acreditación:
"Requisitos para el cumplimiento de los elementos medibles".
"1. Existe un documento escrito sobre..."**

NÚMERO 20

Sobre los requisitos formales que deben cumplir en los prestadores públicos y privados los documentos para ser estimados como "documento de carácter institucional", según las exigencias del Manual de Acreditación.

Para efectos del Sistema de Acreditación se considerará un **documento como "institucional" cuando exista una aprobación explícita de la máxima autoridad del prestador. Para esta aprobación bastará con que figure, en el mismo documento, un acápite que señale "Aprobado por" con el Nombre, la firma de quien aprueba y fecha de aprobación.**

NÚMERO 21

Sobre si resulta admisible, para los efectos de las exigencias del Sistema de Acreditación, que el Director o Gerente del prestador institucional delegue su firma en un funcionario de su dependencia para la aprobación de los documentos de carácter institucional exigidos en los diversos Estándares de Acreditación.
MODIFICADA

Los documentos de carácter institucional exigidos en los diversos Estándares de Acreditación deben ser aprobados por el Director o Gerente del prestador institucional, con el fin de contribuir al respaldo explícito que debe emanar desde la máxima autoridad de los prestadores, **aprobación que podrá ser delegada en la dirección técnica reconocida por la autoridad sanitaria competente.**

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.

NÚMERO 22

Sobre si los documentos de carácter institucional de los prestadores que pertenecen a una red, ya sea del ámbito público o privado, deben ser aprobados por la autoridad a nivel central o por la autoridad local, por ejemplo, el Director del establecimiento.

Los documentos institucionales firmados por una autoridad central ya sea del ámbito privado (ej.: Directores o Gerentes nacionales) o públicos (ej.: Encargados de Salud Municipal, Directores de Servicio de Salud), que sin embargo no cuentan con la aprobación de la máxima autoridad a nivel local del prestador en evaluación, no cumplen con la exigencia relativa a un "documento de carácter institucional" propio.

NÚMERO 23

Sobre si resulta admisible que aquellos prestadores institucionales que compran servicios, por ejemplo, de Anatomía Patológica, Laboratorio Clínico, entre otros, exhiban documentos que contengan procedimientos que pertenecen al tercero, para así dar por cumplidas características referentes a dichas prestaciones.

La responsabilidad del cumplimiento de las exigencias contenidas en los diversos Estándares recae en el prestador que desea acreditarse y no sobre terceros a quienes compran servicios. En aquellos casos en que los documentos que deban ser exhibidos a la Entidad Acreditadora pertenezcan a un tercero a quien se compra la prestación, la Entidad deberá constatar que estos documentos hayan sido aprobados por la más alta autoridad del prestador en evaluación, si se tratase de documentos de carácter institucional, o por la Unidad Clínica evaluada, en el caso de otros documentos. En cualquier caso, para validar tales documentos, ellos deberán referirse a la realidad del prestador que está siendo evaluado.

Norma: Letra B. de las Pautas de Cotejo de los Manuales de Acreditación:

Requisitos para el cumplimiento de los elementos medibles”.

“3. Se ha definido indicador a utilizar y umbral de cumplimiento del...”

“4. Existe constancia de que se ha ejecutado la evaluación del...”

“5. Se constata directamente el cumplimiento de...”

NÚMERO 24

Sobre cómo constatar documentos, indicadores, umbrales y evaluación periódica de una característica, cuando a un mismo Servicio Clínico le es aplicable más de un punto de verificación.

Si a un mismo Servicio Clínico le son aplicables varios puntos de verificación de una misma característica, por ejemplo, un Servicio Médico-Quirúrgico que cuenta con Medicina y Cirugía, o un Pensionado que cuenta con Medicina, Cirugía y Ginecología, la Entidad constatará los documentos respectivos y que se haya definido un indicador y umbral de cumplimiento por cada punto de verificación señalado en la Pauta de Cotejo.

Cada prestador podrá definir un mismo indicador para todos los puntos de verificación que le sean aplicables o indicadores distintos, siempre que cada punto de verificación que le sea aplicable, cuente con la definición de un indicador y su umbral.

En el caso de que el Prestador haya definido un mismo indicador para todos los puntos de verificación, al momento de constatar la evaluación periódica, éstos pueden evaluarse como un indicador único, siempre que dicha evaluación efectivamente comprenda cada uno de los diversos tipos de pacientes que solicita la pauta de cotejo, según los puntos de verificación de la Pauta en la característica constatada. Tales pueden ser, por ejemplo, los casos de las Características GCL 1.12 de AC, sobre “Proceso de Identificación de Paciente, y GCL 1.3 de AC relativa a la evaluación y manejo del dolor agudo.

NÚMERO 25

Sobre la forma de constatación de las características que exigen evaluación periódica, y esta evaluación es realizada en forma centralizada.

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, si la Entidad Acreditadora constata o fuera informada por el prestador que la evaluación se ha realizado en forma centralizada, dicha evaluación debe constatar en el Punto de Verificación y, posteriormente ser corroborada en el lugar desde donde emanó la evaluación.

La corroboración se realizará solicitando al encargado de reportar el cumplimiento de las características del respectivo punto de verificación, que identifique el lugar de evaluación centralizada.

NÚMERO 26

Sobre cómo dar cumplimiento a una evaluación periódica del indicador definido para el punto de verificación en virtud de las instrucciones establecidas en las Pautas de Cotejo: ***"El prestador institucional seleccionará, para efectos de evaluación, una muestra aleatoria de tamaño suficiente que permita una aproximación razonable a la realidad. Este tamaño de muestra dependerá de la frecuencia en que ocurre el fenómeno o procedimiento a evaluar, los resultados esperados y el nivel de azar tolerable"***: **NUEVA**

En primer lugar, es importante señalar que el objetivo de la evaluación periódica de un indicador, para efectos de la acreditación, no constituye una investigación científica, por ende, las metodologías utilizadas, si bien consideran un sustento estadístico, éste no se aplica con el mismo rigor que le sería exigible a una investigación para demostrar determinada hipótesis o realizar comparaciones entre grupos.

En aquellos casos que la evaluación periódica se construya en base al total de casos de un periodo (universo del fenómeno estudiado), **la Entidad Acreditadora deberá corroborar que los datos aportados por el prestador institucional sean fidedignos, en el sentido que no se hayan excluido casos por sesgos conscientes o inconscientes, utilizando la metodología de constatación señaladas en las orientaciones técnicas que esta Intendencia ha dispuesto.** En caso de inconsistencias no atribuibles al azar, el elemento medible debe considerarse no cumplido, lo cual quedará detallado en el informe de acreditación.

Por otro lado, si el prestador institucional, estima realizar un muestreo, dada la frecuencia del fenómeno, entonces, deberá exhibir la metodología del muestreo en cuestión y, que cumple con las condiciones necesarias para dar cuenta de este requisito, lo que significa que la muestra posea una, **"Representatividad"**, por tanto, **que los casos analizados correspondan al mismo período al que se refiere el indicador y, que abarquen el período completo, no sólo una ventana de tiempo dentro de éste, lo que dependerá de la disponibilidad de la información y si se conoce el total de los casos. Así mismo, la muestra debe tener "Una precisión y tamaño" suficiente, lo que dependerá básicamente de la proporción de cumplimiento que muestre el indicador, el error muestral y el intervalo de confianza. En este escenario, la Entidad igualmente debe utilizar la metodología de constatación señalada en las orientaciones técnicas que esta Intendencia ha dispuesto.** En caso de inconsistencias no atribuibles al azar, el elemento medible debe considerarse no cumplido, lo cual quedará detallado en el informe de acreditación.

Finalmente, debe tenerse presente que, para efecto de las constataciones en terreno por parte de la Entidad Acreditadora, serán considerados aceptables para el cumplimiento de las exigencias de la evaluación periódica, el uso de estudios del tipo observacional transversal a través de prevalencias de un día en el periodo definido, cuando la etapa de muestreo garantice condiciones necesarias de precisión y tamaño de la muestra que exige la Acreditación. Para dar cuenta de este requisito, la entidad constatará que el número de casos observados completen el

tamaño muestral calculado para el periodo. A modo de ejemplo, si el Hospital realiza la evaluación periódica trimestral de los criterios de indicación médica de transfusión, cuando realiza en promedio 150 transfusiones en el trimestre, con un intervalo de confianza de un 95%, una proporción esperada de un 96%, un margen de error del 10%, se espera que se evalúen al menos 14 pacientes en el trimestre, si la evaluación se realiza por medio de un estudio observacional transversal a través de una prevalencia en el trimestre y el día de la visita, solo se observan 4 pacientes, entonces, se debe programar una nueva visita hasta llegar a los 14 casos del trimestre. Esta exigencia incluye los indicadores de la Norma de Seguridad de la Ley 20.584/2012/Minsal, si el prestador evaluado no alcanza en un día de la visita, el número suficiente de casos.

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia un año después de la dictación de la presente Circular.

NÚMERO 27

Sobre a quiénes debe incluirse en las constataciones de las características cuyos elementos medibles exigen la ejecución de entrevistas y no señalan específicamente quiénes deben ser entrevistados

Las entrevistas se deben efectuar a todo el personal que durante la evaluación se desempeñe en los Puntos de Verificación señalados en las características que se constaten (ejemplo AOC 1.1, INS 1.1). Es decir, tanto el personal sanitario como no sanitario, e independientemente del tipo de relación contractual que dicho personal mantenga con el prestador institucional evaluado (incluye tanto al personal externo como al personal propio).

Se excluyen de tales constataciones al voluntariado (tales como Damas de Rojo, de Café, etc.), los alumnos de pregrado y aquellos funcionarios de las Fuerzas de Seguridad y de Orden (Carabineros, Detectives, Gendarmes, etc.) que se encuentren a cargo de la custodia de un paciente o en funciones activas no sanitarias.

IV. Aclaraciones o interpretaciones relativas al alcance y aplicabilidad de los PUNTOS DE VERIFICACIÓN

NUMERO 28

Sobre la constatación de las características en aquellos casos en que el prestador institucional otorga la prestación, sin embargo, no le aplica ningún punto de verificación de la Pauta de Cotejo correspondiente. *NUEVA*

En cumplimiento a lo dispuesto en la introducción de todas las pautas de cotejo, la Entidad Acreditadora debe considerar que: *"Los lugares de verificación contenidos en el manual representan una formulación genérica de la estructura organizativa interna que puede tener un prestador institucional. Por ello, si la organización del prestador institucional que solicita la acreditación es distinta a la prevista en el manual, se evaluará el prestador de acuerdo al tipo de pacientes que se atienden en las distintas estructuras."* Así entonces, en aquellos casos en que el prestador institucional otorga la prestación, sin embargo, no le aplica ningún punto de verificación de la Pauta de Cotejo correspondiente, deberá solicitar un pronunciamiento a través del **Sistema de Consultas técnicas sobre la Acreditación de Prestadores Institucionales** disponible en la página web de la Superintendencia de Salud www.superdesalud.gob.cl, **sobre la aplicabilidad de las características asociadas a la prestación, la retrospectividad y la columna donde deberá asignar el puntaje en cuestión.**

A modo de ejemplo, en el Estándar de Atención Abierta, en la Característica GCL 1.5, cuando el Centro no tiene Pabellón de CMA, Sala de Procedimiento Endoscópicos, Urgencia, Diálisis, Sala IRA o Sala ERA, sin embargo, tiene una Sala de Procedimientos, donde realiza, por ejemplo: Cirugía Lasik, entonces, debe solicitar un pronunciamiento a esta Intendencia.

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.

NUMERO 29

Sobre la constatación de los puntos de verificación cuando la Entidad Acreditadora, se percata del otorgamiento de prestaciones en lugares con o sin autorización sanitaria para otorgar dicha prestación y que no fueron informados en la Solicitud de Acreditación por el prestador evaluado. *NUEVA*

En cumplimiento a los requisitos obligatorios para solicitar su acreditación, todo establecimiento debe contar con sus respectivas autorizaciones sanitarias. Así entonces, si entre sus hallazgos, la Entidad se percata del otorgamiento de prestaciones en lugares con o sin autorización sanitaria para otorgar dicha prestación y que no fueron informados a La Intendencia de Prestadores de Salud

por el prestador evaluado, deberá realizar sus constataciones en virtud de las prestaciones que en dicho lugar otorgan.

En primera instancia procederá a solicitar, que el prestador aclare si cuenta con autorización sanitaria para el otorgamiento de las prestaciones en el lugar. De no contar con autorización sanitaria, la Entidad Acreditadora igualmente procederá a las constataciones del punto de verificación.

En estos casos, la Entidad Acreditadora dejará detalle de sus hallazgos en el Informe de Acreditación, específicamente en el Ítem "UNIDADES Y SERVICIOS CLÍNICOS DEL PRESTADOR", en la columna "Diferencia con Autorización Sanitaria".

UNIDAD O SERVICIO	UBICACIÓN - DIRECCIÓN	Diferencia con Autorización Sanitaria
		Xxxxxxxxxx
		Xxxxxxxxxx

Si el prestador no cuenta con autorización sanitaria en el lugar en cuestión, la Entidad Acreditadora señalará explícitamente aquello, para que esta Intendencia informe a la Secretaría Regional Ministerial de Salud correspondiente, con el objeto de llevar a cabo sus fiscalizaciones y regularización.

Para mayor entendimiento, se expone un ejemplo: La Entidad Acreditadora durante la acreditación de un Centro de Atención Abierta constata que se obtienen muestras de laboratorio clínico, en otras unidades o salas de procedimiento no autorizadas, en tal caso, resultan aplicables las exigencias del punto de verificación "Tomas de Muestras" del estándar respectivo.

En caso que la Entidad Acreditadora tenga dudas de la aplicación del punto de verificación, debe realizar sus consultas oficialmente a esta Intendencia a través del Sistema de Consultas técnicas sobre la Acreditación de Prestadores Institucionales disponible en la página web de la Superintendencia de Salud www.superdesalud.gob.cl

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.

NÚMERO 30

Sobre qué dependencias del prestador en evaluación comprenden el punto de verificación "General", "Sector de acceso", "Sectores de espera de público", "Pasillos de circulación" y/o "Sectores de Hospitalización" y como debe entenderse la inclusión de las mismas dependencias en el caso del punto de verificación "Dirección o Gerencia del Prestador". **MODIFICADA**

Dichos puntos corresponden a cualquier dependencia del prestador institucional en evaluación, aunque este no constituya un punto de verificación dentro de la pauta de cotejo respectiva.

Tal es el ejemplo de los CECOSF y Postas Rurales dependientes de un CESFAM, en el Estándar General de Atención Abierta.

Mismo criterio debe ser considerado en el punto de verificación "Dirección o Gerencia del Prestador", a modo de ejemplo, cuando la característica en el Ámbito INS de los diversos estándares, se refiere a la designación de un Responsable, este debe ser responsable de todas las dependencias del establecimiento.

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia un seis después de la dictación de la presente Circular.

NÚMERO 31

Sobre si en los "CECOSF" y "Postas Rurales" de los Manuales de Atención Abierta deben efectuarse constataciones relativas a puntos de verificación como Urgencia, Dental, Kinesiología, etc. *MODIFICADA*

En los "CECOSF" y "Postas Rurales" que pertenezcan al prestador de atención abierta evaluado, solo se realizará la constatación de aquellas características que contemplen expresamente tales puntos de verificación, independiente que en dichos establecimientos se otorguen prestaciones diversas, tales como atenciones de Urgencia, Dental, Kinesiología, etc.

Hace excepción a este criterio el caso de las Tomas de Muestras que se encuentran en dependencias de los CECOSF o Postas Rurales, según lo aclarado en el Número 32 y 33, y la trazabilidad de las muestras de biopsias (lo que incluye a los citológicos analizados por un laboratorio de anatomía patológica), según lo aclarado en el numeral 94.

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia un seis después de la dictación de la presente Circular.

NÚMERO 32

Sobre cuántas de las "Unidades de Toma de Muestras externas" deben ser evaluadas en prestadores institucionales de atención cerrada o abierta que cuentan con dichas Unidades, ya sea en sus dependencias o fuera de ellas.
MODIFICADA

Conforme al criterio utilizado en la constatación del Estándar de Acreditación para Laboratorios Clínicos, si el prestador en evaluación cuenta con más de tres "Unidades de Toma de Muestras externas", la Entidad Acreditadora seleccionará tres de ellas al azar.

Distinto es respecto de la Tomas de Muestras que se encuentran dentro de las dependencias del Prestador evaluado, en cuyo caso se constatan todas ellas.

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.

NÚMERO 33

Sobre qué características, en las cuales "Toma de Muestras" constituye un punto de verificación, son aplicables a un prestador institucional de atención cerrada, de atención abierta o de atención psiquiátrica cerrada, que no cuenta con servicios de Laboratorio Clínico, pero cuenta(n) con Sala(s) de Toma de Muestras en sus instalaciones.

Si el prestador institucional no cuenta con Laboratorio Clínico y compra dichos servicios, pero posee sala(s) de toma de muestras en sus instalaciones, sea(n) o no de su dependencia y gestión, le serán aplicables todas aquellas características del Estándar en las cuales "Toma de Muestras" constituye un Punto de Verificación.

Asimismo, a los prestadores de atención cerrada les serán aplicables las características APL 1.1 y AOC 1.3; en el caso de los prestadores de atención abierta, las características APL 1.1 y AOC 1.2.; y, en el caso de los prestadores de atención psiquiátrica cerrada, la característica APL 1.1.

NÚMERO 34

Sobre cómo constatar el punto de verificación "Farmacia" en aquellos prestadores institucionales que no cuentan con una farmacia, sin embargo, poseen en sus instalaciones una droguería o un almacén farmacéutico o un botiquín o un depósito autorizado por la normativa vigente.

En estas circunstancias, la Entidad Acreditadora, deberá constatar en el lugar autorizado en el Prestador Institucional para tales efectos, todas aquellas características que contengan como punto de verificación "Farmacia".

NÚMERO 35

Sobre el punto de verificación "Hemodinamia" y las características del Manual de Acreditación para Atención Cerrada que le son aplicables. MODIFICADA

En consideración a las particularidades, complejidad y riesgo de los procedimientos de Hemodinamia, le son aplicables las siguientes características:

- DP 2.1 sobre la utilización de documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo. Se consignará en el punto de verificación Hemodinamia.
- DP 4.2 sobre las actividades y procedimientos que realizan los alumnos de pre-grado dentro de la Institución están definidos, y son evaluados periódicamente con la finalidad de proteger la seguridad de los pacientes y velar por el efectivo respeto de sus derechos. Se consignará en el punto de verificación PQ
- CAL 1.2 sobre la existencia de un responsable de coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en las Unidades, y se definen metas de calidad anuales en dichas unidades. Se consignará en el punto de verificación PQ
- GCL 1.1 sobre la aplicación de un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación pre – anestésica. Se consignará en el punto de verificación PQ General
- GCL 1.2 sobre la aplicación de un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Atención de enfermería. Se consignará en el punto de verificación PQ.
- GCL 1.4 sobre la aplicación de un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Reanimación cardiopulmonar. Se consignará en el punto de verificación PRO Hemodinamia.
- GCL 1.5 sobre la aplicación de un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Criterios de ingreso y egreso a unidades de paciente crítico. Se consignará en el punto de verificación PQ.
- GCL 1.7 sobre la aplicación de un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión. Se consignará en el punto de verificación PQ.
- GCL 1.12 sobre la aplicación de un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Proceso de identificación del paciente. Se consignará en el punto de verificación PQ.
- GCL 2.3 sobre la vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención. Se consignará en el punto de verificación PQ.
- GCL 3.3 sobre las actividades de supervisión que dan cuenta del cumplimiento de la normativa de Control y Prevención de las IAAS. Se consignará en el punto de verificación PQ.
- RH 2.2 sobre los programas de orientación. Se consignará en el punto de verificación PQ.
- RH 3.1 sobre el programa de capacitación. Se consignará en el punto de verificación PQ.
- RH 4.1 sobre el programa de control de riesgos a exposiciones. Se consignará en el punto de verificación PRO Hemodinamia.

- RH 4.2 sobre las acciones frente a accidentes laborales con material contaminado con sangre o fluidos corporales de riesgo y sustancias peligrosas. Se consignará en el punto de verificación PQ.
- REG 1.3 sobre entrega al paciente de información relevante acerca de las prestaciones realizadas. Se consignará en el punto de verificación Pabellones de CMA
- EQ 2.2 sobre mantenimiento de equipos en lo referido a imagenología
- EQ 3.1 sobre equipos que deben ser operados por personal autorizado (en equipos de imagenología)
- INS 2.1 sobre planes de evacuación actualizados, difundidos y sometidos a pruebas periódicas frente a los principales accidentes o siniestros. Se consignará en el punto de verificación PQ.
- APF 1.2 sobre estructura organizacional de carácter técnico que define la adquisición de medicamentos e insumos. Se consignará en el punto de verificación PQ.
- **APF 1.5 sobre estandarización de procedimientos relacionados con medicamentos y evaluación de su cumplimiento en las diferentes unidades clínicas. Se consignará en el punto de verificación PQ.**
- APE 1.2 sobre las etapas de lavado, preparación y esterilización propiamente tal se realizan en forma centralizada. Se consignará en el punto de verificación PQ.
- APE 1.4 sobre el almacenamiento de material estéril se realiza de acuerdo a normas técnicas vigentes en la materia. Se consignará en el punto de verificación PQ.
- API 1.2 sobre seguridad de los procedimientos imagenológicos.

En los casos en que la evaluación del Servicio de Hemodinamia, se consigne en la columna relativa al punto de verificación PQ, Pabellón General y/o Pabellones de CMA, la decisión sobre el cumplimiento de dichos puntos de verificación estará condicionada a la evaluación tanto de Hemodinamia como de los Pabellones antes señalados.

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten después de un año de la dictación de la presente Circular.

NÚMERO 36

Sobre si las prestaciones de Medicina Nuclear deben ser consideradas en la constatación del punto de verificación "API" (Imagenología).

No deben ser incluidas estas prestaciones para la constatación de las características en las cuales Imagenología constituye un punto de verificación, por lo tanto, las exigencias de los Manuales de Acreditación no son constatables en la actualidad, en los Servicios/Unidades que otorgan prestaciones de Medicina Nuclear.

NÚMERO 37

Sobre la aplicabilidad del punto de verificación "APD" de los Estándares de Acreditación para atención cerrada en aquellos prestadores que sólo realizan procedimientos de diálisis en pacientes agudos.

El punto de verificación del Manual antes señalado dice relación con la diálisis de pacientes crónicos y no de pacientes agudos. En consecuencia, no resultan aplicable la constatación de las características en las cuales "APD" figura como punto de verificación, en aquellos prestadores que solo realizan procedimientos de diálisis en agudos.

NÚMERO 38

Aplicabilidad del punto de verificación "APQ" del Manual del Estándar para la Acreditación de Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, en aquellas Unidades Clínicas distintas a una Unidad de Quimioterapia, que ingresan pacientes para administrar protocolos de quimioterapia, de manera hospitalizada y/o ambulatoria. MODIFICADA

Atendiendo que el objetivo es resguardar la seguridad de los pacientes que siguen un protocolo de quimioterapia, y que los puntos de verificación están relacionados con el otorgamiento o no de una determinada prestación, **le es aplicable el punto de verificación "APQ" a aquellas Unidades Clínicas, ambulatorias y/o de hospitalización, que cuentan con pacientes que son ingresados con el objetivo de administrar quimioterapia en el contexto de un protocolo de tratamiento.**

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia respectos de los procesos de acreditación que se soliciten después de seis meses de la dictación de la presente Circular.

NÚMERO 39

Aplicabilidad de los puntos de verificación "Cirugía", "Cir Adulto", "Cir Infantil" y "Traumatología" en aquellos prestadores institucionales de atención cerrada que no realizan procedimientos y/o intervenciones quirúrgicas mayores en sus dependencias, pero se les derivan pacientes quirúrgicos para cursar su post operatorio (mediato e inmediato).

En este caso le son aplicables las características que contengan éstos puntos de verificación, con el objetivo de resguardar la seguridad de las prestaciones asociadas al cuidado postquirúrgico que otorgan estos prestadores.

NÚMERO 40

Sobre si el punto de verificación "Traumatología" incluye las prestaciones otorgadas a pacientes pediátricos y adultos.

Efectivamente, el punto de verificación "Traumatología" es genérico y como tal deben incluirse en él tanto las prestaciones asociadas a traumatología infantil y traumatología adulto.

NÚMERO 41

Sobre cómo la Entidad Acreditadora debe reconocer y clasificar los puntos de verificación que corresponden a "Áreas Técnicas de Laboratorio Clínico" (Bioquímica, Microbiología y Hematología), por ejemplo: APL 1.3

La Entidad Acreditadora para constatar las exigencias en los puntos de verificación asociados a las áreas técnicas de Laboratorio Clínico, deberá identificar qué tipo de prestaciones y/o técnicas realiza el Laboratorio, utilizando como referencia las Normas Técnicas Básicas vigentes para la Autorización Sanitaria en Laboratorios Clínicos, en las cuales, a modo de ejemplo, el examen de Orina Completa pertenece al área de Bioquímica. Además, podrá considerar las áreas técnicas señaladas en el Programa Anual de Control de Calidad Externa (PEEC) del ISP. En caso de duda respecto a la pertinencia de determinadas prestaciones a un área técnica deberá consultar a esta Intendencia.

NÚMERO 42

Sobre la aplicabilidad del punto de verificación "API" en aquellos prestadores de atención cerrada y abierta que no cuentan con un Servicio de Imagenología propiamente tal, pero realizan ecotomografías.

Atendido que es necesario resguardar algunos procedimientos relevantes para la seguridad asistencial en aquellos prestadores que no cuenten con un Servicio de Imagenología, entendido como un conjunto organizado de recursos humanos y físicos, cuyo objetivo es brindar servicios y atenciones de apoyo imagenológico, ya sea de manera diagnóstica o terapéutica, pero realizan ecotomografías le será igualmente aplicable el punto de verificación API, pero sólo las siguientes características en las cuales API figura como punto de verificación:

- Características GCL 2.3 AC/GCL 2.2 AA acerca de la vigilancia de eventos adversos asociados a la atención.
- Características AOC 1.3 AC/ AOC 1.2 AA acerca de la notificación oportuna de situaciones de riesgo detectadas a través de exámenes diagnósticos.
- Característica RH 3.1 AC y AA acerca del programa de capacitación en temas relacionados con prevención y control de infecciones y reanimación cardiopulmonar; y
- Característica API 1.1 acerca de procedimientos de imagenología comprados a terceros si es el caso.

NÚMERO 43

Sobre la aplicabilidad del punto de verificación "API" para las prestaciones de radiología dental otorgadas en prestadores de atención cerrada y abierta.
MODIFICADA

En la actualidad el punto de verificación API, le es aplicable a aquellas prestaciones relativas a la imagenología médica, por ende, quedan excluidas de la constatación las prestaciones de radiología dental en el contexto de la aplicación de los Estándares de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y Abierta. **Hace excepción a esta instrucción las exigencias de la característica RH 4.1, de los distintos estándares, en cuyo caso la Entidad Acreditadora constatará los controles dosimétricos en procedimientos imagenológicos asociados a prestaciones de radiología dental.**

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.

NÚMERO 44

Sobre la aplicabilidad del punto de verificación "API" para las prestaciones de Tomografía por emisión de positrones - tomografía computada (PET-CT), otorgadas en prestadores de atención cerrada y abierta. *NUEVA*

Sobre las prestaciones de Tomografía por emisión de positrones - tomografía computada (PET-CT), otorgadas en prestadores de atención cerrada y abierta, **aplican las exigencias de todas las características que contengan el punto de verificación "API" - "Servicios de Imagenología", siempre y cuando dicho procedimiento se realice en un Servicio de Imagenología constituido como tal (Numeral 42).** Debe aclararse que, si dicho procedimiento se realiza en una Unidad de Medicina Nuclear, no aplican las exigencias del punto de verificación API.

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten después de seis meses de la dictación de la presente Circular.

NÚMERO 45

Sobre qué exigencias del Estándar General de Acreditación de Atención Cerrada resultan aplicables a las Salas de Atención Integral del Parto. *NUEVA*

En consideración a las particularidades, complejidad y riesgo de los procedimientos en las Salas de Atención Integral del Parto, le son aplicables las siguientes características:

- **DP 4.2 sobre las actividades y procedimientos que realizan los alumnos de pre-grado dentro de la Institución están definidos, y son evaluados periódicamente con la finalidad de proteger la seguridad de los pacientes y velar por el efectivo respeto de sus derechos. Se consignará en el punto de verificación PQ.**
- **CAL 1.2 sobre la existencia de un responsable de coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en las Unidades, y se definen metas de calidad anuales en dichas unidades. Se consignará en el punto de verificación PQ**

- **GCL 1.1 sobre la aplicación de un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación pre – anestésica. Se consignará en el punto de verificación PQ Obst-Gine.**
- **GCL 1.2 sobre la aplicación de un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Atención de enfermería. Se consignará en el punto de verificación PQ.**
- **GCL 1.4 sobre la aplicación de un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Reanimación cardiopulmonar. Se consignará en el punto de verificación PQ.**
- **GCL 1.5 sobre la aplicación de un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Criterios de ingreso y egreso a unidades de paciente crítico. Se consignará en el punto de verificación PQ.**
- **GCL 1.6 sobre la aplicación de un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de cesárea. Se consignará en el punto de verificación Obstetricia-Ginecología.**
- **GCL 1.7 sobre la aplicación de un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión. Se consignará en el punto de verificación PQ.**
- **GCL 1.12 sobre la aplicación de un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Proceso de identificación del paciente. Se consignará en el punto de verificación PQ la constatación de la persona gestante y en Neo la constatación del recién nacido.**
- **GCL 2.2 sobre la aplicación de medidas de prevención de los eventos adversos asociados a la atención: prevención de eventos adversos asociados a procesos asistenciales. Se consignará en el punto de verificación Obstetricia-Ginecología.**
- **GCL 2.3 sobre la vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención. Se consignará en el punto de verificación PQ.**
- **GCL 3.3 sobre las actividades de supervisión que dan cuenta del cumplimiento de la normativa de Control y Prevención de las IAAS. Se consignará en el punto de verificación PQ.**
- **AOC 2.2 sobre la existencia de sistemas de entrega de turnos en las unidades clínicas, que enfatizan aspectos directamente relacionados con la seguridad de la atención. Se consignará en el punto de verificación Obstetricia-Ginecología.**
- **RH 2.2 sobre los programas de orientación. Se consignará en el punto de verificación PQ.**
- **RH 3.1 sobre el programa de capacitación. Se consignará en el punto de verificación PQ.**
- **RH 4.2 sobre las acciones frente a accidentes laborales con material contaminado con sangre o fluidos corporales de riesgo y sustancias peligrosas. Se consignará en el punto de verificación PQ.**
- **REG 1.2 sobre sistema estandarizado de registros clínicos: protocolo de parto, protocolo de anestesia y hoja de atención de enfermería. Se consignará en el punto de verificación PQ.**
- **INS 2.1 sobre planes de evacuación actualizados, difundidos y sometidos a pruebas periódicas frente a los principales accidentes o siniestros. Se consignará en el punto de verificación PQ.**

- APF 1.2 sobre estructura organizacional de carácter técnico que define la adquisición de medicamentos e insumos. Se consignará en el punto de verificación PQ.
- APF 1.5 sobre estandarización de procedimientos relacionados con medicamentos y evaluación de su cumplimiento en las diferentes unidades clínicas. Se consignará en el punto de verificación PQ.
- APE 1.2 sobre las etapas de lavado, preparación y esterilización propiamente tal se realizan en forma centralizada. Se consignará en el punto de verificación PQ.
- APE 1.4 sobre el almacenamiento de material estéril se realiza de acuerdo a normas técnicas vigentes en la materia. Se consignará en el punto de verificación PQ.

En los casos en que la evaluación de la Sala de Atención Integral del Parto, se consigne en la columna relativa al punto de verificación PQ, PQ Obst- Gine y/o Obstetricia-Ginecología, la decisión sobre el cumplimiento de dichos puntos de verificación estará condicionada a la evaluación tanto de la Sala de Atención Integral del Parto como de los Puntos de Verificación antes señalados.

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia respectos de los procesos de acreditación que se soliciten después de seis meses de la dictación de la presente Circular.

NÚMERO 46

Sobre qué exigencias de los diferentes estándares de acreditación, le resultan aplicables a las prestaciones de Telemedicina. *NUEVA*

A los prestadores Institucionales evaluados que compran prestaciones de informes por Telemedicina de los diferentes estándares de acreditación le son aplicables las siguientes características:

- Todas las características del **Ámbito REG.**
- **RH 1.1** Los profesionales médicos y cirujanos dentistas que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.
- **RH 1.2** Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.
- **RH 1.3** Los médicos y odontólogos que se desempeñan en las distintas especialidades tienen las competencias requeridas evaluadas a través de la normativa vigente.
- Características **AOC 1.3 AC/ AOC 1.2 AA** acerca de la notificación oportuna de situaciones de riesgo detectadas a través de exámenes diagnósticos. Lo anterior, si el prestador institucional evaluado consideró dentro de su listado resultados críticos, exámenes informados por Telemedicina.
- **Compra de Servicios de terceros** cumplen condiciones mínimas de seguridad. Por ejemplo, **Servicios de Imagenología API 1.1.**

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten después de seis meses de la dictación de la presente Circular.

NÚMERO 47

Sobre qué prestaciones deben ser consideradas en el punto de verificación Servicio de Kinesioterapia o "APK" del Estándar de Atención Abierta. *NUEVA*

Dado que los puntos de verificación representan una aproximación genérica de la estructura organizativa interna que puede tener un establecimiento de atención abierta, en el punto de verificación Servicio de Kinesioterapia o "APK" del Estándar de Atención Abierta, **aplican todo tipo de prestaciones de rehabilitación kinésica ambulatoria, ya sean estos del ámbito respiratorio o motor, a modo de ejemplo, sobre las Salas IRA y ERA aplican las exigencias del punto de verificación APK.**

Mismo criterio debe ser utilizado en el caso de los puntos de verificación "Sala IRA y Sala ERA", **si el prestador evaluado, no cuenta con esa figura organizativa, sin embargo, realiza kinesioterapia de infecciones o enfermedades respiratorias agudas, sobre tales prestaciones aplican los antedichos puntos de verificación ("Sala IRA y Sala ERA").**

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses después de la dictación de la presente Circular.

NÚMERO 48

Sobre que exigencias de los estándares de acreditación de atención abierta aplican sobre los servicios de urgencia dependientes de un CESFAM tales como Servicio de Urgencia Rural (SUR), Servicio de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR) y Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SAPU) *NUEVA*

En este modelo de atención de urgencias, **aplican todas las exigencias de las características según las prestaciones ahí otorgadas**, por ejemplo: Urgencia, Sector de Acceso, General, Sala de espera, y otras **dependencias que cuentan con autorización sanitaria, por ejemplo, si el SAR cuenta con un Servicio de Imagenología, debidamente autorizado, aplica el Punto de Verificación API del Estándar.**

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses después de la dictación de la presente Circular.

**V. Aclaraciones o interpretaciones relativas a las
DEFINICIONES utilizadas en los MANUALES DE ACREDITACIÓN**

NÚMERO 49

Sobre qué debe entenderse por "Cirugía Mayor Ambulatoria" para los efectos del Sistema de Acreditación y, en especial, para los fines previstos en las Pautas de Cotejo de los diversos Manuales de los Estándares de Acreditación que la señalan como Punto de Verificación.

Para los efectos del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud, se define la "Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)" como aquellos procesos quirúrgicos (incluyendo procedimientos terapéuticos y/o diagnósticos) que requieran de la administración de anestesia general, regional y/o sedación profunda, **y/o** que implique entrada a cavidades estériles como peritoneo, pleura o cavidad ocular, sin requerir un cuidado post operatorio complejo, el cual puede realizarse en una Unidad de Recuperación u otra destinada a este fin, permitiendo que el paciente hospitalizado sea dado de alta durante el mismo día o en un **plazo no mayor a 24 horas.**

Se excluyen de esta exigencia, aquellos procedimientos en que se utilice exclusivamente sedación consciente y que, no se ajuste a los demás criterios de la definición antes dicha, a modo de ejemplo sedación consciente en partos vaginales o procedimientos odontológicos con oxido nitroso.

Es importante señalar que el **pabellón o los pabellones de CMA se encuentran incluidos en el punto de verificación "PQ", pues este incluye a todos los pabellones quirúrgico disponibles en el prestador, por lo que serán constatables todas las características en las cuales "PQ" figure como punto de verificación.**

NÚMERO 50

Sobre si, para los efectos de las actuales exigencias del Sistema de Acreditación, la Cirugía Oftalmológica Refractiva, constituye una Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Atendida la definición precedente de Cirugía Mayor Ambulatoria", la Cirugía Oftalmológica Refractiva debe ser considerada como tal y por ende le resultarán aplicables las características en las cuales CMA o PQ constituye un Punto de Verificación de la Pauta de Cotejo respectiva, independiente del lugar donde se realice la prestación (Por Ejemplo: Pabellón o sala de procedimientos oftalmológicos).

NÚMERO 51

Sobre qué debe entenderse por procedimiento de "Imagenología Intervencional" para los efectos del Sistema de Acreditación (características DP 2.1 y REG 1.3).

Se entiende por procedimiento de "Imagenología Intervencional", para efectos del Sistema de Acreditación de Salud, como ***el uso de métodos guiados por imágenes para acceder a cavidades, órganos o sistemas, con el objeto de inyectar medios de contraste en forma selectiva, obtener muestras y/o tratar percutáneamente algunas condiciones que de otro modo requerirían cirugía. Las técnicas incluyen el uso de balones, catéteres, micro-catéteres, stents, etc.***

Ejemplos de estos procedimientos se encuentran en Nota Técnica N°8 (2015) "Procedimientos de Imagenología Intervencional: Definiciones". **En caso de dudas sobre si un procedimiento corresponde a Imagenología Intervencional**, debe realizar sus consultas oficialmente a esta Intendencia a través del Sistema de Consultas técnicas sobre la Acreditación de Prestadores Institucionales disponible en la página web de la Superintendencia de Salud www.superdesalud.gob.cl

NÚMERO 52

Sobre cuáles medicamentos antineoplásicos deben considerarse en las constataciones de las características relacionadas con el punto de verificación "APQ".

Deben considerarse todos aquellos fármacos aprobados como antineoplásicos ya sea por el Instituto Chileno de Salud Pública (ISP) o alguna Agencia Internacional de Medicamentos (Food and Drug Administration de Estados Unidos, European Medicines Agency, etc.)

NÚMERO 53

Sobre qué debe entenderse por los procedimientos de Cirugía Bucal y Cirugía Buco Maxilofacial, para efectos del Sistema de Acreditación, en el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales que otorgan Atención Odontológica.

En concordancia con lo dispuesto en la normativa vigente del Ministerio de Salud, para efectos del Sistema de Acreditación se entenderá como acciones del ámbito de la Cirugía Bucal y Cirugía Buco Maxilofacial, entre otras, las siguientes prestaciones:

- CIRURÍA DENTOALVEOLAR Y TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA:
 - Exodoncia simple y extracción de dientes semiincluidos e incluidos.
 - Tratamiento de complicaciones de exodoncia, tanto en el paciente ambulatorio como en el paciente que requiera hospitalización .

- Alveoloplastia.
- Tratamiento de comunicación bucosinusal inmediata a exodoncia.
- Plastia de comunicación bucosinusal o retiro de cuerpo extraño en seno maxilar.
- Plastia de rebordes alveolares, paladar duro, tuberosidad y otros.
- Frenectomia de labio y lengua o resección de bridas de la mucosa bucal.
- Vestibuloplastia simple o con injertos o elementos de contención.
- Biopsia de mucosa.
- Exéresis de mucocele .
- Exéresis de tumores benignos de la mucosa bucal.
- Cirugia apical y paradicular.
- Fenestración dentaria.

- **CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA, INJERTOS, IMPLANTES Y CIRUGÍA PERIIMPLANTARIA**
 - Reconstrucción de rebordes con elementos halo plásticos.
 - Implantes oseointegrados.
 - Elevación de piso del seno maxilar con injerto para instalación de implantes.
 - Toma de injerto óseo intraoral (mentón, rama, tuberosidad, etc.).
 - Toma de injerto de mucosa bucal.
 - Implante haloplástico .
 - Infiltración de fármacos con fines morfo-funcionales y en patología quirúrgica (esclerosantes, esteroides, etc.).

- **ALGIAS FACIALES**
 - Tratamiento Médico del dolor facial.
 - Bloqueos anestésicos intraorales.
 - Bloqueos anestésicos extraorales (músculo, ATM, terminaciones nerviosas).
 - Plano de alivio oclusal.
 - Tratamiento de la disfunción dolorosa de la ATM.

- **ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**
 - Artrocentesis.
 - Artroscopia.
 - Infiltración de fármacos.

- **CIRUGÍA ORTOPÉDICA**
 - Distracción odontogénica alveolar.
 - Distracción odontogénica mandibular .
 - Distracción odontogénica maxilar.
 - Glosoplastia.

- **CIRUGÍA DE LAS FISURAS LABIO ALVÉOLO PALATINAS**
 - Cierre primario de fisura lateral (macrostomia).

- Cierre primario de fisura labial unilateral.
 - Cierre primario de fisura labial bilateral.
 - Gingivoperiostoplastía.
 - Retoques fisura labio uni o bilaterales.
- **TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS DE QUISTES O TUMORES Y GLÁNDULAS SALIVALES**
 - Biopsia de labio (incluye piel).
 - Biopsia ósea.
 - Biopsia por punción.
 - Biopsia ósea más instalación de collera (descompresión de quistes).
 - Enucleación de quiste o tumor óseo benigno de los maxilares .
 - Enucleación de quiste o tumor óseo benigno con o sin tratamiento del lecho operatorio.
 - Exéresis de cálculos salivales.
 - Sialolitiasis de glándula submandibular.
 - Tratamiento quirúrgico de fístula salival.
- **TRATAMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO DE LA INFECCIÓN**
 - Toma de muestra para cultivo.
 - Tratamiento quirúrgico de absceso submucoso de la boca (cualquier ubicación).
 - Tratamiento de absceso cutáneo (odontogénico, piel, glándulas salivales).
 - Tratamiento médico de estomatitis infecciosas (gingivitis ulceronecrotizante aguda, etc.).
 - Secuestrectomía o aseo quirúrgico de osteomielitis (osteoradionecrosis, necrosis por fármacos).
 - Tratamiento de la infección periimplantaria.
- **TRAUMATOLOGÍA**
 - Tratamiento de heridas de la mucosa bucal (simples).
 - Tratamiento de heridas faciales simples o complejas.
 - Reducción e inmovilización de luxación dentaria.
 - Tratamiento de fractura dentaria (manejo de urgencia).
 - Reimplante dentario y estabilización.
 - Taponamiento nasal anterior o posterior de urgencia.
 - Remoción de cuerpos extraños bucales o faciales.
 - Remoción de arcos, OTS o elementos de contención.

**VI. ACLARACIONES E INTERPRETACIONES DE LAS
NORMAS DE LAS PAUTAS DE COTEJO, SEGÚN CARACTERÍSTICA**

**ÁMBITO DIGNIDAD DEL PACIENTE (DP) o
DIGNIDAD DEL USUARIO (DU)**

Características	Materia de aclaración o interpretación
DP 1.1 AC DP 1.1 AA DP 1.1 APC DP 1.1 LC DP 1.1 CD DP 1.1 SI DP 1.1 SQ DP 1.1 SR DP 1.1 LAPC DP 1.1 AO DU 1.1 CTRAD	<p>NÚMERO 54</p> <p>Sobre la forma de constatar el cumplimiento de la exigencia de la característica DP 1.1, atendido lo dispuesto en la Ley 20.584, sobre derechos y deberes de las personas en su atención de salud. <i>MODIFICADA.</i></p> <p>Atendidas las modificaciones de la Ley N°20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, y lo establecido en las Resoluciones Exentas N°138, de 25 de febrero de 2021, N°840, de 12 de julio de 2023 y N°150, de 12 de enero de 2024, mediante las cuales se determina la inclusión de los siguientes afiches:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Afiche del derecho a Atención Preferente", - "Afiche que consagra los cuidados paliativos universales y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves", - Y el "Afiche que reconoce y protege los derechos de las personas en la atención de salud mental" (El listado de derechos contemplado en este artículo debe ser publicado por todos los <u>prestadores que otorguen prestaciones de salud mental</u> / Art. N°9, Ley N°21.331 Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental) <p>Que a la vez, actualizan el contenido de la Carta de derechos y deberes de las personas en relación con la atención de salud del Ministerio de Salud, y su manual de normas gráficas, normativas que son de obligatorio cumplimiento para toda clase de prestadores de salud del país, tanto institucionales como individuales, ya sean públicos o privados para los efectos de dar debido cumplimiento a la Característica DP 1.1 de los Estándares de Acreditación vigentes, SE ACLARA que los prestadores deberán mantener, en lugar público y visible, la Carta de Derechos y Deberes de las personas en relación con la atención de salud, ya sea en su versión actualizada o en su versión original de 2012, y además cada uno de los afiches anteriormente señalados, asegurándose que</p>

	<p>todas las personas que accedan a sus dependencias puedan visualizar tanto la carta como los afiches.</p> <p>Téngase presente que la constatación en terreno se realizará en los Accesos principales de los Prestadores Institucionales. A modo de ejemplo, si un CESFAM cuenta con una Posta Rural, en ambos accesos principales deberán encontrarse los instrumentos de la exigencia (Carta y afiches)</p> <p>Respecto de los Afiches, para efectos de acreditación, no son exigibles a prestadores que no realizan atención directa de pacientes, tales como los Laboratorios Clínicos y Laboratorios de Anatomía Patológica, que solo realiza la etapa analítica.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses después de la dictación de la presente Circular. En el caso del afiche que consagra los cuidados paliativos universales y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves, su vigencia será después de seis meses de la publicación de sus normas gráficas.</p>
<p>DP 2.1 AC DP 2.1 AA</p>	<p>NÚMERO 55</p> <p>Sobre la cantidad de elementos medibles que posee esta característica.</p> <hr/> <p>Esta característica posee sólo dos elementos medibles: 1) Relativo a los documentos de carácter institucional que en cada Estándar se señalan 2) Relativo a la constatación del uso de consentimiento informado en los casos que en cada Estándar se señalan.</p> <p>En consecuencia, se aclara que existe un error en los ejemplares de las Pautas de Cotejo correspondiente Manuales de los Estándares de Acreditación para Atención Cerrada y Abierta.</p>
<p>DP 2.1 AC DP 2.1 AA DP 2.1 APC DP 2.1 SI DP 2.1 SR DP 2.1 SQ DU 2.1 CTRAD DP 2.1 AO</p>	<p>NÚMERO 56</p> <p>Sobre quién debe obtener el consentimiento informado (y por lo tanto quién debe firmar el formulario).</p> <hr/> <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 elemento medible, lo obtenga y, por tanto, quien firme el formulario, sea el médico que ejecuta directamente el</p>

	procedimiento o intervención, o bien, otro profesional médico tratante del mismo perfil y del mismo prestador.
DP 2.1 AC DP 2.1 AA DP 2.1 APC DP 2.1 SI DP 2.1 SR DP 2.1 SQ DP 2.1 AO	<p>NÚMERO 57</p> <p>Sobre la generalidad o especificidad de los formularios destinados a dejar constancia del consentimiento informado del paciente.</p> <p>Tanto la característica DP 2.1 de los diferentes Manuales de los Estándares de Acreditación, como la Ley N°20.584 y su "Reglamento sobre Entrega de información y Expresión de Consentimiento Informado en las Atenciones de Salud", no exigen que la antedicha información deba constar en un formulario específico por cada procedimiento o ser uno genérico, siempre que en él conste que se ha recibido la información por parte del paciente o de su Representante Legal, quedando a discreción del prestador, de acuerdo a sus recursos y realidad local, poseer formularios genéricos o específicos para los diversos tipos de procedimientos.</p>
DP 2.1 AC DP 2.1 AA DP 2.1 APC DP 2.1 SI DP 2.1 SR DP 2.1 SQ DU 2.1 CTRAD DP 2.1 AO	<p>NÚMERO 58</p> <p>Sobre el uso de timbres para identificación del profesional que informa y obtiene el consentimiento del paciente en el documento en que consta dicho consentimiento informado.</p> <p>Es aceptable la utilización de un timbre que dé cuenta del nombre del profesional que informa y obtiene el consentimiento del paciente.</p>
DP 2.1 AC DP 2.1 AA DP 2.1 APC DP 2.1 SI DP 2.1 SR DP 2.1 SQ DU 2.1 CTRAD DP 2.1 AO	<p>NÚMERO 59</p> <p>Sobre el uso de abreviaturas en los formularios de constancia del consentimiento informado de los pacientes.</p> <p>Atendidas las exigencias del Sistema de Acreditación y, especialmente, las normas de la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud, así como lo previsto en el "Reglamento sobre Entrega de Información y Expresión de Consentimiento Informado en las Atenciones de Salud", aprobado por el DS N°31/2012/MINSAL no resulta aceptable el uso de abreviaturas en los documentos en que se deje constancia de la información proporcionada al paciente con el objeto de obtener su consentimiento informado.</p>

DP 2.1 AC DP 2.1 AA DP 2.1 APC DP 2.1 SI DP 2.1 SR DP 2.1 SQ DP 2.1 AO	NÚMERO 60 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.
	<p>En caso de derivación de un paciente el consentimiento informado debe ser obtenido por profesionales del prestador institucional donde efectivamente se ejecute el procedimiento.</p>
DP 2.1 AC DP 2.1 AA DP 2.1 APC DP 2.1 SI DP 2.1 SR DP 2.1 SQ DU 2.1 CTRAD DP 2.1 AO	NÚMERO 61 Sobre la digitalización y firma de los documentos que dan cuenta del consentimiento informado del paciente.
	<p>En el caso del documento que da cuenta del consentimiento informado del paciente, si el prestador, conforme a sus respectivos protocolos, hubiere optado por documentos físicos y firma manuscrita para su suscripción, luego de su obtención, el prestador puede, si así lo estimare, proceder a digitalizar dicho documento, quedando incorporado como una imagen en la Ficha Clínica electrónica. Si tal hubiere sido el caso, y si se garantizare el debido resguardo del contenido y el acceso a dicha Ficha electrónica, no resulta necesario almacenar, además, tales antecedentes en formato papel, los cuales podrán ser eliminados, según lo disponga la normativa vigente (Ley N°20.584; DS N°41, de 2012, MINSAL; y Dictamen de la Contraloría General de la República N°062220N13, de 2013).</p> <p>Asimismo, el prestador institucional podrá incorporar en la práctica, el uso de documentos electrónicos y firmas electrónicas como verificador de quien obtiene y quien consiente el procedimiento respectivo, para dejar aquello consignado por escrito, todo lo cual dejará detallado en el documento al que se refiere el primer elemento medible de la característica sobre consentimiento informado.</p>
DP 2.1 AC DP 2.1 AA DP 2.1 APC DP 2.1 SI DP 2.1 SR DP 2.1 SQ DU 2.1 CTRAD DP 2.1 AO	NÚMERO 62 Sobre si en el caso de personas analfabetas, resulta admisible reemplazar la firma del paciente y/o Representante Legal de los formularios de consentimiento informado, por la huella dactilar.
	<p>Según las actuales exigencias del Sistema de Acreditación, y en virtud de lo dispuesto en la Ley N°20.584, sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, en el caso de las personas analfabetas, resulta admisible el reemplazo de la</p>

	<p>firma por el registro de la huella dactilar del paciente y/o su Representante Legal, según el caso.</p> <p>Tales situaciones excepcionales deberán encontrarse explícitamente descritas en el documento de carácter institucional exigido en el primer elemento medible de la característica DP 2.1</p>
DP 2.1 AC	<p>NÚMERO 63</p> <p>Sobre si es necesario obtener consentimiento informado para los partos por vía vaginal y por ende incluirlo en las constataciones de esta característica.</p>
	<p>No constituye una exigencia del Estándar la constatación de dicho consentimiento. En todo caso, sí corresponde su constatación en el caso de las cesáreas.</p>
<p>DP 3.1 AC DP 3.1 AA DP 3.1 APC DP 3.1 SI DP 3.1 SR DP 3.1 SQ DP 2.1 LC DU 3.1 CTRAD DP 2.1 LAPC DP 3.1 AO</p>	<p>NÚMERO 64</p> <p>Sobre la definición del concepto de "investigación en seres humanos", para efectos de las actuales exigencias del Sistema de Acreditación.</p>
	<p>Considerando la Ley N° 20.584, sobre Derechos y Deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud, así como las disposiciones del "Reglamento sobre Investigación Científica en el ser humano, su genoma y prohibición de la clonación humana" (aprobado por el D.S. N° 114/2010/MINSAL), debe entenderse por investigación científica biomédica en seres humanos como <i>"toda investigación que implique una intervención física o psíquica o interacción con seres humanos, con el objetivo de mejorar la prevención, diagnóstico, tratamiento, manejo y rehabilitación de la salud de las personas o de incrementar el conocimiento biológico del ser humano. La investigación científica biomédica en seres humanos incluye el uso de material humano o de información disponible identificable"</i>.</p> <p>Para los efectos de las constataciones durante un proceso de acreditación no deben ser considerados como "investigación científica biomédica en seres humanos" aquellas actividades en las cuales se recolectan datos para procedimientos propios de la gestión sanitaria hospitalaria o de instituciones de salud (como, por ejemplo: vigilancia de infecciones asociadas a la atención de salud, encuestas de satisfacción usuaria, etc.)</p>

<p>DP 3.1 AC DP 3.1 AA DP 3.1 APC DP 3.1 SI DP 3.1 SR DP 3.1 SQ DU 3.1 CTRAD DP 2.1 LAPC DP 3.1 AO</p>	<p>NÚMERO 65</p> <p>Sobre si cada prestador debe tener un Comité Ético Científico para cumplir esta característica.</p> <hr/> <p>No. La exigencia consiste en que el prestador someta a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos en las que participa. Dicho Comité, por tanto, puede ser propio o externo al prestador.</p>
<p>DP 4.1 AA DU 4.1 CTRAD</p>	<p>NÚMERO 66</p> <p>Sobre si para el cumplimiento de esta característica, es suficiente que los Convenios Asistenciales Docentes de los prestadores de Atención Abierta hayan sido firmados por una autoridad a nivel central tal como: alcalde, Director Municipal de Salud, Director de red, entre otros. <i>MODIFICADA</i></p> <hr/> <p>Los Convenios Asistenciales Docentes pueden ser suscritos por la respectiva autoridad a nivel central, sin embargo, además la Entidad Acreditadora deberá constatar que tales convenios hayan sido aprobados localmente por el Director del establecimiento evaluado.</p> <p>Tales Convenios Asistenciales Docentes celebrados entre el Centro Formador y a nivel central, podrán ser exhibidos a la Entidad Acreditadora en copias simples.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>DP 4.1 AC DP 4.1 AA DP 4.2 APC DP 4.2 SR DP 4.2 SQ DP 2.1 CD DU 4.1 CTRAD DP 4.2 AO</p>	<p>NÚMERO 67</p> <p>Sobre los requisitos que deben incluir los Convenios Asistenciales Docentes, para cumplir con las exigencias de acreditación. <i>NUEVA</i></p> <hr/> <p>Para cumplir con las exigencias del Sistema de Acreditación y mejor claridad, respecto a las exigencias del Programa de Supervisión de los alumnos de pregrado, los convenios asistenciales docentes celebrados, deberán señalar explícitamente las carreras de salud y niveles de formación de los alumnos, que asistirán al prestador institucional, para realizar su formación práctica. A modo de ejemplo: Alumnos de Química y Farmacia de primero a quinto año. Una forma de dar cuenta de este requisito puede cumplirse a través de un adendum de los referidos Convenios, en cuyo caso debe constar la aprobación de las partes.</p>

	Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten a contar de enero 2026.
DP 4.2 AC DP 4.2 AA DP 4.2 APC DP 4.2 SR DP 4.2 SQ DP 2.1 CD DU 4.1 CTRAD DP 4.2 AO	<p>NÚMERO 68</p> <p>Sobre si para la constatación de que se ha ejecutado la evaluación periódica de esta característica son admisibles las evaluaciones realizadas por los centros formadores (resultados académicos o de supervisión).</p> <p>No son aceptables las evaluaciones académicas ni el resultado de las supervisiones definidas o efectuadas por los centros formadores. Los programas de supervisión a los que alude el Estándar de Acreditación son los que desarrolla el propio prestador para velar por que la actividad docente no afecte la seguridad ni los derechos de los pacientes y deben ser independientes de la supervisión que realice el centro formador.</p>
DP 5.1 AC DP 5.1 AA DP 5.1 APC DP 5.1 SR DP 5.1 SQ DU 5.1 CTRAD	<p>NÚMERO 69</p> <p>Sobre si para cumplir esta característica es necesario que cada prestador cuente con un Comité de Ética Asistencial.</p> <p>Atendido lo dispuesto en la Ley N° 20.584, sobre Derechos y Deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud y en el "Reglamento para la constitución y funcionamiento de los Comités de Ética Asistencial", aprobado por el D.S. N°62, de 2013, las Entidades Acreditadoras deben constatar esta exigencia según lo señalado en el Artículo 2° de este Reglamento, el cual señala que los Comités de Ética Asistencial podrán constituirse en todos los prestadores institucionales, tanto públicos como privados, siendo obligatoria su creación en establecimientos de atención cerrada, hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud que hayan obtenido su reconocimiento como establecimientos de autogestión en red, establecimientos de salud de carácter experimental u otros que se clasifiquen como de alta complejidad o especialización.</p> <p>Los establecimientos que no cuenten con un Comité deberán adscribirse al Comité de otro prestador institucional que lo haya constituido.</p>

<p> DP 5.1 AC DP 5.1 AA DP 5.1 APC DP 5.1 SR DP 5.1 SQ DU 5.1 CTRAD </p>	<p> NÚMERO 70 Sobre cómo deben constatar las Entidades Acreditadoras el cumplimiento de la exigencia de haber descrito en un documento de carácter institucional "las situaciones que deben someterse a evaluación ética". </p>
	<p>Atendido lo dispuesto en la Ley N° 20.584, sobre Derechos y Deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud y en el "Reglamento para la constitución y funcionamiento de los Comités de Ética Asistencial", aprobado por el D.S. N°62, de 2013, esta Intendencia instruye a las Entidades Acreditadoras en el sentido que las situaciones que deben someterse a evaluación ética descritas en el documento de carácter institucional respectivo, a que se refiere el segundo elemento medible de esta característica deben ser al menos las que señala el Artículo 13 de dicho Reglamento:</p> <p>"1.- En caso de duda del profesional tratante acerca de la competencia de la persona para adoptar una decisión autónoma, siempre que previamente se haya realizado una evaluación clínica integral que no hubiese logrado aclarar dicha duda.</p> <p>"2.- En el caso que se estime que la decisión autónoma manifestada por la persona o su Representante Legal la expone a graves daños a su salud o a riesgo de morir, que serían evitables prudencialmente siguiendo los tratamientos indicados y siempre que el profesional tratante haya agotado todas las instancias de información que hubiesen permitido a la persona o a su Representante alcanzar una decisión autónoma.</p> <p>"3.- En el caso de una posible aplicación de alta forzosa por parte de la dirección del establecimiento, a propuesta del profesional tratante, cuando la persona expresare su voluntad de no ser tratada, de interrumpir el tratamiento, o se negare a cumplir las prescripciones del profesional tratante.</p> <p>"4.- En el caso de personas con discapacidad psíquica o intelectual que no se encuentran en condiciones de manifestar su voluntad, respecto de las cuales se analice la posible indicación y aplicación de tratamientos invasivos de carácter irreversible, sin perjuicio de la aplicación de la reglamentación particular que regula la materia."</p>

ÁMBITO GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)

CAL 1.1 (todos los Estándares)	<p>NÚMERO 71</p> <p>Sobre la condición profesional que debe constatar la Entidad Acreditadora en el profesional a cargo del Programa de Calidad a nivel institucional</p> <hr/> <p>El profesional a cargo del Programa de Calidad a nivel institucional debe poseer un título profesional universitario. En consecuencia, no es suficiente para el cumplimiento de esta exigencia la posesión de un título técnico. A excepción del Estándar para Prestadores Institucionales que otorgan Atención Odontológica, donde el profesional a cargo del Programa de Calidad a nivel Institucional debe ser un Cirujano Dentista.</p>
CAL 1.2 AC CAL 1.2 APC	<p>NÚMERO 72</p> <p>Sobre que atributos deben considerarse en las metas de calidad formuladas por el prestador de atención cerrada evaluado en la constatación de esta característica.</p> <hr/> <p>Las metas de calidad deben haberse estructurado considerando que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deben ser coherentes con los objetivos del programa de calidad institucional; - Deben ser claramente formuladas y medibles; - Deben expresar un valor alcanzable; - Debe haberse definido un plazo para alcanzarlas.
<h2>ÁMBITO GESTIÓN CLÍNICA(GCL)</h2>	
GCL 1.1 AC	<p>NÚMERO 73</p> <p>Sobre cómo evaluar el segundo y tercer elemento medible de esta característica en el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, cuando todos los pabellones de un prestador institucional son de uso indiferenciado.</p> <hr/> <p>En estos casos deben separarse las categorías de pacientes que son sometidos a cirugía: cirugía general en hospitalizados, cirugía mayor ambulatoria y cirugía gineco-obstétrica.</p>

GCL 1.1 AC GCL 1.1 AA GCL 1.1 AO GP 1.1 SI	<p>NÚMERO 74</p> <p>Sobre el profesional que debe hacer la evaluación pre-anestésica y por ende figurar como tal en el registro pertinente.</p> <p>La evaluación pre-anestésica debe ser realizada por los profesionales que hayan sido definidos a esos efectos en el documento de carácter institucional que establece el procedimiento respectivo.</p>
GCL 1.1 AC GCL 1.1 AA GCL 1.1 AO GP 1.1 SI	<p>NÚMERO 75</p> <p>Sobre la forma de constatar la participación de los profesionales en el procedimiento de evaluación pre-anestésica, a que se refieren el primer y cuarto elemento medible de esta característica.</p> <p>El documento de carácter institucional a que se refiere el primer elemento medible de esta característica, debe describir explícitamente todo el procedimiento de evaluación pre-anestésica lo cual incluye la identificación en el registro (formulario papel o digital) correspondiente de quien la realizó.</p> <p>En aquellos casos en que el profesional que realizó la evaluación pre-anestésica sea diferente al profesional que otorga la anestesia, la Entidad deberá verificar que este último deja constancia que ha tomado conocimiento de dicha evaluación, lo cual debe encontrarse descrito en el documento que contiene el procedimiento de evaluación pre-anestésica.</p>
GCL 1.1 AC GCL 1.1 AA GCL 1.1 AO GP 1.1 SI	<p>NÚMERO 76</p> <p>Sobre los atributos mínimos del formulario que da cuenta de la presencia de evaluación pre-anestésica, a fin de dar por cumplido el cuarto elemento medible de esta característica.</p> <p>La Entidad constatará como presencia de evaluación pre-anestésica el registro de los atributos mínimos que hayan sido definidos por el prestador para el formulario de dicha evaluación.</p> <p>En caso de que el documento no contenga una declaración explícita de los atributos que deben ser registrados en los formularios de las evaluaciones pre-anestésicas, la Entidad Acreditadora, constatará el cumplimiento del registro de todos los atributos que se contengan en el formulario de Evaluación Pre-anestésica.</p>

<p>GCL 1.1 AC GCL 1.1 AA</p>	<p>NÚMERO 77</p> <p>Sobre qué intervenciones y/o procedimientos realizados en pabellón deben considerarse en la constatación de esta característica</p> <p>La característica es aplicable a todas las intervenciones y/o procedimientos que se realicen en los puntos de verificación de la pauta de cotejo y que requieran de la utilización de anestesia regional y general, por ejemplo, se deben incluir aquellos procedimientos imagenológicos, endoscópicos, etc. que hayan requerido anestesia ya sea regional o general y que se hayan realizado en alguno de los puntos de verificación que señala la característica.</p> <p>Para efectos de la asignación del puntaje el resultado de la evaluación se consignará en la columna del punto verificador Pabellón General ("PQ") en el Manual del Estándar de Acreditación para Prestadores de Atención Cerrada y en la columna del punto verificador Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria ("CMA") para el Manual para Prestadores de Atención Abierta.</p>
<p>GCL 1.1 AC GCL 1.1 AA GCL 1.1 AO GP 1.1 SI</p>	<p>NÚMERO 78</p> <p>Sobre la aplicabilidad de esta característica, en aquellos prestadores, que no cuentan con ninguno de los puntos de verificación señalados en la pauta de cotejo (Pabellón General, Pabellón Obs-Gine, Pabellón CMA), pero otorgan anestesia general o regional en otra dependencia, ejemplo: salas de procedimientos imagenológicos. <i>MODIFICADA</i></p> <p>Si aplica esta característica y para efectos de la asignación del puntaje, del resultado de la evaluación se consignará en la columna del punto verificador Pabellón General ("PQ") en el Manual del Estándar de Acreditación para Prestadores de Atención Cerrada y en la columna del punto verificador Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria ("CMA") para el Manual para Prestadores de Atención Abierta.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses después de la dictación de la presente Circular.</p>

<p>GCL 1.1 AC</p>	<p>NÚMERO 79</p> <p>Sobre si es necesario, constatar la evaluación pre-anestésica realizada en los partos.</p> <p>Cuando en los partos se utilice alguna de las modalidades de anestesia a que hace referencia esta característica (regional, general), el prestador debe realizar la evaluación pre-anestésica y así será constatado por la Entidad Acreditadora.</p> <p>El resultado de la evaluación se consignará en la columna correspondiente al punto de verificación "PQ Obst-gine".</p>
<p>GCL 1.2 AC GCL 1.3 AA</p>	<p>NÚMERO 80</p> <p>Sobre la aplicabilidad de las características en las cuales "Vacunatorio" constituye un punto de verificación en aquellas instituciones que: administran vacunas a pacientes en Servicios/Unidades Clínicas y/o participan ocasionalmente en campañas de vacunación (ej. influenza) y/o sólo administran vacunas a sus funcionarios, pero que no poseen un vacunatorio propiamente tal.</p> <p>Si el prestador administra vacunas, aplican las exigencias de esta característica en el punto de verificación "Vacunatorio", aunque no exista una dependencia con esa denominación o se administren exclusivamente a sus funcionarios. La constatación debe realizarse en los lugares donde se realice el almacenamiento y/o administración de las vacunas.</p>
<p>GCL 1.2 AC GCL 1.3 AA</p>	<p>NÚMERO 81</p> <p>Sobre que debe entenderse respecto a los procedimientos de "Instalación catéter urinario" y de "Manejo de enfermería de pacientes en ventilación mecánica". <i>NUEVA</i></p> <p>En las constataciones de estos procedimientos el prestador debe considerar según corresponda al estándar evaluado, el siguiente criterio:</p> <p>Para la Instalación de catéter urinario: incluir tanto la instalación de catéteres urinarios transitorios como permanentes, como el manejo de esta última.</p> <p>Y para el Manejo de enfermería de pacientes en ventilación mecánica: incluir tanto la ventilación mecánica invasiva, como no invasiva.</p>

	<p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten después de seis meses de la dictación de la presente Circular.</p>
<p>GCL 1.2 AC GCL 1.3 AA</p>	<p>NÚMERO 82</p> <p>Sobre la aplicabilidad de esta característica, en aquellos procedimientos realizados en hospitalización domiciliaria y/o atención domiciliaria.</p> <p>Las exigencias de estas características, no son constatables en las prestaciones realizadas en hospitalización domiciliaria o atención en el domicilio del paciente.</p>
<p>GCL 1.3 AC</p>	<p>NÚMERO 83</p> <p>Sobre si en la constatación del cuarto elemento medible de esta característica deben considerarse los partos vaginales. MODIFICADA</p> <p>Dada la importancia del manejo del dolor agudo en este contexto, el cuarto elemento medible de GCL 1.3, sí considerará las pacientes con partos vaginales.</p> <p>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que soliciten después de 6 meses de la dictación de la presente Circular.</p>
<p>GCL 1.4 AC GCL 1.5 AA</p>	<p>NÚMERO 84</p> <p>Sobre qué tipo de reanimación cardiopulmonar (RCP) debe considerar el protocolo contenido en estas características en prestadores que atienden distintos grupos etarios. NUEVA</p> <p>El protocolo debe describir la reanimación cardiopulmonar de acuerdo a los grupos etarios que atienden en sus dependencias.</p> <p>Por ejemplo, si un prestador de atención cerrada atiende pacientes adultos, pediátricos y neonatales, entonces deberá considerar en su protocolo de reanimación cardiopulmonar, tanto la reanimación adulta, pediátrica y neonatal.</p> <p>Hace excepción a la exigencia señalada, en aquellos prestadores institucionales que solo atienden adultos o pediátricos</p>

	<p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que se soliciten después de seis meses de la dictación de la presente Circular.</p>
GCL 1.5 AC	<p>NÚMERO 85</p> <p>Sobre cómo debe constatarse la característica GCL 1.5 en el caso de prestadores de atención cerrada, cuyas Unidades de Pacientes Críticos (UPC) cuenten con camas indiferenciadas.</p> <p>El Glosario de Términos de los diferentes Manuales de Acreditación, señala que la UPC es aquella: "Estructura que reúne a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y a la Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI) de un establecimiento". En consecuencia, si en el prestador evaluado existen camas indiferenciadas en la UPC, es decir, que según la necesidad asistencial puede constituir una cama para paciente de cuidados intensivos (UCI) o de cuidados intermedios (UTI), la Entidad Acreditadora constatará que el prestador haya definido, en el documento de carácter institucional pertinente, los <u>criterios clínicos de ingreso y egreso a cada Unidad</u> (UTI y UCI médicas, quirúrgicas o cardiológicas, entre otras).</p>
GCL 1.5 AA	<p>NÚMERO 86</p> <p>Sobre qué tipo de protocolo de reanimación cardiopulmonar (RCP) debe constatarse en un prestador de atención abierta que cuenta con Pabellón de CMA y/o sala de procedimientos endoscópicos y/o Urgencias. MODIFICADA</p> <p>En consideración a la relevancia de contar con adecuados protocolos de RCP en relación a las prestaciones de mayor riesgo, si el prestador de atención abierta cuenta con alguno de estos Puntos de Verificación: Pabellón de CMA, sala de procedimientos endoscópicos y/o Urgencias, en ellos debe constatarse la existencia de un protocolo de reanimación cardiopulmonar avanzada.</p> <p>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que soliciten después de 6 meses de la dictación de la presente Circular.</p>
GCL 1.5 AA	<p>NÚMERO 87</p> <p>Sobre si esta característica, aplica en un prestador de atención abierta que no cuenta con ninguno de los puntos de verificación señalados en la pauta de cotejo. NUEVA</p>

	<p>Dada la importancia de estandarizar los protocolos de reanimación cardiopulmonar en prestadores de salud de atención abierta, aun cuando no cuente, con ninguno de los puntos de verificación señalados en la pauta de cotejo, igualmente deberá constatar el protocolo respectivo. Para efectos de la asignación del puntaje el resultado de la evaluación se consignará en la columna del punto verificador Pabellón de CMA.</p> <p>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que soliciten después de 6 meses de la dictación de la presente Circular.</p>
<p>GCL 1.7 AC GCL 1.6 AA GCL 1.6 CD GCL 1.3 SQ</p>	<p>NÚMERO 88</p> <p>Sobre cómo evaluar los criterios de indicación de hemocomponentes en pacientes con comorbilidad o casos especiales como pacientes neonatológicos o pediátricos, puesto que no es posible definir unidades de hemocomponentes. <i>NUEVA</i></p> <p>En pacientes con comorbilidad o casos especiales como pacientes neonatológicos o pediátricos, puesto que no es posible definir unidades de hemocomponentes, <u>el prestador institucional evaluado debe establecer los criterios clínicos de cómo calcular las dosis a transfundir, por ejemplo, según talla o peso o hemodinamia o resultados de laboratorio clínico, entre otros.</u></p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>GCL 1.8 AC GCL 1.7 AA GCL 1.1 SQ GCL 1.4 SR</p>	<p>NÚMERO 89</p> <p>Sobre en cuáles prestadores institucionales deben existir o en su defecto tener acceso a un Comité Oncológico Médico.</p> <p>Debe existir o tener acceso a un Comité Oncológico Médico, en todos aquellos prestadores institucionales, en los cuáles se adopten decisiones sobre el tratamiento oncológico ya sea médico y/o quirúrgico de pacientes hospitalizados o ambulatorios.</p>
<p>GCL 1.9 AC GCL 1.3 APC</p>	<p>NÚMERO 90</p> <p>Sobre si el documento(s) de carácter institucional de las medidas de prevención de caídas, puede ser suficiente para cumplir con los requisitos del procedimiento de contención física de pacientes en agitación psicomotora.</p>

	<p>No, ambas características tienen asociadas objetivos distintos, por cuanto, para el procedimiento de contención física de pacientes en agitación psicomotora debe estar dirigido explícitamente a las medidas de prevención para evitar los eventos adversos asociados a dicha contención.</p>
<p>GCL 1.9 AC GCL 1.10 AC GCL 1.3 APC GCL 1.4 APC</p>	<p>NÚMERO 91</p> <p>Sobre a cuáles prestadores institucionales de salud les es aplicable, y por ende constatable, las exigencias de las características. <i>MODIFICADA</i></p> <hr/> <p>Las características, serán constatable por la Entidad Acreditadora en todo prestador que cuente con pacientes hospitalizados. Lo anterior, debido a la importancia de establecer criterios y procedimientos que prevengan eventos adversos en todo tipo de paciente.</p> <p>Igualmente, la exigencia será constatada en prestadores institucionales que solo atiendan pacientes pediátricos (Ej. Hospitales de Niños), en cuyo caso la Entidad Acreditadora, asignará el puntaje del punto de verificación Pediatría en el punto de verificación Medicina y UPC Pediátrica en UPC adulto.</p> <p>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que soliciten después de seis meses de la dictación de la presente Circular.</p>
<p>GCL 1.8 AA</p>	<p>NÚMERO 92</p> <p>Sobre la aplicabilidad de esta característica, en aquellos prestadores de atención abierta que obtienen muestras de biopsias (lo que incluye citológicos analizados por un laboratorio de anatomía patológica), en lugares distintos a los puntos de verificación señalados en la pauta de cotejo, aun cuando obtenga muestras en los puntos de verificación que si le aplican. <i>MODIFICADA</i></p> <hr/> <p>En consideración a la relevancia que, para la seguridad de la atención de los pacientes posee la implementación de un sistema de trazabilidad de las muestras, independiente del lugar físico donde sean obtenidas, en el caso de aquellos prestadores que obtienen muestras de biopsias (lo que incluye citológicos analizados por un laboratorio de anatomía patológica), en lugares distintos a los puntos de verificación señalados en la pauta de cotejo, la Entidad Acreditadora igualmente constatará el cumplimiento de la característica, <u>para ambos elementos medibles</u>. En tales casos, el puntaje de la evaluación será</p>

	<p>asignado en la columna correspondiente, en el punto de verificación "Pabellón de Cirugía Menor".</p> <p>Para la constatación del segundo elemento medible, la Entidad Acreditadora seleccionará una muestra de 7 casos por punto de verificación que le apliquen al prestador evaluado y además seleccionará al azar 7 casos adicionales en los lugares distintos al punto de verificación que le aplican, otorgando el puntaje en la columna de "Pabellón de Cirugía Menor".</p> <p>En este caso, además, son aplicables las características GCL 2.2 (vigilancia de eventos adversos), AOC 1.2 (notificación de resultados críticos), APA 1.1 (compra de servicios de Anatomía Patológica) y APA 1.2 (etapa pre-analítica).</p> <p>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que soliciten después de 6 meses de la dictación de la presente Circular.</p>
<p>GCL 1.11 AC</p>	<p>NÚMERO 93</p> <p>Sobre la aplicabilidad de esta característica, en aquellos prestadores de atención cerrada que obtienen muestras de biopsias (lo que incluye citológicos analizados por un laboratorio de anatomía patológica), en lugares distintos a los puntos de verificación señalados en la pauta de cotejo, aun cuando obtenga muestras en los puntos de verificación que si le aplican. MODIFICADA</p> <p>En consideración a la relevancia que, para la seguridad de la atención de los pacientes posee la implementación de un sistema de trazabilidad de las muestras, independiente del lugar físico donde sean obtenidas, en el caso de aquellos prestadores que obtienen muestras de biopsias (lo que incluye citológicos analizados por un laboratorio de anatomía patológica), en lugares distintos a los puntos de verificación señalados en la pauta de cotejo, la Entidad igualmente constatará el cumplimiento de la característica, <u>para ambos elementos medibles.</u> En tales casos, el puntaje de la evaluación será asignado en la columna correspondiente, en el punto de verificación "PRO Endoscópicos".</p> <p>Para la constatación del segundo elemento medible, la Entidad seleccionará una muestra de 7 casos por punto de verificación que le apliquen al prestador evaluado y además seleccionará al azar 7 casos adicionales en los lugares distintos al punto de verificación que le aplican, otorgando el puntaje en la columna de "PRO Endoscópicos".</p>

	<p>En este caso, además, son aplicables las características GCL 2.3 (vigilancia de eventos adversos), AOC 1.3 (notificación de resultados críticos), APA 1.1 (compra de servicios de Anatomía Patológica) y APA 1.2 (etapa pre-analítica).</p> <p>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procesos de acreditación que soliciten después de 6 meses de la dictación de la presente Circular.</p>
<p>GCL 1.11 AC GCL 1.8 AA GCL 1.7 AO</p>	<p>NÚMERO 94</p> <p>Sobre las exigencias que el primer elemento medible de estas características formula a los contenidos del documento de carácter institucional, en lo relativo al "registro rotulación, traslado y recepción de biopsias.</p> <p>La Entidad Acreditadora constatará que el documento de carácter institucional del prestador evaluado contenga los procedimientos que permitan conocer el histórico, la ubicación y la trayectoria de las muestras de biopsias, incluyendo en él, los relativos a las fases pre-analítica, analítica y post analítica.</p> <p>Cuando se verifique la existencia de un documento de carácter institucional que describe el registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias, la Entidad podrá considerar que en el documento se haga referencia a los procedimientos de las fases pre-analítica, analítica y post-analítica que se encuentran descritos en los protocolos que dan cumplimiento a las características APA 1.2 y APA 1.3. Los prestadores institucionales deberán contar en los puntos de verificación con todos los documentos que den cumplimiento a la característica.</p>
<p>GCL 1.11 AC GCL 1.8 AA GCL 1.7 AO</p>	<p>NÚMERO 95</p> <p>Sobre el trayecto que será evaluado al constatar la trazabilidad de las muestras de biopsias, para dar por cumplido el Segundo Elemento Medible de estas características.</p> <p>La constatación de la trazabilidad abarcará desde que se obtienen dichas muestras, hasta que el informe del resultado del análisis de las mismas se encuentre en la ficha clínica del paciente, o en un registro de recepción del informe por parte del paciente o su Representante, o que en la ficha clínica del paciente conste que fue informado del examen (a través del registro de la evolución médica u otro registro), según lo determine el propio Prestador.</p>

<p>GCL 1.11 AC GCL 1.8 AA GCL 1.7 AO GP 1.4 SI</p>	<p>NÚMERO 96</p> <p>Sobre si para dar por cumplidas estas características, la Entidad Acreditadora puede admitir que el traslado de las muestras de biopsias, desde el prestador que las obtuvo hasta el Laboratorio de Anatomía Patológica, lo efectúen personas diversas al personal designado para tales efectos, tales como el mismo paciente, alguno de sus familiares, el médico u otras personas.</p> <p>Las exigencias del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud tienen como objetivo principal que tales prestadores proporcionen seguridad y calidad en la atención de los pacientes. En tal sentido, exige de los prestadores que deseen acreditarse hacerse responsables institucionalmente de las biopsias que ellos extraigan, aun cuando el análisis de las mismas sea realizado por terceros. Por lo mismo, sólo es admisible que las muestras sean trasladadas por parte del personal que haya sido designado explícitamente para tales efectos por el prestador o por el Laboratorio de Anatomía Patológica externo.</p>
<p>GCL 1.11 AC GCL 1.8 AA GCL 1.7 AO GP 1.1 LAPC</p>	<p>NÚMERO 97</p> <p>Sobre si para los efectos de las actuales exigencias del Sistema de Acreditación contenidas en las características, relativas a la trazabilidad de las muestras de biopsias, resulta admisible que la Entidad Acreditadora valide la trazabilidad en aquellos casos en que ella se interrumpa por una causa administrativa (ejemplo: no pago de la prestación), siendo las muestras no analizadas y/o eliminadas.</p> <p>Atendiendo que, para la seguridad de los pacientes, resulta fundamental asegurar la trazabilidad de las muestras de biopsias, y dada la imposibilidad en algunos casos, de obtener nuevas muestras en el evento que éstas no sean procesadas, será admisible que la Entidad valide la trazabilidad de la muestra, aunque no conste el informe del resultado de su análisis en la ficha clínica del paciente, o en un registro de recepción del informe por parte del paciente o su Representante, o que en la ficha clínica del paciente no conste que fue informado del examen, sólo en los casos en que la interrupción de dicha trazabilidad ocurra por causas técnicas relacionadas estrictamente a los procesos pre, post y analítico, como por ejemplo, en el caso de rechazo de la muestra por el Servicio de Anatomía Patológica, por no cumplir ella con los criterios técnicos establecidos para su debido procesamiento.</p> <p>Por tanto, la Entidad no podrá validar la interrupción de la trazabilidad en aquellos casos en que las muestras no son trazadas hasta el final del</p>

	proceso por causas administrativas como el no pago de la prestación asociada a su análisis.
GCL 1.11 AC GCL 1.8 AA GCL 1.7 AO	<p>NÚMERO 98</p> <p>Sobre si con posterioridad a la entrega del informe del resultado de biopsias o incorporación de éste en la Ficha Clínica, es objeto de constatación el destino que se da a los respaldos de las mismas (láminas, tacos) para efectos de evaluar la trazabilidad de las muestras de biopsias.</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, no es objeto de evaluación de la trazabilidad de las biopsias.</p>
GCL 1.11 AC GCL 1.8 AA	<p>NÚMERO 99</p> <p>Sobre si las muestras obtenidas en prestaciones de procuramiento de órganos y tejidos, Banco de tejido y Banco de células madres deben considerarse como muestras de biopsias para efectos de la constatación por parte de la Entidad Acreditadora.</p> <p>No deben ser consideradas como biopsias para los efectos del Sistema de Acreditación.</p>
GCL 1.12 AC	<p>NÚMERO 100</p> <p>En qué punto de verificación de la pauta de cotejo debe consignarse el cumplimiento de la exigencia relativa a la identificación en los recién nacidos sanos.</p> <p>La identificación de los recién nacidos sanos debe incluirse en la constatación, tal como se señala en el primer elemento medible de esta característica. Los recién nacidos sanos pueden encontrarse en diversos espacios asistenciales, lo que varía según la organización de cada prestador, independientemente de donde sea constatada, el puntaje deberá ser consignado en la columna del punto de verificación "Neo".</p>
GCL 1.12 AC GCL 1.9 AA GCL 1.5 APC	<p>NÚMERO 101</p> <p>Sobre cómo constatar el cuarto elemento medible relativo a la identificación de los pacientes.</p>

	<p>La identificación de los pacientes deberá constatar en instrumentos que figuren en el paciente y no solo en su entorno (ejemplo: brazalete de identificación en muñeca u otra localización), de modo que se asegure que, en cualquier circunstancia dicho paciente resulte identificable.</p> <p>En caso que la Entidad constatare que la identificación no figura en el paciente, deberá cerciorarse que dicho caso corresponde a una situación excepcional, atendiendo a una determinada condición clínica que impida que dicha identificación conste en el paciente (como podría ser en el caso de algunos pacientes psiquiátricos o grandes quemados). Dicha situación deberá figurar en el documento institucional que describa el procedimiento de identificación de pacientes del Prestador exigido en el primer elemento medible.</p>
<p>GCL 1.12 AC GCL 1.5 APC</p>	<p>NÚMERO 102</p> <p>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 restantes categorías de pacientes que haya definido el prestador en su documento de carácter institucional.</p> <p>Si un prestador establece que identificará categorías de pacientes adicionales a las establecidas en el Estándar, se debe evaluar si ha cumplido o no con ello. En consecuencia, todas las categorías de pacientes serán constatadas por la Entidad Acreditadora, en los puntos de verificación que contiene la pauta de cotejo y que le son aplicables al prestador.</p>
<p>GCL 1.13 AC GCL 1.4 AA</p>	<p>NÚMERO 103</p> <p>Sobre la aplicabilidad de esta característica en un prestador que no tiene un policlínico de anticoagulantes orales. <i>MODIFICADA</i></p> <p>Las Entidades Acreditadoras deberán aplicar esta característica en la evaluación de todos los prestadores institucionales en los que se maneje Tratamiento Anticoagulante Oral (TACO) de manera ambulatoria, o sea, indica, modifica o finaliza tratamiento, tengan o no un policlínico específico para ello. Del mismo modo, si el paciente está en tratamiento con anticoagulantes que <u>no requiere exámenes de laboratorio de control, si embargo, su tratante igualmente realiza controles médicos periódicos para indicar, modificar o finalizar tratamiento anticoagulante, la exigencia igualmente aplica.</u></p>

	Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.
GCL 2.1 AA	<p>NÚMERO 104</p> <p>Sobre si en la característica GCL 2.1 del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, relativa a la prevención de eventos adversos asociados a cirugía mayor ambulatoria, resultan aplicables el segundo y tercer elementos medibles en el punto de verificación "Dirección o Gerencia del prestador".</p> <p>Por un error de transcripción el punto verificador "Dirección o Gerencia del prestador" en los Elementos Medibles Segundo y Tercero no se encuentra achurado, en circunstancias que es evidente que no resultan aplicables las exigencias de dichos Elementos Medibles en el antedicho punto de verificación.</p>
GCL 2.3 AC GLC 2.2 AA GCL 2.3 APC GCL 2.1 CD GP 2.1 SI GCL 2.1 SR GCL 2.2 SQ GCL2.1 CTRAD	<p>NÚMERO 105</p> <p>Sobre si es admisible que el análisis de los eventos centinelas se efectúe de manera centralizada en el prestador evaluado.</p> <p>Debe señalarse que el objetivo de este componente (GCL-2), es prevenir y vigilar la ocurrencia de eventos adversos, con el objeto que se aprenda de ellos, en especial sobre su prevención.</p> <p>Si bien es posible que el análisis de eventos centinela se realice de manera centralizada, la exigencia contenida en el tercer elemento medible de esta característica sólo se podrá constatar cómo cumplida si el prestador evaluado demuestra que en dicho análisis participan los jefes y profesionales del o los Servicios donde el evento ocurrió, de modo que los resultados de estos análisis se encuentran en conocimiento del personal de dichas Unidades. Es por ello que la constatación del análisis de eventos centinela se realiza en cada uno de los Servicios y Unidades Clínicas que se comprenden en la Pauta de Cotejo para esta característica.</p>
GCL 2.3 AC GCL 2.2 AA GCL 2.2 AO	<p>NÚMERO 106</p> <p>Sobre cuáles son los Eventos Adversos (EA) a incluir en el Sistema de Vigilancia para efecto de las prestaciones de odontología, a los que se refieren estas características.</p> <p>Para efectos de las exigencias de notificación de Eventos Adversos y Centinelas considere al menos:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Fractura de aguja en la cavidad bucal. - Aspiración o deglución de cuerpo extraño. - Fractura de instrumental endodóntico en la cavidad bucal. - Quemaduras de piel, mucosas y/o conjuntivas. - Error de medicación. - Muerte Inesperada. - Caídas con daño severo.
GCL 2.3 AC GCL 2.2 AA GCL 2.3 APC GCL2.1 CTRAD GCL 2.2 AO	<p>NÚMERO 107</p> <p>Sobre la aplicabilidad de las características relativas a la vigilancia de los eventos adversos asociados a la atención, cuando el prestador ha externalizado las prestaciones relativas a alguno de los puntos de verificación de estas características, pero participa en parte del proceso.</p> <p>En el caso que el prestador haya externalizado parte de las prestaciones relativas a los puntos de verificación que figuran en las respectivas pautas de cotejo, la característica que exige la vigilancia de los eventos adversos en dichos puntos le es igualmente aplicable al prestador evaluado, considerando que la vigilancia de eventos adversos constituye uno de los pilares fundamentales de la seguridad asistencial. Ejemplo: Si el prestador carece de Anatomía Patológica, pero obtiene biopsias que luego son derivadas a un tercero para su procesamiento y análisis, corresponderá que realice la vigilancia de eventos adversos en el punto de verificación "APA", como podría ser el extravío de la biopsia.</p>
GCL 3.1 AA GCL 3.2 AA GCL 3.2 APC GCL 3.2 CD GCL 3.2 SQ GCL 3.1 AO GP 1.7 SI GP 1.6 LC GP 1.5 LAPC	<p>NÚMERO 108</p> <p>Sobre qué características de los diversos estándares de acreditación aplican igualmente las exigencias de la normativa vigente en Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. <i>NUEVA</i></p> <p>En este caso, la Entidad Acreditadora constatará el cumplimiento de estas características, conforme a la normativa vigente en cuanto a Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
GCL 3.1 AC	<p>NÚMERO 109</p> <p>Sobre qué debe entenderse por comité y quién lo integra, para efectos de las constataciones del primer y segundo elemento medible de esta característica. <i>NUEVA</i></p>

	<p>El Comité al que se refiere la exigencia del primer y segundo elemento medible de esta característica, según la normativa vigente, corresponde al Programa de Control de Infecciones, el cual está compuesto al menos por: un profesional médico y un profesional de enfermería.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>GCL 3.1 AC</p>	<p>NÚMERO 110</p> <p>Sobre si para dar cumplimiento del segundo elemento medible de la característica, el profesional no médico, que allí se refiere, solo puede ser Enfermera(o).</p> <p>La exigencia del segundo elemento medible de la característica debe entenderse en correspondencia con lo dispuesto en el "Componente GCL 3" del Ámbito de Gestión Clínica: <i>"el prestador ejecuta un Programa de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) de acuerdo a orientaciones técnicas vigentes del MINSAL"</i>.</p> <p>La Norma vigente de "Programas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)", estará disponible en la página web del Ministerio de Salud: www.minsal.cl. En este caso, para el ejercicio de la función de Encargado(a) del Programa de IAAS, el personal no médico solo resulta admisible designar a un(a) profesional de la Enfermería.</p>
<p>GCL 3.1 AC</p>	<p>NÚMERO 111</p> <p>Sobre los requisitos de la capacitación necesaria con la que deben contar los profesionales (Médico(a)-Enfermera(o)), Encargados del Programa de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)", para dar cumplimiento al segundo elemento medible de la característica. NUEVA</p> <p>La capacitación necesaria con la que deben contar los profesionales (Médico(a)-Enfermera(o)), Encargados del Programa de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)", debe estar conforme a la Norma vigente de "Programas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)", la que estará disponible en la página web del Ministerio de Salud: www.minsal.cl. Tal capacitación puede constar en un curso de 80 horas o en más de un curso, lo importante, es que en su conjunto dé cuenta de las materias obligatorias de capacitación señaladas en la normativa.</p>

	<p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>GCL 3.1 AC GCL 3.1 APC</p>	<p>NÚMERO 112</p> <p>Sobre si el ámbito de acción debe entenderse homologable a las funciones, en el contexto del encargado(a) del Programa, así como del Programa mismo de Control de Infecciones. <i>NUEVA</i></p> <p>Para efectos de la acreditación, la Entidad Acreditadora, debe entender que, el ámbito de acción, señalado en la característica, es homologable a las funciones establecidas en la normativa vigente.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>GCL 3.1 AC</p>	<p>NÚMERO 113</p> <p>Sobre qué debe entenderse por comité y quién lo integra para el 3er elemento medible, para efectos de las constataciones de esta característica. <i>NUEVA</i></p> <p>El Comité al que se refiere la exigencia, según la normativa vigente, corresponde al Consejo Técnico ampliado o equivalente, compuesto por el Programa de Prevención y Control de IAAS (PCI), Director Técnico del establecimiento y jefaturas de los servicios clínicos y de apoyo.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>GCL 3.1 AC</p>	<p>NÚMERO 114</p> <p>Sobre cómo la Entidad debe constatar las exigencias del tercer elemento medible de esta característica en Prestadores de Atención Cerrada, en cuanto al funcionamiento del Programa de Control de Infecciones. <i>NUEVA</i></p> <p>La Entidad Acreditadora, para constatar el funcionamiento del Programa de Control de Infecciones, solicitará un documento de respaldo por escrito de las reuniones cuatrimestrales (a modo de ejemplo, actas, minutas, etc.), el que debe contener dentro de los temas tratados, al menos, el diagnóstico epidemiológico, avances del programa y planes de intervención, por lo que se aceptan reuniones presenciales, remotas o correos electrónicos. De similar</p>

	<p>manera, las reuniones pueden ser sincrónicas o asincrónicas, con todos los interesados de manera simultánea o con grupos de los interesados de manera secuencial.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>GCL 3.1 CD</p>	<p>NÚMERO 115</p> <p>Sobre la forma de constatar las exigencias de esta característica en los Centros de Diálisis. <i>NUEVA</i></p> <p>La Entidad Acreditadora en este caso aplicará los siguientes criterios de evaluación:</p> <p>Para el primer elemento medible:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El sistema de vigilancia de infecciones del torrente sanguíneo asociada a accesos vasculares para hemodiálisis (ITS/CHD) debe ser un sistema activo, selectivo, periódico y continuo, aplicado por un profesional de enfermería o medicina. Este sistema se debe basar en la revisión periódica de las historias clínicas de los pacientes con una frecuencia mínima de una vez por semana. • Se debe contar con una definición operacional de infección del torrente sanguíneo (ITS), para lo que/cual se sugiere utilizar la indicada por el Programa Nacional de Control de Infecciones del Ministerio de Salud en el documento llamado "Definiciones y criterios de notificación de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) para la vigilancia epidemiológica del año. • Se debe ingresar la vigilancia a todos los pacientes con un catéter venoso (sean éstos transitorios, permanentes o tunelizados) como acceso del proceso de diálisis. • Se debe contar con un sistema de registro de todas las revisiones de la historia clínica de cada paciente en diálisis, indicando si el paciente cuenta o no con algún signo o síntomas sugerente de ITS. no es necesario registrar la vigilancia efectuada en la historia clínica del paciente. • Se debe definir en el protocolo institucional que se calculará la tasa de ITS/CHD, cuyo numerador corresponde al número de ITS detectadas, y su denominador al número total de procedimientos de diálisis. El cálculo anterior se amplificará por 1000. Esta tasa se debe calcular de forma mensual y contar con un consolidado o resumen al menos cuatrimestral.

	<p>El segundo elemento medible:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe contar con los registros de vigilancia de todos los pacientes en diálisis por medio de un catéter venoso, donde se constate la revisión al menos semanal de la historia clínica. En estos registros se debe constatar si los pacientes tuvieron o no algún signo o síntoma sugerente de ITS así como si alguno de ellos cursó con una ITS confirmada según definición operacional de ITS utilizada por el Centro de Diálisis. • Se debe contar con un registro de la tasa de ITS en pacientes en diálisis por medio de un catéter venoso mensual y un consolidado o resumen al menos cuatrimestral. <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia desde la fecha de aplicación señalada en el ORD C 37 N°1073 de 15 de abril de 2024, Minsal.</p>
<p>GCL 3.1 AC</p>	<p>NÚMERO 116</p> <p>Sobre las horas, que deben asignarse al profesional de medicina del Programa al que se refiere esta característica. <i>NUEVA</i></p> <p>El tiempo mínimo asignado será de cinco horas semanales presenciales en establecimientos de menos de 200 camas ajustadas por nivel cuidado y de once horas semanales presenciales en establecimientos de 200 o más camas ajustadas por nivel de cuidado (Cama ajustada por nivel de cuidado: en las Unidades de Pacientes Críticos (UPC), cada cama se contabiliza como el equivalente a dos camas en otras unidades no pertenecientes a la UPC)</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>GCL 3.2 AC GCL 3.2 AA GCL 3.1 APC Nota: AA CD</p>	<p>NÚMERO 117</p> <p>Sobre cómo debe ser constatada la exigencia del segundo elemento medible respecto a los umbrales, cuando no existe umbral de referencia por el Ministerio de Salud. <i>NUEVA</i></p> <p>El prestador debe definir un umbral para todos sus indicadores (tasas) y señalarlos siempre por escrito en sus documentos locales.</p>

	<p>Si las normas vigentes no cuentan con umbral definido por el Ministerio, el establecimiento deberá definir un umbral de acuerdo con el criterio local de datos históricos, referencia internacionales o nacionales, a la espera que se fije un umbral de referencia por el ministerio.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>GCL 3.3 AC GCL 3.2 AA GCL 3.2 CD</p>	<p>NÚMERO 118</p> <p>Sobre a qué tipo de catéteres vasculares se refiere la exigencia del primer elemento medible de esta característica.</p>
	<p>En este caso deben considerarse para la constatación todos los tipos de catéteres: tanto centrales como periféricos, atendiendo las definiciones contenidas en la normativa vigente.</p>
<p>GCL 3.2 AC GCL 3.1 AA</p>	<p>NÚMERO 119</p> <p>Sobre el indicador y evaluación periódica de vigilancia de infección de herida operatoria que debe constatar en aquellos prestadores que no realizan ninguna de las cirugías que forman parte de los indicadores de referencia nacional, pero realizan cirugías mayores.</p>
	<p>En este caso el prestador debe definir el indicador a vigilar según su contexto asistencial y epidemiológico (tipo de cirugías realizadas, riesgo de infección, etc.), ya que el que no realice ninguna de las cirugías que figuran en los indicadores de referencia nacional establecidos por el MINSAL, no lo exime de realizar la vigilancia de la infección de la herida operatoria en cirugías mayores.</p>
<p>GCL 3.3 AC GCL 3.2 AA GCL 3.2 CD GCL 3.2 APC GP 1.7 SI GP 1.6 LC GCL 3.2 QT GCL 3.1 AO</p>	<p>NÚMERO 120</p> <p>Sobre si para el cumplimiento del segundo elemento medible debe establecerse más de un indicador y umbrales de cumplimiento por cada punto de verificación.</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>

ÁMBITO ACCESO, OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN (AOC)

**AOC 1.1
AOC 1.1 APC
AOC 1.1 LC
AOC 1.1 CD
AOC 1.1 SI
AOC 1.1 SR
AOC 1.1 SQ
AOC 1.1
CTRAD
AOC 1.1 AO**

NÚMERO 121

Sobre con qué detalle, constatará la Entidad Acreditadora en las entrevistas el procedimiento definido para el caso que ocurra una emergencia con riesgo vital dentro de la institución: Qué y cuánto del procedimiento se debe consultar, y si pueden haber diferencias de roles, según los diversos tipos de personal entrevistado del establecimiento evaluado (profesionales, técnicos, administrativos y otros). **MODIFICADA**

Se debe consultar sobre el conocimiento que se tenga del procedimiento en general, sobre el papel específico que cumple en él la persona a quien se está entrevistando y sobre las responsabilidades que tiene asignadas según ese procedimiento. Por lo tanto, puede haber diferencias en las respuestas de los distintos tipos de personal entrevistado (profesionales, técnicos, administrativos u otros), de acuerdo a los roles y responsabilidades que les han sido asignados.

Así mismo, debe tenerse presente que, en el caso que el entrevistado haga uso de algún apoyo gráfico (ejemplo: tríptico), igualmente la entidad debe crearse la convicción que el entrevistado conoce el procedimiento y sus funciones en el Sistema. Por tanto, si el entrevistado se apoya de algún material, solo podrá acudir a él, respecto de datos generales del sistema de alerta, por ejemplo, nombre del sistema (código azul) o número telefónico de activación del sistema.

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.

**AOC 1.1
AOC 1.1 APC
AOC 1.1 LC
AOC 1.1 CD
AOC 1.1 SI
AOC 1.1 SR
AOC 1.1 SQ
AOC 1.1
CTRAD
AOC 1.1 AO**

NÚMERO 122

Sobre qué debe entenderse por paciente, para efectos de las constataciones de esta característica. **NUEVA**

Paciente en este caso, debe entenderse como cualquier persona que presenta una situación de emergencia con riesgo vital, lo que no solo incluye a paciente hospitalizados, sino también a acompañantes, familiares, funcionarios u otras personas que se encuentren en dependencias de la institución.

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.

<p>AOC 1.1 AOC 1.1 APC AOC 1.1 LC AOC 1.1 CD AOC 1.1 SI AOC 1.1 SR AOC 1.1 SQ AOC 1.1 CTRAD AOC 1.1 AO</p>	<p>NÚMERO 123</p> <p>Sobre si de las exigencias establecidas por esta característica se deduce el deber de capacitar en reanimación cardiopulmonar a todo el personal que atiende pacientes directamente, y si ello es aplicable también al personal administrativo.</p> <hr/> <p>El personal debe conocer el procedimiento en general y, específicamente, las funciones que tiene asignadas de acuerdo a él. Por tanto, para cierto personal puede limitarse, por ejemplo, a que sepan a quién deben llamar en caso de una emergencia, si deben activar algún tipo de señal de alarma (ej. código azul) o a conocer las medidas básicas que deben adoptar frente a un paciente que sufre una emergencia.</p> <p>En todo caso, se aclara que realizar capacitación en reanimación cardiopulmonar al personal administrativo no es una exigencia de los Estándares de Acreditación, lo que no impide que la institución la realice si lo estima pertinente.</p>
<p>AOC 1.1 AC</p>	<p>NÚMERO 124</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.</p> <hr/> <p>La intención de esta exigencia es proveer atención oportuna en caso de emergencia, principalmente en aquellos lugares que por sus características pueden no contar con los requerimientos para otorgarla. Considerando 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>
<p>AOC 1.2 AC</p>	<p>NÚMERO 125</p> <p>Sobre si se debe constatar la categorización de pacientes en Servicio de Urgencia Obstétrica.</p> <hr/> <p>La constatación del punto de verificación "Urgencia" debe considerar los diversos tipos de pacientes que acuden a ella. Por ello si el prestador cuenta con, u otorga atenciones de urgencia gineco-obstétrica, dichos pacientes deben incluirse en la categorización que exige la característica AOC 1.2.</p>

<p>AOC 1.2 AC</p>	<p>NÚMERO 126</p> <p>Sobre si el sistema de priorización de urgencia puede ser realizado por personal administrativo.</p> <p>El sistema de priorización de urgencia debe operar con personal de salud, ya sea técnicos o profesionales habilitados para el ejercicio de sus respectivas profesiones, entendiendo que son ellos quienes cuentan con las competencias para realizar tal priorización.</p>
<p>AOC 1.3 AC AOC 1.2 AA AOC 1.3 SI AOC 1.3 LC AOC 1.2 AO</p>	<p>NÚMERO 127</p> <p>Sobre la aplicabilidad de esta característica en una evaluación, cuando en el prestador institucional se han externalizado (compra) los servicios relativos a exámenes diagnósticos. MODIFICADA</p> <p>Las Entidades Acreditadoras no podrán declarar inaplicable esta característica en la evaluación de un prestador, cuando en ese prestador se hayan externalizado los servicios (compra) relativos a exámenes diagnósticos. La responsabilidad de notificar las situaciones de riesgo detectadas a través de exámenes diagnósticos en las áreas de Anatomía Patológica, Laboratorio e Imagenología cuya ejecución fue ordenada por profesionales del prestador institucional, que está siendo evaluado, es de dicho prestador, independientemente de dónde se hayan procesado los exámenes, lo que podría incluir aquellos informados por Telemedicina.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>AOC 1.3 AC</p>	<p>NÚMERO 128</p> <p>Sobre si esta característica es aplicable a las Unidades de Centros de Sangre que tienen en sus dependencias áreas técnicas de Laboratorio Clínico.</p> <p>Si el prestador ha definido que la notificación de resultados críticos de exámenes de áreas técnicas del Laboratorio Clínico que se realizan en el Centro de Sangre se efectúen en dicho centro, entonces la constatación se realizará en el Centro de Sangre y los resultados de tales constataciones deben consignarse, junto con los propios del Laboratorio Clínico, en la columna APL de la Pauta de Cotejo.</p>

<p>AOC 1.3 AC AOC 1.2 AA AOC 1.3 SI AOC 1.3 LC AOC 1.2 AO</p>	<p>NÚMERO 129</p> <p>Sobre la constatación del elemento medible de esta característica referente a "registro de notificaciones realizadas". <i>MODIFICADA</i></p> <p>En consideración a que el enunciado de esta característica señala que el objetivo es que el prestador que desee acreditarse, establezca procedimientos para asegurar la notificación oportuna de situaciones de riesgo detectadas a través de exámenes diagnósticos, es que en el cuarto elemento medible, el cual solicita constatar registros de notificaciones realizadas, la Entidad Acreditadora deberá verificar que se cumpla lo señalado en el documento institucional respecto a la notificación, entre ellos la oportunidad (plazo establecido de notificación).</p> <p><u>En aquellos casos que, el resultado crítico corresponde a una prestación ambulatoria, el procedimiento de notificación, siempre debe considerar la gestión de entrega del resultado al paciente o su familiar responsable o tutor, lo cual se constatará por medio de verificables establecidos a nivel local, tales como, correos electrónicos, libros de recepción, registro de entrega telefónica para su posterior retiro, entre otros.</u></p> <p><u>Cuando los prestadores institucionales de Anatomía Patológica, Laboratorio Clínico e Imagenología venden servicios, la notificación de resultados críticos les aplica a los prestadores institucionales que les compran dichos servicios.</u></p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>AOC 2.1 AC</p>	<p>NÚMERO 130</p> <p>Sobre a cuáles prestadores les aplica la característica AOC 2.1, considerando que, en la versión impresa del Manual del Estándar General para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, se incluye una nota que restringe su aplicación sólo a las instituciones que no disponen de Unidades de Pacientes Críticos.</p> <p>La nota al pie, contenida en la versión de dicho Manual impresa por la Superintendencia de Salud, constituye un error de transcripción, toda vez que dicha nota no existe en el Manual oficialmente aprobado por el Decreto Exento N° 18, de 2009, del Ministerio de Salud.</p> <p>Por tanto, debe aclararse que la Característica AOC 2.1 aplica a todos los prestadores de atención cerrada, independientemente de su complejidad.</p>

<p>AOC 2.1 AC AOC 2.1 ACP AOC 2.1 SQ AOC 2.1 AA AOC 2.1 CD AOC2.1CTRAD AOC 2.1 SI AOC 2.1 SR AOC 2.1 AO</p>	<p>NÚMERO 131</p> <p>Sobre que debe entenderse por Red de Derivación, para efectos de las constataciones de esta característica. <i>NUEVA</i></p> <hr/> <p>Red de Derivación en este caso, debe entenderse como un prestador institucional (Hospital, Clínica u otro) debidamente identificado. No constituye en este caso, definir como red de derivación sistemas de transporte públicos o privados (ambulancias), dado que no son ellos prestadores institucionales que resuelvan la urgencia que excede su capacidad de resolutivead.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>AOC 2.2 AC AOC 2.2 APC AOC2.3CTRAD</p>	<p>NÚMERO 132</p> <p>Sobre cómo se constata la característica relativa a la entrega de turnos. <i>MODIFICADA</i></p> <hr/> <p>Por parte del prestador se debe demostrar que la entrega de turno se hace por escrito, utilizando registros, tales como hojas de entrega de turnos, hojas de enfermería, libros de novedades u otros equivalentes, o por medios electrónicos. Dichos registros escritos deben informar sobre las condiciones relevantes de los pacientes relacionados con su seguridad.</p> <p>Así mismo, debe tenerse en consideración que la exigencia aplica independiente del horario de turno en que se otorga la atención por parte del profesional a cargo, ya sea este 24 o de 12 horas. En caso que, en algún horario, no quede alguno de los profesionales en el servicio sobre el cual aplica el punto de verificación, el establecimiento debe definir a quién dejará a cargo los pacientes en su ausencia, pudiendo ser este otro servicio clínico u otro profesional que cubra y realice la entrega de turno respectiva.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>

ÁMBITO COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO (RH)

**RH 1.1
RH 1.2
(todos los
Estándares)**

NÚMERO 133

Sobre la forma cómo se constata el cumplimiento de esta característica, relativa a la habilitación Legal de profesionales y técnicos para ejercer sus respectivas profesiones (salvo el caso de los Técnicos Paramédicos, que son tratados en el número siguiente).

La forma de constatación de tales habilitaciones se realizará mediante el uso del Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud (RNPIS) de la Superintendencia de Salud, dejando constancia de ello.

En la situación excepcional que el profesional se encuentre habilitado, pero con su solicitud de inscripción en el RNPIS en trámite, la Entidad Acreditadora deberá constatar el certificado de inscripción en trámite y los siguientes documentos según el caso:

- 1) Certificado de registro del título en el Ministerio de Relaciones Exteriores o en el Ministerio de Educación, en los casos que los tratados internacionales así lo autoricen.
- 2) Resolución de la SEREMI de Salud correspondiente, que autoriza la habilitación, en virtud del artículo 112 del Código Sanitario, cuando el profesional posea un título obtenido en el extranjero
- 3) Certificado de aprobación de EUNACOM para los profesionales médicos (tanto para los profesionales que se desempeñen en el sector público como en el privado)
- 4) Certificado de la especialidad médica otorgado en Chile por una Entidad Certificadora autorizada por el MINSAL (ej: CONACEM), en el caso de especialidades obtenidas en el extranjero, atendida la Ley 20.985 de 2017 MINSAL (exclusivamente para profesionales que se desempeñen en el sector público).

Los certificados y resoluciones antes referidos deben constar en documentos originales o ser copia fiel de su original, esto es ante notario público, ministro de fe del organismo público que emite el certificado, o ante el ministro de fe del Prestador Institucional público evaluado que cuenta con la autorización para ejercer tales funciones.

Adicionalmente en aquellos casos excepcionales de profesionales médicos titulados en el extranjero que no cuenten con la aprobación del EUNACOM y que hayan sido contratados por los Servicios de Salud o por las Municipalidades en situación de escasez de médicos, la Entidad Acreditadora deberá proceder según lo instruido en la Circular IP N°42 de 15 de enero de 2020, la que entró en vigencia con su notificación.

<p>RH 1.2 (todos los Estándares)</p>	<p>NÚMERO 134</p> <p>Sobre la forma en que se constata el cumplimiento de esta característica, tratándose de los Auxiliares Paramédicos y Auxiliares de Enfermería.</p> <hr/> <p>La forma de constatación de tales habilitaciones se realizará mediante el uso del Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud (RNPIS) de la Superintendencia de Salud, dejando constancia de ello.</p> <p>En el caso excepcional de que el auxiliar no figure inscrito en el RNPIS. La Entidad Acreditadora deberá consignar en el informe respectivo el fundamento de aquello, pudiendo constatar en este caso los siguientes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Certificados de competencias emitidos por la Autoridad Sanitaria Regional respectiva. 2) Resolución habilitante de la Autoridad Sanitaria <p>Los certificados y resoluciones antes referidos deben constar en documentos originales o ser copia fiel de su original, esto es, autenticada ante Notario Público o por funcionario público del organismo que emite el documento (Ej.: SEREMI de Salud) o por el ministro de fe del prestador institucional de salud público debidamente autorizado para ejercer tales funciones. (Dictamen N°65430 de 2013, de la Contraloría General de la República).</p>
<p>RH 1.2 CTRAD</p>	<p>NUMERO 135</p> <p>Sobre cómo se constata la habilitación Legal de los Asistentes o Trabajadores Sociales que se desempeñan en los "Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas".</p> <hr/> <p>Dicha constatación se debe efectuar mediante el respectivo certificado de título profesional de Asistente o Trabajador Sociales, en su original o copia del original, esto es, certificada ante Notario Público.</p>
<p>RH 1.1 RH 1.2 (todos los Estándares)</p>	<p>NÚMERO 136</p> <p>Sobre si las certificaciones de los Ministros de Fe, designados formalmente en los prestadores institucionales públicos, relativas a la autenticidad de los títulos profesionales u otros documentos que atestiguan las respectivas habilitaciones Legales de sus</p>

	<p>profesionales y técnicos, son aptas para constatar su habilitación Legal.</p>
	<p>Las certificaciones de los Ministros de Fe de los prestadores institucionales públicos, debidamente instituidos como tales, sobre la autenticidad de documentos que atestiguan la habilitación profesional de funcionarios que en ellos se desempeñan para fines de su nombramiento o contratación, son suficientes para satisfacer las exigencias de las características RH 1.1 y RH 1.2 de los Estándares Generales de Acreditación actualmente vigentes. Las Entidades Acreditadoras podrán exigir al prestador institucional evaluado que se les exhiba copia auténtica del acto administrativo que instituyó a tales Ministros de Fe. Esto en concordancia con lo determinado en el Dictamen N°65430 de 2013 de la Contraloría General de la República.</p>
<p>RH 1.2 (todos los Estándares)</p>	<p>NÚMERO 137</p> <p>Sobre cómo deben ser evaluados, en los procesos de acreditación, los profesionales y técnicos, que pertenecen a profesiones distintas a las señaladas en los elementos medibles de la característica RH 1.2 de los diferentes Estándares de Acreditación, tales como Bacteriólogos, Fisioterapeutas, Podólogos, Arsenaleras u otros.</p>
	<p>En el Ámbito de Recursos Humanos de los Estándares del Sistema de Acreditación sólo son materia de constatación por las Entidades Acreditadoras las certificaciones de las habilitaciones Legales relativas a las profesiones que se señalan expresamente en los Elementos Medibles de las características RH 1.1 y RH 1.2. Por tanto, respecto de los demás profesionales o técnicos que poseen títulos o habilitaciones no considerados en dichos elementos medibles, como es el caso de los Bacteriólogos, Fisioterapeutas, Podólogos, arsenaleras u otros, no resultan aplicables las constataciones que exigen dichos elementos medibles.</p>
<p>RH 1.1 RH 1.2 (todos los Estándares)</p>	<p>NÚMERO 138</p> <p>Sobre cómo se evalúa el recurso humano cuando existe un decreto de emergencia o de alerta sanitaria vigente</p>
	<p>Los estudiantes y demás recursos humanos que se encontrasen en las condiciones que señale el Decreto de Emergencia o Alerta Sanitaria dictado por el Ministerio de Salud, se encuentran Legalmente habilitados sólo para ejercer las funciones asistenciales que les señale expresamente</p>

	dicho Decreto, debiendo la Entidad Acreditadora constatar que se cumplan las condiciones que dicho Decreto haya señalado, para cada caso.
RH 1.1 RH 1.2 RH 1.3 (todos los Estándares)	<p>NÚMERO 139</p> <p>Sobre el lugar o punto de verificación de los elementos medibles de estas tres características, cuando el prestador evaluado pertenece a una red de prestadores de salud.</p> <p>Las Entidades Acreditadoras deben constatar todas las características del Manual del Estándar de Acreditación en el recinto del prestador evaluado y en el Punto de Verificación que indique en la respectiva Pauta de Cotejo. En consecuencia, los certificados de títulos habilitantes deben estar accesibles para la Entidad Acreditadora, en el prestador evaluado, independientemente que el establecimiento pertenezca a una red de prestadores de salud.</p>
RH 1.1 RH 1.2 (todos los Estándares)	<p>NÚMERO 140</p> <p>Sobre cómo establecer la distinción entre las categorías de personal transitorio o permanente del prestador.</p> <p>De conformidad con las definiciones contenidas en los "Glosarios" de los respectivos Manuales de acreditación, para los efectos del sistema de acreditación, se entiende por:</p> <p>"Personal que cumple funciones permanentes", "al personal que ha sido contratado a permanencia en la institución, independientemente de la modalidad contractual empleada"; y por "Personal que cumple funciones transitorias", al "personal que acude transitoriamente a la institución para efectuar un reemplazo o a cubrir necesidades imprevistas, independientemente de la modalidad contractual."</p> <p>Atendido lo anterior, debe considerarse que, para los efectos del sistema de acreditación, no es relevante para la distinción entre estas categorías, la forma de contratación de los profesionales, de modo que la habilitación de todos ellos deberá verificarse en el proceso de acreditación.</p>
RH 1.1 RH 1.2 (todos los Estándares)	<p>NÚMERO 141</p> <p>Sobre si los docentes de los centros de formación en convenio con el prestador institucional, deben ser considerado como personal permanente o transitorio. MODIFICADA</p>

	<p>Dicho personal debe ser considerado como personal que cumple funciones transitorias incluyéndolos en las exigencias del ámbito RH, así como en aquellas características que se refieran a las entrevistas del personal.</p> <p>Se exceptúan los docentes que, no realizando labores asistenciales asisten a los establecimientos, con el fin de dictar charlas u otras actividades similares.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>RH 1.3 AC RH 1.3 AA RH 1.3 APC RH 1.3 CD RH 1.3 SI RH 1.3 SQ RH 1.3 SR RH 1.3 CTRAD RH 1.3 AO RH 1.2 LAPC</p>	<p>NÚMERO 142</p> <p>Sobre la forma de constatar las especialidades y subespecialidades de los médicos, odontólogos, bioquímicos, farmacéuticos y químicos farmacéuticos.</p> <hr/> <p>La Entidad Acreditadora verificará la certificación de las especialidades y subespecialidades, exclusivamente mediante el uso del Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud (RNPIS) de la Superintendencia de Salud, dejando constancia de ello.</p>
<p>RH 1.3 AC RH 1.3 AA RH 1.3 APC RH 1.3 CD RH 1.3 SI RH 1.3 SQ RH 1.3 SR RH 1.3 CTRAD RH 1.3 AO RH 1.2 LAPC</p>	<p>NÚMERO 143</p> <p>Sobre si la certificación de especialidades médicas, odontológicas bioquímicas, farmacéuticas y químicas farmacéuticas, a que se hace alusión en esta característica, sólo considera las que están consignadas en los listados del "Reglamento de Certificación de Especialidades de los Prestadores Individuales de Salud y de las Entidades que las Otorgan", aprobado por el D.S. N°8/2013, de los Ministerios de Salud y Educación, y sus modificaciones posteriores.</p> <hr/> <p>El Sistema de Certificación de Especialidades y Subespecialidades de los Prestadores Individuales de Salud, regulado por el reglamento antedicho, incorpora nominativamente a las especialidades y subespecialidades cuya certificación y reconocimiento oficial se rigen por sus normas. Tal incorporación se efectúa mediante su inclusión en el listado de especialidades primarias y derivadas (subespecialidades) que se contiene en el Artículo 2° de dicho Reglamento.</p> <p>En consecuencia, sólo las especialidades primarias y derivadas de la Medicina y de la Odontología, que se encuentran comprendidas en esa disposición reglamentaria pueden ser evaluadas en el marco de los procedimientos de acreditación de prestadores institucionales.</p>

<p>RH 1.3 AC RH 1.3 AA RH 1.3 APC RH 1.3 CD RH 1.3 SI RH 1.3 SQ RH 1.3 SR RH 1.3 CTRAD RH 1.3 AO RH 1.2 LAPC</p>	<p>NÚMERO 144</p> <p>Sobre si la inscripción del título universitario de especialista en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de esta Superintendencia es exigible en la constatación de la característica, en aquellos casos en que tal inscripción resulta imposible de ser efectuada atendida la normativa vigente.</p> <p>En la constatación de la característica no resulta exigible la inscripción del título universitario de especialidad cuando ello sea jurídicamente imposible, atendida la normativa vigente. Tal es el caso de situaciones como cuando la especialidad no ha sido incorporada al listado de especialidades del Reglamento de Certificación de Especialidades de los Prestadores Individuales de Salud, o en el caso de imposibilidad de inscripción de un título universitario de especialidad obtenido en el extranjero y del cual se posee copia debidamente Legalizada. En consecuencia, estos especialistas no son parte de la constatación de esta característica.</p> <p>Los médicos, odontólogos, bioquímicos, farmacéuticos y químicos farmacéuticos, que se encuentren en tales situaciones podrán solicitar a esta Intendencia un pronunciamiento formal respecto de tales situaciones de imposibilidad.</p>
<p>RH 2.1 AC RH 2.1 AA RH 2.1 APC RH 2.1 CTRAD RH 2.1 AO</p> <p>RH 2.2 AC RH 2.2 AA RH 2.2 APC RH 2.1 CD RH 2.1 SI RH 2.1 SQ RH 2.1 SR RH 2.2 CTRAD RH 2.2 AO RH 2.1 LAPC</p>	<p>NÚMERO 145</p> <p>Sobre si los programas de inducción y orientación deben incluir al personal transitorio del prestador y cómo se calcula la cobertura de dichos programas, en el caso del personal que ingresó a la institución en el último año. <i>MODIFICADA</i></p> <p>Estos programas deben incluir a todo el personal, tanto al permanente como al transitorio y, cualquiera sea la forma de contratación de los mismos, ya sea directa o a través de terceros.</p> <p>Para efectos del cálculo de la cobertura se debe considerar como personal nuevo, a todas las personas que ingresaron durante el último año, ya sea como personal permanente o transitorio.</p> <p>Respecto del personal que reingresa al establecimiento, y que tuvo vínculo previo con éste, sólo deben ser considerados para tales programas si la vinculación se hubiere interrumpido por más de un año.</p> <p>La Orientación debe ser ejecutada dentro del primer mes del ingreso del personal al Servicio Clínico o de Apoyo.</p>

	<p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses después de la dictación de la presente Circular.</p>
<p>RH 2.2 AC RH 2.2 AA RH 2.2 APC</p>	<p>NÚMERO 146</p> <p>Sobre si es admisible la información centralizada en la Dirección acerca del cumplimiento de los programas de orientación ejecutados en los Servicios Clínicos y de Apoyo.</p> <p>Ello es admisible, sin embargo, debe tenerse presente que la constatación en terreno de esta característica no considera la Dirección del prestador evaluado como punto de verificación, sino determinados Servicios y Unidades Clínicas. Lo anterior, porque, a diferencia de la inducción del personal, la orientación deber ser ejecutada por la misma Unidad Clínica donde desempeñará sus funciones la persona recién ingresada, por tanto, la Entidad Acreditadora procederá a constatar los verificables en los puntos de verificación señalados en la pauta de cotejo respectiva.</p>
<p>RH 2.1 AC RH 2.1 AA RH 2.1 APC RH 2.1 CTRAD RH 2.1 AO</p> <p>RH 2.2 AC RH 2.2 AA RH 2.2 APC RH 2.1 CD RH 2.1 SI RH 2.1 SQ RH 2.1 SR RH 2.2 CTRAD RH 2.2 AO RH 2.1 LAPC</p>	<p>NÚMERO 147</p> <p>Sobre cuál es la información mínima que debe solicitar la Entidad Acreditadora para constatar la constancia de la ejecución de los Programas de Inducción y Orientación realizadas al personal que ingresó el último año. <i>NUEVA</i></p> <p>La información que debe solicitar la Entidad Acreditadora, para constatar que el prestador cumple con las inducciones y las orientaciones realizadas al personal que ingresó al prestador o a la unidad el último año, será al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número total de funcionarios con su fecha (mes) de ingreso al prestador evaluado. - Número de funcionarios con inducción y/o con orientación. - Número de funcionarios sin inducción y/o sin orientación. <p>Corroborado que se cumple al menos el 85% de los funcionarios con inducción y/o con orientación que ingresaron a la institución o a la unidad en el último año, la Entidad Acreditadora debe constatar los verificables que den cuenta de dicha actividad. La metodología a utilizar debe ser según se instruye en las Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno vigente.</p> <p>Los verificables en estos casos de la inducción y orientación pueden ser: Constancia documental de haber recibido la</p>

	<p>orientación, firmada por parte del personal nuevo; Constancia en las hojas de vida del personal nuevo u otros antecedentes equivalentes.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>RH 3.1 AC RH 3.1 AA RH 3.1 APC RH 3.1 CD RH 3.1 SI RH 3.1 SQ RH 3.1 SR RH 3.1 y 3.2 CTRAD RH 3.1 AO</p>	<p>NÚMERO 148</p> <p>Sobre las exigencias del programa de capacitación incluido en esta característica.</p> <p>Es el propio prestador el que debe definir el programa de capacitación que entregará al personal. En ese sentido, el Glosario del Estándar define qué debe entenderse por tal programa y sus exigencias. Dicho programa y su cronograma deben constar por escrito, y señalar la forma en que se dará cumplimiento a la cobertura exigida en el segundo elemento medible, no exigiendo el Estándar vigente un mínimo de horas para su ejecución. A modo de ejemplo, las capacitaciones en RCP, 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 clínico, ello incluye al personal que ejerce funciones transitorias.</p> <p>La capacitación podrá ser ejecutada por profesionales de la propia institución y en caso que sea ejecutada por organismos o profesionales externos, el Estándar vigente no exige que tales organismos o profesionales cuenten con alguna clase de certificación oficial para tales efectos.</p>
<p>RH 3.1 AC RH 3.1 AA RH 3.1 APC RH 3.1 CD RH 3.1 SI RH 3.1 SQ RH 3.1 SR RH 3.1 y 3.2 CTRAD RH 3.1 AO</p>	<p>NÚMERO 149</p> <p>Sobre si es posible exhibir a las Entidades Acreditadoras registros centralizados de las capacitaciones.</p> <p>Los registros de asistencia a la capacitación pueden centralizarse. Sin embargo, lo que debe constatar en los Servicios Clínicos, no es la asistencia de las personas a capacitación, día por día, sino el registro de la cobertura y periodicidad de la capacitación al personal del establecimiento, todo ello con la finalidad que la jefatura respectiva tenga conocimiento de la cobertura de sus programas de capacitación y pueda diseñar y actualizarlos periódicamente.</p>

<p>RH 3.1 AC RH 3.1 AA RH 3.1 APC RH 3.1 CD RH 3.1 SI RH 3.1 SQ RH 3.1 SR RH 3.1 y 3.2 CTRAD RH 3.1 AO</p>	<p>NÚMERO 150</p> <p>Sobre qué porcentaje de cumplimiento de la cobertura de las capacitaciones se debe demostrar en el primer proceso de acreditación y con qué retrospectividad.</p> <p>La programación de la capacitación debe ser razonable y atingente a la realidad del prestador, de modo que se asegure la cobertura del 100% de capacitación en el plazo de 5 años. Por lo mismo, ello no significa que dicho programa deba estar ejecutado en su totalidad al momento en que la Entidad Acreditadora efectúe sus constataciones en terreno.</p> <p>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, si bien no se exige demostrar un determinado grado de cobertura mínima ya ejecutada, el prestador debe demostrar que ya ha iniciado las capacitaciones, toda vez que el segundo elemento medible se refiere a "capacitaciones realizadas".</p> <p>La retrospectividad de la evaluación de esta característica en el primer procedimiento de acreditación abarca un período de 6 meses.</p>
<p>RH 3.1 AC RH 3.1 AA RH 3.1 APC RH 3.1 CD RH 3.1 SI RH 3.1 SQ RH 3.1 SR RH 3.1 y 3.2 CTRAD RH 3.1 AO</p>	<p>NÚMERO 151</p> <p>Sobre cuál es la información mínima que debe solicitar la Entidad Acreditadora en cada Servicio clínico y de apoyo para constatar que el prestador cumple con la cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas al personal en los temas que exige la pauta de cotejo correspondiente. <i>NUEVA</i></p> <p>La información que debe solicitar la Entidad Acreditadora para constatar que el prestador cumple con la cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas al personal que se <u>desempeña al momento de la evaluación en terreno</u>, será al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número total de funcionarios clínicos con su fecha (mes) de ingreso al prestador evaluado. - Número de funcionarios clínicos capacitados, la fecha (mes) de su última capacitación y la fecha (mes) de su próxima capacitación. - Número de funcionarios no capacitados y fecha (mes) de capacitación programada.

	<p>Luego, debe verificar en los funcionarios capacitados, los verificables que den cuenta de dicha capacitación. La metodología a utilizar debe ser según se instruye en las Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno vigente.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>RH 4.1 AC RH 4.1 AA RH 4.2 AC RH 4.2 AA RH 4.1 SQ RH 4.2 SQ</p>	<p>NÚMERO 152</p> <p>Sobre la aplicabilidad de estas características atendiendo las diversas formas de presentación de los medicamentos antineoplásicos y los riesgos asociados a su manipulación por parte del personal.</p> <p>Estas características serán aplicables al personal involucrado en la preparación y administración de medicamentos antineoplásicos, específicamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personal encargado de la preparación de fórmulas parenterales y a quienes los asisten directamente en esa tarea. - Personal que administra el preparado en terapia oncológica parenteral y a quienes lo asisten en esa tarea de manera permanente. <p>Estas recomendaciones provienen del Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de Trabajadores Expuestos a Citosfácticos (Resolución exenta N°1093, MINSAL, 2016).</p>
<p>RH 4.1 AC RH 4.1 AA RH 4.1 CD RH 4.1 AO RH 4.1 LAPC</p>	<p>NÚMERO 153</p> <p>Sobre la aplicabilidad de estas características en el caso de formaldehído y xilol, y los riesgos asociados a su manipulación por parte del personal. <i>NUEVA</i></p> <p>Las exigencias de estas características aplican sobre Laboratorios de Anatomía Patológica y sus respectivas bodegas autorizadas conforme a la normativa vigente sobre almacenamiento de sustancias peligrosas, disponible en la página web del Ministerio de Salud: www.minsal.cl</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>

<p>RH 4.3 AC RH 4.2 APC RH 4.1 AO</p>	<p>NÚMERO 154</p> <p>Sobre que personal aplican las exigencias de esta característica, <i>MODIFICADA.</i></p> <hr/> <p>Las exigencias de la vacunación del personal, debe incluir tanto al personal permanente como transitorio, independiente de su relación contractual con el prestador institucional evaluado. Deben ser excluidos en la constatación de esta característica los alumnos de pregrado.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
---	--

ÁMBITO REGISTROS (REG)

<p>REG 1.1 AC REG 1.1 AA REG 1.1 APC REG 1.1 CD REG 1.1 SQ REG 1.1 SR REG1.1CTRAD REG 1.1 AO</p>	<p>NÚMERO 155</p> <p>Sobre la forma de constatar el cumplimiento de la característica REG 1.1, la cual dispone que "el prestador institucional cuenta con ficha clínica única e individual". <i>MODIFICADA</i></p> <hr/> <p>Como lo define el Artículo 12 de la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a su atención de salud, la Ficha Clínica es "el instrumento obligatorio en que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de una persona, que cumple la finalidad de mantener integrada la información necesaria para el otorgamiento de atenciones de salud al paciente".</p> <p>En ese contexto, la Entidad Acreditadora constatará para establecer el cumplimiento del Primer Elemento Medible de la Característica REG 1.1, que el prestador evaluado haya descrito en un documento de carácter institucional los procedimientos implementados para asegurar que la Ficha Clínica de los pacientes, permita a todo el personal que interviene en la atención directa del paciente, acceder a la integridad de los antecedentes que conforman dicha Ficha, es decir, a cada una de sus partes, independiente del soporte que se utilice (electrónico, papel o ambos), debiendo detallar aquellos registros que se encuentren en cada uno de los soportes. Tal atención directa, no solo se refiere a la atención clínica otorgada por profesionales universitarios, sino también a técnicos y administrativos que se encuentren directamente relacionados con la atención de salud de la persona que requieren el debido acceso a la información sensible contenida</p>
--	---

	<p>en la ficha clínica, cuando esos datos sean necesarios para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud.</p> <p>En el caso del soporte electrónico, el prestador institucional, igualmente debe garantizar que, el acceso, sea a través de un usuario y clave única e intransferible que permita realizar un seguimiento histórico (registro de entrada y salida) de todos los registros, incluidos los de servicios de apoyo como Laboratorios Clínicos o Servicios de Imagenología, entre otros, de tal manera que, todo personal, solo acceda a la parte de la ficha que por sus funciones establecidas en sus normas administrativas le permiten, no pudiendo en ningún caso compartir el usuario y clave o hacer público tales registros.</p> <p>Dicho documento deberá establecer los mecanismos que se emplearán para asegurar la identificación inequívoca de cada Ficha Clínica, considerando un código único de identificación, así como el procedimiento explícito de acceso para los profesionales involucrados en la atención del paciente. En caso que la Ficha Clínica se encuentre en más de un soporte, la Entidad constatará que se describa, además, cómo se vincularán sus diversas partes, asegurando el acceso a la integridad de la información por parte de ellos.</p> <p>Para la constatación del segundo elemento medible, la Entidad Acreditadora constatará que en el prestador evaluado se hayan aplicado los procedimientos descritos en el documento institucional, en cuanto a código único de identificación, al procedimiento de acceso y, de ser el caso, a la debida vinculación de las diversas partes.</p> <p>La antedicha interpretación resulta aplicable a los Sistemas de Fichas Clínicas Integradas en red, los cuales deben dar debido cumplimiento a las instrucciones de codificación, acceso, protección, almacenamiento y eliminación de los registros sensibles contenidos en cada ficha.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses después de la dictación de la presente Circular.</p>
<p>REG 1.1 AC REG 1.1 AA REG 1.1 APC REG 1.1 AO</p>	<p>NÚMERO 156</p> <p>Sobre si el Dato de Atención de Urgencia (DAU) es parte de la Ficha Clínica y, por tanto, objeto de evaluación según las exigencias de la Característica REG 1.1.</p> <p>Conforme a la definición de "Ficha Clínica" de los Glosarios de los Manuales de los Estándares de Acreditación vigentes, así como en cumplimiento de las exigencias de la Ley N°20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas, en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud, y lo ya aclarado en el numeral anterior, el Dato de Atención de Urgencia (DAU) constituye parte de la Ficha Clínica.</p>

REG 1.2 AC**NÚMERO 157**

Sobre qué registros, de los señalados en el primer elemento medible, le son aplicables a cada punto de verificación para la constatación de esta característica.

La Entidad Acreditadora deberá constatar el cumplimiento de las exigencias de los elementos medibles aplicables, respecto de los registros señalados con una X en cada punto de verificación:

	Dirección	PQ	UPC Ad	Med	Cir Ad	Ped	Obs Gine	Consultas	URG
Ingreso médico	X		X	X	X	X	X		
Protocolo operatorio	X	X							
Protocolo de anestesia	X	X							
Evolución diaria de paciente hospitalizado	X		X	X	X	X	X		
Epicrisis	X		X	X	X	X	X		
Registro de consultas profesionales ambulatorios	X							X	
Interconsultas	X		X	X	X	X	X	X	X
Atención de Urgencia	X								X
Hoja de Atención de Enfermería	X	X	X	X	X	X	X		

REG 1.2 AA**NÚMERO 158**

Sobre qué registros, de los señalados en el primer elemento medible, le son aplicables a cada punto de verificación para la constatación de esta característica.

La Entidad Acreditadora deberá constatar el cumplimiento de las exigencias de los elementos medibles aplicables, respecto de los registros señalados con una X en cada punto de verificación:

	Dirección o gerencia del prestador	Pabellón de CMA	Consultas ambulatorias	URG	Dental	Posta Rural
Protocolo operatorio	X	X				
Protocolo de Anestesia	X	X				
Registro de Consultas profesionales	X		X			X
Atención Dental	X				X	
Interconsultas	X		X	X	X	X
Atención de Urgencia	X			X		

REG 1.3 AC**NÚMERO 159**

Sobre qué registros, de los señalados en el primer elemento medible, le son aplicables a cada punto de verificación para la constatación de esta característica.

La Entidad Acreditadora deberá constatar el cumplimiento de las exigencias de los elementos medibles aplicables, respecto de los registros señalados con una X en cada punto de verificación:

	Pab de CM A	Pro End	Dental	APR	APQ	API	Cirugía Adulto	Med	Ped	Neo	Urg
Alta de la hospitalización							X	X	X	X	
Alta de tratamiento de Radioterapia y/o Quimioterapia				X	X						
Atención de Urgencia											X
Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios		X	X			X					
Cirugía Mayor Ambulatoria	X										

REG 1.3 AA**NÚMERO 160**

Sobre qué registros, de los señalados en el primer elemento medible, le son aplicables a cada punto de verificación para la constatación de esta característica.

La Entidad Acreditadora deberá constatar el cumplimiento de las exigencias de los elementos medibles aplicables, respecto de los registros señalados con una X en cada punto de verificación:

	Pabellón de CMA	Pro Endoscópicos	APR	APQ	API	URG
Alta de tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia			X	X		
Atención de Urgencia						X
Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios		X			X	
Cirugía Mayor Ambulatoria	X					

<p>REG 1.2 AC REG 1.2 AA</p>	<p>NÚMERO 161</p> <p>Sobre qué profesionales deben ser considerados en los Registro de Consultas profesionales para las exigencias de estas características. <i>NUEVA</i></p> <hr/> <p>En esta característica deben ser considerados al menos, todos los profesionales universitarios que realicen consultas ambulatorias.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses después de la dictación de la presente Circular.</p>
<p>REG 1.3 AC REG 1.3 AA</p>	<p>NÚMERO 162</p> <p>Sobre qué debe entenderse por Alta de tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia. <i>NUEVA</i></p> <hr/> <p>Para efecto de las constataciones de la exigencia de esta característica, debe entenderse por registro de Alta de tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia, el documento que da cuenta del alta final del Protocolo de quimioterapia y/o radioterapia o en caso de derivación a un tercero para finalizar dicho protocolo, independiente de la entrega de información de cada sesión.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>REG 1.4 AC REG 1.4 AA REG 1.4 APC REG 1.4 SQ REG 1.4 SR REG1.1CTRAD REG 1.4 AO</p>	<p>NÚMERO 163</p> <p>Sobre el plazo en que se debe guardar y respaldar la Ficha Clínica.</p> <hr/> <p>De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 11 del "REGLAMENTO SOBRE FICHAS CLÍNICAS", aprobado por el D.S. N°41/2012 del Ministerio de Salud: "Las fichas clínicas deben ser conservadas en condiciones que garanticen el adecuado acceso a las mismas, que se establece conforme a este reglamento, durante el plazo mínimo de quince años contados desde el último ingreso de información que experimenten."</p> <p>Lo anteriormente señalado, es aplicable a toda clase de prestadores de salud, tanto institucionales como individuales, ya sean del ámbito público como del privado, según lo expresa el Artículo 1° de ese Reglamento.</p>

<p>REG 1.4 AC REG 1.4 AA REG 1.4 APC REG 1.4 SQ REG 1.4 SR REG1.1CTRAD REG 1.4 AO</p>	<p>NÚMERO 164</p> <p>Sobre si el Sistema de Acreditación ha definido exigencias sobre custodia, respaldos, entrega y recepción en los casos de uso de Ficha Clínica electrónica. <i>MODIFICADA</i></p> <p>Las exigencias en relación a las Fichas Clínicas en materia de procedimientos para evitar pérdidas, mantener la integridad de los registros, su confidencialidad y el tiempo durante el cual se considera que los registros deben conservarse, rigen para los prestadores, cualquiera sea el tipo de soporte que utilicen para las Fichas Clínicas, ya sea que las lleven en soporte papel o informático.</p> <p>En caso de uso de Ficha electrónica, el prestador debe demostrar a la Entidad Acreditadora que cuenta con sistemas de respaldo que aseguran los atributos mencionados. Si el sistema de archivos electrónicos en el prestador evaluado se encuentre externalizado, no modifica en forma alguna la responsabilidad del prestador sobre el sistema de Fichas Clínicas.</p> <p>En el caso de que el prestador haya migrado de soporte de Ficha Clínica desde sistema físico (papel) a electrónico y digitalice los registros de la Ficha Clínica en papel, quedando incorporados como una imagen en la Ficha Clínica electrónica, no se hace necesario almacenar además tales antecedentes en formato papel, el cual puede ser eliminado según dispone la normativa vigente (Ley 20.584 MINSAL/2012, DS N°41 MINSAL/2012, Dictamen Contraloría General de la República N°062220N13 de 2013).</p> <p>Finalmente, de las materias referidas a la entrega y recepción interna, o sea, la gestión dentro de aquellos prestadores que solo cuentan con ficha en soporte electrónico, no aplicaría tales materias. Sin perjuicio de lo anterior, para dar no aplicabilidad a las materias antes señaladas, la entidad deberá constatar en terreno que no existe ningún registro en formato papel, lo que deberá dejar detallado por escrito en el Informe de Acreditación. Distinto es, el procedimiento de conservación de fichas clínicas, que simple aplica independiente de su soporte (Papel y/o electrónico).</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia a partir de la dictación de la presente Circular.</p>
<p>REG 1.4 AC REG 1.4 AA REG 1.4 APC REG 1.4 SQ REG 1.4 SR REG1.1CTRAD</p>	<p>NÚMERO 165</p> <p>Sobre qué aspectos se deben considerar respecto de la entrega de Ficha Clínica o parte de ésta a personas y organismos externos al prestador, que así lo solicitaren. <i>NUEVA</i></p>

REG 1.4 AO

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 13 de la Ley 20.584 que "Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud" /2012/Ministerio de Salud, la información contenida en la ficha clínica, de toda o parte de ella, será entregada o será accesible, total o parcialmente, a solicitud expresa de las personas y organismos que se indican a continuación, en los casos, forma y condiciones que se señalan:

- a) Al titular de la ficha clínica, a su Representante Legal o, en caso de fallecimiento del titular, a sus herederos.
- b) A un tercero debidamente autorizado por el titular, mediante poder simple otorgado ante notario o firmado a través de un sistema electrónico que garantice su autenticidad, de conformidad con lo dispuesto a la ley N°19.799, sobre documentos electrónicos, firma electrónica y servicios de certificación de dicha firma.
- c) A los tribunales de justicia, siempre que la información contenida en la ficha clínica se relacione con las causas que estuvieren conociendo.
- d) A los fiscales del Ministerio Público y a los abogados, previa autorización del juez competente, cuando la información se vincule directamente con las investigaciones o defensas que tengan a su cargo.
- e) Al Instituto de Salud Pública y al Ministerio de Salud, en el ejercicio de sus facultades.
- f) A la Superintendencia de Salud, para dar cumplimiento a las facultades fiscalizadoras sancionatorias que las leyes le otorgan respecto de los prestadores de salud.
- g) Al prestador individual y a los profesionales de salud que participen directamente en la atención de salud del paciente, para proporcionarles los datos que sean esenciales para garantizar la continuidad de su cuidado.

Las personas individualizadas en las letras a) y b) precedentes podrán requerir, de conformidad con la Ley N°19.628, la entrega gratuita y sin dilaciones indebidas de una copia íntegra de la información contenida en la ficha clínica, en un formato estructurado, de uso común y lectura legible, que sea susceptible de ser portado a otro sistema de ficha clínica o transmitirlos a otro prestador que se indique en la solicitud. En caso que la información se requiera para ser proporcionada a otro prestador, este requisito

	<p>se cumplirá con la entrega de la información necesaria para que el prestador autorizado pueda acceder de manera remota a la ficha clínica del paciente y extraer la información necesaria para garantizar la continuidad del cuidado del paciente.</p> <p>La entrega de la ficha o parte de ella, en caso de prestadores que mantiene la información en Sistemas de Fichas Clínicas Integradas en red, debe limitarse a las normas reglamentarias señaladas en el artículo 13 de la Ley 20.584, por tanto, la entrega de la ficha o parte de ella, solo puede ser de los registros del prestador donde se otorgó la atención de salud.</p> <p>Finalmente, según dispone Contraloría General de la República en el Dictamen (Dictamen REF 218960 de 2012), otros organismos públicos podrán acceder a las fichas clínicas o partes de ellas, solo sí, dentro de sus facultades Legales se señalare expresamente entre sus funciones el acceso a dicha información sensible, cuestión que debe ser acreditada caso a caso por parte del órgano que solicite la información. Para ello el órgano público o el prestador institucional interesado, debe solicitar un pronunciamiento a esta Intendencia a través del Sistema de Consultas técnicas sobre la Acreditación de Prestadores Institucionales disponible en la página web de la Superintendencia de Salud www.superdesalud.gob.cl</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia a partir de la dictación de la presente Circular.</p>
ÁMBITO SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)	
EQ 1.1 AC EQ 1.1 AA EQ 1.1 APC RH 2.1 LAPC	<p>NÚMERO 166</p> <p>Sobre qué personal técnico debe considerarse para la constatación de esta característica en lo referente a equipamiento de Laboratorio Clínico.</p> <hr/> <p>Para su cumplimiento se deben considerar como usuarios válidos, a aquellos profesionales consignados en el artículo N°18 del Decreto Supremo N°20/2012 (Reglamento de Laboratorios Clínico).</p>
EQ 1.1 AC EQ 1.1 AA EQ 1.1 APC EQ 1.1 CD EQ 1.1 LC EQ 1.1 SI	<p>NÚMERO 167</p> <p>Sobre qué equipos se deben considerar en el procedimiento para la adquisición de equipamiento.</p>

<p>EQ 1.1 SR EQ 1.1 SQ EQ 1.1 AO EQ 1.1 LAPC</p>	<p>Se deben considerar al menos, los equipos señalados en las características EQ 2.1 y EQ 2.2 de los diferentes estándares de acreditación independiente de la forma de adquisición o cómo se integra dicho equipo al prestador institucional (donación, comodato, etc.)</p>
<p>EQ 1.2 AC EQ 1.2 AA EQ 1.2 APC EQ 1.2 CD EQ 1.2 SI EQ 1.1 SQ EQ 2.2 AO</p>	<p>NÚMERO 168</p> <p>Sobre a qué equipos se refiere esta característica, críticos o relevantes. <i>NUEVA</i></p> <hr/> <p>Por un error de transcripción la característica menciona dos tipos de denominación de equipos, sin embargo, la Entidad Acreditadora debe limitarse a la constatación de los equipos que explícitamente señala el primer elemento medible.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>EQ 2.1 AC EQ 2.2 AC EQ 2.1 AA EQ 2.2 AA EQ 2.1 APC EQ 2.1 CD EQ 2.1 SI EQ 2.1 AO EQ 2.1 SR EQ 2.1 SQ</p>	<p>NÚMERO 169</p> <p>Sobre la periodicidad de la mantención preventiva de los equipos críticos y/o relevantes, señalados en las diferentes pautas de cotejo. <i>NUEVA</i></p> <hr/> <p>La periodicidad de la mantención preventiva de los equipos críticos y /o relevante señalados en las diferentes pautas de cotejo debe ser constatada por la Entidad Acreditadora al menos con una periodicidad conforme a la Norma Técnica sobre Mantenimiento Preventivo de Equipamiento Médico Crítico de la Ley 20.584 de 2012, Minsal, disponible en la página web del Ministerio de Salud: www.minsal.cl</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia un año después de la dictación de la presente Circular.</p>
<p>EQ 2.1 AC EQ 2.1 AA EQ 2.1 APC EQ 2.1 CD EQ 2.1 LC EQ 2.1 SI EQ 2.1 SR EQ 2.1 SQ EQ 1.1 SE EQ 2.1 AO EQ 2.1 LAPC</p>	<p>NÚMERO 170</p> <p>Sobre si el Programa de Mantenimiento Preventivo de los equipos debe incluir aquellos equipos que se encuentren en garantía y/o en comodato.</p> <hr/> <p>El Programa de Mantenimiento Preventivo debe incluir todo el equipamiento existente en la institución, por tanto, debe extenderse a todos los equipos indicados en esta característica que posea el prestador</p>

EQ 2.2 AC EQ 2.2 AA	incluyéndose, aquéllos que se encuentren o se hayan recibido en comodato o en su período de garantía.
EQ 2.1 AC EQ 2.1 AA EQ 2.1 APC	<p>NÚMERO 171</p> <p>Sobre qué debe entenderse por “ambulancia de urgencia” para los efectos de la constatación de esta característica. <i>MODIFICADA</i></p> <p>Para efectos de acreditación, “ambulancia de urgencia”, debe entenderse como todo aquel móvil tipo ambulancia ya sea que éste se destine a traslado de urgencia o no, e independiente de su equipamiento físico y de su recurso humano.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses después de la dictación de la presente Circular.</p>
EQ 2.1 AC EQ 2.1 AA EQ 2.1 APC	<p>NÚMERO 172</p> <p>Sobre si las ambulancias de “Servicio de Atención Médica de Urgencia” (SAMU) que prestan servicios al prestador que desee acreditarse, deben considerarse dentro de la constatación de esta característica.</p> <p>Dadas las particularidades técnico y de gestión de este Servicio, en la actualidad dichas ambulancias no deben incluirse dentro de las ambulancias de urgencia que se constatan en EQ 2.1.</p>
EQ 2.1 AC EQ 2.1 AA EQ 2.1 APC	<p>NÚMERO 173</p> <p>Sobre si la Revisión Técnica vigente de las ambulancias de urgencia constituye evidencia suficiente para constatar el mantenimiento preventivo de éstas y cuáles son al menos los aspectos a considerar en su mantención. <i>MODIFICADA</i></p> <p>La Revisión Técnica no constituye una mantención preventiva propiamente tal, para los efectos del Sistema de Acreditación, por lo que la Entidad Acreditadora no podrá dar por cumplida la exigencia contenida en el segundo y tercer elementos medibles de esta característica, si el prestador sólo cuenta con la revisión técnica vigente de sus ambulancias.</p> <p>Las actividades a programar deben incluir al menos, la mantención según señala el proveedor del móvil (en garantía y posteriormente, según recomendaciones de los manuales del fabricante del móvil) y la mantención de los sistemas de fijación y</p>

	<p>disposición del paciente, equipamiento de soporte y condiciones operativas del móvil.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia un año después de la dictación de la presente Circular.</p>
<p>EQ 2.1 AC EQ 2.1 AA EQ 2.1 APC</p>	<p>NÚMERO 174</p> <p>Sobre la aplicabilidad de esta característica sobre las ambulancias de urgencia de transporte aéreo, acuática o tipo furgón. <i>MODIFICADA</i></p> <hr/> <p>En la actualidad, las exigencias de EQ 2.1 no son aplicables a las ambulancias de urgencia de transporte aéreo, acuática o tipo furgón, considerando que la característica fue formulada para evaluar el mantenimiento preventivo del transporte terrestre de móviles tipo ambulancias.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia un año después de la dictación de la presente Circular.</p>
<p>EQ 2.1 AC EQ 2.1 AA EQ 2.1 APC EQ 2.1 CD EQ 2.1 SI EQ 2.1 SQ EQ 2.1 SR EQ 2.1 AO</p>	<p>NÚMERO 175</p> <p>Sobre si en el segundo elemento medible de la característica EQ 2.1 de los diferentes Manuales de Acreditación, debe entenderse comprendido entre los equipos críticos denominados como "Monitores-desfibriladores", el equipo "Desfibrilador Externo Automático" ("DEA"). <i>MODIFICADA.</i></p> <hr/> <p>El "DEA" debe entenderse comprendido, dentro de los equipos críticos denominados por los Estándares de Acreditación como "Monitores Desfibriladores", a fin de asegurar su mantenimiento preventivo considerando su eventual utilización en pacientes con riesgo vital.</p> <p>En el caso que el proveedor señale que el equipo no requiera mantención preventiva, igualmente el prestador evaluado debe realizar una mantención a nivel local que incluya al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambio de parches - Inspección funcionamiento de carga. - Cables de poder - Funcionalidad de la pantalla. <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>

EQ 2.1 AC	<p>NÚMERO 176</p> <p>Sobre si las exigencias de esta característica, aplican sobre ventiladores mecánicos no invasivos. NUEVA</p> <p>Dada la relevancia de asegurar el correcto funcionamiento de equipos de esta categoría, en el caso que el prestador cuente con ventiladores mecánicos no invasivos, la Entidad Acreditadora, procederá a constatar su respectiva mantención preventiva.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses después de la dictación de la presente Circular.</p>
EQ 2.1 SI	<p>NÚMERO 177</p> <p>Sobre qué equipos comprende los equipos de "Parámetros Vitales" del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales destinados al otorgamiento de Servicios de Imagenología NUEVA</p> <p>Para efecto de acreditación, debe entenderse como equipos de "Parámetros Vitales", aquellos equipos médicos que miden los signos vitales como presión arterial, frecuencia cardiaca, respiración y/o saturometría, excluyendo los de uso doméstico – desechables.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
EQ 2.2 AC EQ 2.2 AA EQ 3.1 AC EQ 3.1 AA	<p>NÚMERO 178</p> <p>Sobre si deben ser considerados los equipos de Autoclaves de Laboratorio y/o SEDILE (Servicios Dietéticos de Leche), en la evaluación de las características EQ 2.2 y EQ 3.1</p> <p>Los Autoclaves de Laboratorio, así como los SEDILE, deben ser considerados en la evaluación de las características EQ 2.2 y EQ 3.1, atendido que estos equipos igualmente se utilizan para la esterilización de material.</p>
EQ 2.2 AC EQ 2.2 AA	<p>NÚMERO 179</p> <p>Sobre si la evaluación de la característica EQ 2.2, debe considerar los equipos de medición de exámenes de Laboratorio Clínico que se utilizan directamente en las Unidades Clínicas.</p>

	Los equipos de medición de exámenes de Laboratorio Clínico que se utilizan directamente en las Unidades Clínicas, no son homologables a los equipos comprendidos en las actuales exigencias del Sistema de Acreditación. Por lo mismo, no se encuentran actualmente comprendidos en las evaluaciones exigidas por el Sistema de Acreditación.
ÁMBITO SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES (INS)	
INS 1.1 AC INS 1.1 APC	<p>NÚMERO 180</p> <p>Sobre si es admisible que el informe de evaluación del riesgo de incendio sea realizado por una empresa externa del área de la prevención, por un bombero u otro profesional del área de la prevención de riesgos.</p> <p>Es admisible, siempre que ese informe se entregue a la Compañía de Bomberos local y que a lo menos conste por escrito su recepción en dicha Compañía de Bomberos.</p>
INS 1.1 (todos los Estándares)	<p>NÚMERO 181</p> <p>Sobre cómo se constata la exigencia, respecto a la red seca y red húmeda, si el prestador institucional en evaluación sólo posee extintores.</p> <p>Sólo se debe constatar el cumplimiento de esta característica respecto de los dispositivos de control de incendio existentes en el prestador. Por tanto, en el caso planteado sólo corresponderá constatar la recarga vigente de extintores.</p>
INS 3.1 AC INS 3.1 AA INS 3.1 APC INS 3.1 LC INS 3.1 AO INS 3.1 CD INS 3.1CTRAD INS 3.1 SQ INS 3.1 SI INS 3.1 SR	<p>NÚMERO 182</p> <p>Sobre la periodicidad de la mantención preventiva de los ascensores en las diferentes pautas de cotejo. <i>NUEVA</i></p> <p>La periodicidad de la mantención preventiva de los ascensores señalados en las diferentes pautas de cotejo debe ser constatada por la Entidad Acreditadora conforme a la Ley que, Establece disposiciones para la instalación, mantención e inspección periódica de los ascensores y otras instalaciones similares, del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, disponible en la página web: www.minvu.gob.cl</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia un año después de la dictación de la presente Circular.</p>

<p>INS 3.1 Todos los Estándares</p>	<p>NÚMERO 183</p> <p>Sobre la aplicabilidad de esta característica, en aquellos prestadores insertos en una infraestructura o edificación que no corresponde exclusivamente a la de un prestador institucional de salud (ejemplo: un Centro Comercial, un edificio privado, etc.)</p> <p>En este caso igualmente le resultan aplicables las exigencias de INS 3.1, pudiendo exhibir a la Entidad Acreditadora, los antecedentes aportados por las administraciones de las dependencias físicas donde se encuentren.</p>
<p>INS 3.2 AC INS 3.2 AA INS 3.2 AO</p>	<p>NÚMERO 184</p> <p>Sobre la forma de constatación de la operación de los generadores de energía de emergencia. <i>NUEVA</i></p> <p>La forma a través de la cual la Entidad Acreditadora se crea la convicción de la operación de los generadores de energía de emergencia no es una sola. En primera instancia, para evaluar esta exigencia, la Entidad Acreditadora debe programar la ejecución de una prueba de funcionamiento de los generadores al momento de la constatación en terreno, realizando un corte de energía. Para ello, acordará con el prestador evaluado el día y hora del corte, debiendo proveerse todas las medidas tendientes a garantizar la seguridad, continuidad y calidad de la atención de los pacientes, familiares/acompañantes y funcionarios, no poniendo en ningún caso, en riesgo la atención. En caso que el prestador evaluado no pueda realizar la constatación por medio de un corte de energía de emergencia, entonces, la Entidad Acreditadora procederá a solicitar las pruebas programadas de corte de los generadores según instruye la normativa vigente de la Superintendencia de Energía y Combustible, ya sea un generador manual o automático. Dichas pruebas deberán ser exhibidas a la Entidad Acreditadora por el periodo retrospectivo.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia un año después de la dictación de la presente Circular.</p>

ÁMBITO SERVICIOS DE APOYO (AP)	
COMPONENTE LABORATORIO CLÍNICO (APL)	
APL 1.1 AC APL 1.1 AA APL 1.1 APC APL 1.1 CD APL 1.1 LC APL 1.1 SQ APL 1.1CTRAD	<p>NÚMERO 185</p> <p>Sobre la aplicabilidad de la compra de Servicios a terceros de Laboratorios Clínico Internacionales. NUEVA</p> <hr/> <p>Sobre la compra de Servicios a terceros de Laboratorios Clínico Internacionales no aplican las exigencias de estas características.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
APL 1.2 AC	<p>NÚMERO 186</p> <p>Sobre la constatación del cuarto elemento medible de esta característica en el punto de verificación "Toma de Muestra".</p> <hr/> <p>Por un error de transcripción la celda del cuarto elemento medible, en el punto de verificación "Toma de Muestra", se encuentra achurada.</p> <p>La Entidad Acreditadora constatará las exigencias del cuarto elemento medible de esta característica en el punto de verificación "Laboratorio Clínico" y/o "Toma de Muestra", dependiendo donde acudan los pacientes del Laboratorio Clínico.</p>
APL 1.2 AC APL 1.2 AA APL 1.2 APC GP 1.2 LC	<p>NÚMERO 187</p> <p>Sobre cuál es la información mínima que debe solicitar la Entidad Acreditadora para constatar en el primer elemento medible, en el(los) documento(s) los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado, incluyendo: Instrucciones de preparación del paciente, Procedimiento de toma de muestra para los exámenes realizados, Rotulación de las muestras, Conservación de las muestras, Traslado de las muestras y Criterios de rechazo de muestras. NUEVA</p> <hr/> <p>La información que debe solicitar la Entidad Acreditadora, para constatar que el prestador cumple, en el(los) documento(s) exigidos en el primer elemento medible, será al menos:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Verificación de la Cartera de prestaciones que realiza y deriva. - Selección al azar de 7 prestaciones para Instrucciones de preparación del paciente, Procedimiento de toma de muestra para los exámenes realizados, Rotulación de las muestras, Conservación de las muestras, Traslado de las muestras y Criterios de rechazo de muestras, por cada punto de verificación que le aplica al prestador institucional evaluado. <p>La exigencia sobre el primer elemento medible, solo se entenderá por cumplida si el prestador institucional cuenta con cada uno de los atributos exigidos en el primer elemento medible, para las prestaciones seleccionadas aleatoriamente.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>APL 1.3 AC APL 1.3 AA APL 1.3 APC GP 1.3 LC</p>	<p>NÚMERO 188</p> <p>Sobre cuál es la información mínima que debe solicitar la Entidad Acreditadora para constatar en el primer elemento medible, en el(los) documento(s) los procedimientos respecto de: Técnicas de ejecución de los exámenes, Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad, utilización de calibradores o controles cuando corresponda y Tiempos de respuesta de exámenes, será. NUEVA</p> <p>La información que debe solicitar la Entidad Acreditadora, para constatar que el prestador cumple, en el(los) documento(s) exigidos en el primer elemento medible, será al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificación de la Cartera de prestaciones para los exámenes realizados por el laboratorio. - Constatación de la aplicabilidad de los puntos de verificación asociados a las áreas técnicas de Laboratorio Clínico de acuerdo al numeral 41. - Selección al azar de 7 prestaciones por cada punto de verificación que le aplica al Laboratorio Clínico (Microbiología, Hematología y Bioquímica), respecto a las Técnicas de ejecución de los exámenes, Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad, utilización de calibradores o controles cuando corresponda y Tiempos de respuesta de exámenes <p>La exigencia sobre el primer elemento medible, solo se entenderá por cumplida si el Laboratorio cuenta con cada uno de los atributos</p>

	<p>exigidos en el primer elemento medible, para las prestaciones seleccionadas aleatoriamente.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>APL 1.3 AC APL 1.3 AA APL 1.3 APC GP 1.3 LC</p>	<p>NÚMERO 189</p> <p>Sobre cómo constatar las exigencias de estas características cuando el Laboratorio Clínico no realiza exámenes en las áreas técnicas que señala la pauta de cotejo como punto de verificación (Microbiología, Hematología, Bioquímica), pero que realizan otros tipos de exámenes correspondientes a otra(s) área(s) técnica(s), como por ejemplo Inmunología.</p> <p>Si el Laboratorio Clínico no ejecuta exámenes en ninguna de las áreas técnicas que se señalan como punto de verificación en esta característica, la Entidad Acreditadora procederá a constatar la característica considerando el área técnica que disponga el Laboratorio Clínico, asignando el resultado de su valoración en las columnas dispuestas en la pauta de cotejo (es decir, máximo tres, las cuáles serán definidas por el propio prestador).</p>
<p>APL 1.3 AC APL 1.3 AA APL 1.3 APC GP 1.3 LC</p>	<p>NÚMERO 190</p> <p>Sobre cómo constatar el segundo y tercer elemento medible de estas características, cuando el Laboratorio Clínico debido a su contexto asistencial, no realiza exámenes urgentes o provenientes de unidades críticas en alguna de las áreas técnicas que se señalan como punto de verificación (Microbiología, Hematología, Bioquímica).</p> <p>Si el Laboratorio Clínico declara no realizar exámenes urgentes o provenientes de unidades críticas, deberá presentar a la Entidad Acreditadora el fundamento de ello y en tal caso, la Entidad procederá a constatar para el segundo y tercer elemento medible que se haya formulado un indicador con su respectivo umbral, atingente a uno de los procedimientos señalados en el primer elemento medible (Técnicas de ejecución de los exámenes, Tiempo de Respuesta, Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda), así como la respectiva evaluación periódica de él.</p>

<p>APL 1.4 AC APL 1.4 AA APL 1.4 APC GP 1.4 LC APCs 1.3 AC</p>	<p>NÚMERO 191</p> <p>Sobre si para cumplir con el requisito de control de calidad externo, se debe estar necesariamente adscrito al Programa de Evaluación Externa de la Calidad del Instituto de Salud Pública (PEEC-ISP) y, si respecto de las determinaciones no consideradas en dicho programa es obligatorio para las instituciones comprar dichos servicios a empresas extranjeras. <i>MODIFICADA</i></p> <p>El programa de control externo de la calidad a que hacen referencia estas características no se refiere exclusivamente al que realiza el Instituto de Salud Pública, sino a cualquier programa de control de calidad equivalente a éste, ejecutado por empresas que pueden ser nacionales o extranjeras.</p> <p>En ese sentido, para dar por establecido razonablemente que el Laboratorio participa en un Programa de Control Externo de la Calidad se debe probar que la globalidad de los procesos que en él se ejecutan se encuentran sometidos a alguno de dichos programas, lo que significa que <u>ellos se adscriban, al menos, a un subprograma de cada Área Técnica, según las definiciones existentes en el PEEC-ISP.</u> A modo de ejemplo, si el Laboratorio realiza exámenes del Área de Química Clínica, debiera estar adscrito, al menos, al Subprograma de Química sanguínea o al de Química de orina cuantitativa, o a cualquier otro Subprograma de esa área.</p> <p>En el caso de que el Laboratorio Clínico no realice prestaciones asociadas a las Áreas Técnicas señaladas en el PEEC vigente del ISP, igualmente debe encontrarse adscrito a un Programa externo de evaluación de la calidad atingente a dichas prestaciones.</p> <p>*Debe tenerse presente que esta instrucción, igualmente aplican a las exigencias establecidas en la Característica APCs 1.3 AC, del Componente Centros de Sangre.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>APL 1.4 AC APL 1.4 AA APL 1.4 APC GP 1.4 LC APCs 1.3 AC</p>	<p>NÚMERO 192</p> <p>Sobre la forma de constatar la característica relativa a la participación del Laboratorio en un Programa de Control de Calidad Externo. <i>MODIFICADA</i></p> <p>La Entidad constatará el primer elemento medible exigiendo al prestador evaluado que haya participado en, al menos un Subprograma de cada área técnico-administrativa de la cual realiza prestaciones. Para tales efectos,</p>

	<p>es el prestador quien decidirá que Subprograma por área exhibirá a la Entidad.</p> <p>En cuanto a la constatación del segundo elemento medible, relativo al análisis y las acciones de mejora en caso de incumplimiento de los requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo en el período evaluado, la Entidad solicitará todos los resultados de los controles con incumplimiento del Programa de Control de Calidad, para evaluar si se realizó el análisis y acciones de mejora mencionadas.</p> <p>*Debe tenerse presente que esta instrucción, igualmente aplican a las exigencias establecidas en la Característica APCs 1.3 AC, del Componente Centros de Sangre.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>APL 1.4 AC APL 1.4 AA APL 1.4 APC GP 1.4 LC APCs 1.3 AC</p>	<p>NÚMERO 193</p> <p>Sobre qué resultados de los Controles de Calidad Externos adscritos al ISP deben constatarse las exigencias del Segundo Elemento Medible. <i>MODIFICADA</i></p> <p>El Segundo Elemento Medible de esas características únicamente deben ser constatados sobre los casos calificados como "Insatisfactorios" y no en aquéllos calificados como "cuestionables".</p> <p>*Debe tenerse presente que esta instrucción, igualmente aplican a las exigencias establecidas en la Característica APCs 1.3 AC, del Componente Centros de Sangre.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>APL 1.4 AC APL 1.4 AA APL 1.4 APC GP 1.4 LC APCs 1.3 AC</p>	<p>NÚMERO 194</p> <p>Sobre qué debe entenderse por "registros de participación en Programa de Evaluación Externa de la Calidad", para efectos de la constatación del primer elemento medible de estas características. <i>MODIFICADA</i></p> <p>Son aquellos documentos (en soporte papel o digital) que evidencian la participación del prestador evaluado en tales programas durante el período de retrospectividad evaluado, tales como informes de resultados, registros de envío, certificados de participación, u otros.</p>

	<p>*Debe tenerse presente que esta instrucción, igualmente aplican a las exigencias establecidas en la Característica APCs 1.3 AC, del Componente Centros de Sangre.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
COMPONENTE FARMACIA (APF)	
APF 1.2 AC APF 1.1 APC APF 1.2 AA APF 1.1 AO	<p>NÚMERO 195</p> <p>Sobre el carácter local o central del Comité de Farmacia, u otra estructura técnica semejante que cumpla dichas funciones, y la constatación de la exigencia contenida en el primer elemento medible de estas características.</p> <p>Atendiendo las diversas realidades a nivel nacional de los prestadores institucionales y la normativa vigente, sobre Organización y Funcionamiento de los Comités de Farmacia y Terapéutica, la Entidad Acreditadora, constará la formalización y funcionamiento del Comité de Farmacia u otra figura técnica semejante, los cuales pueden ser locales, es decir de dependencia directa del prestador o de dependencia de un tercero (por ejemplo, Direcciones Municipales), siempre que en este último caso exista participación directa del prestador evaluado.</p>
APF 1.3 AC APF 1.2 APC	<p>NÚMERO 196</p> <p>Sobre el sentido y alcance del concepto "stock mínimo" al que aluden estas características.</p> <p>En el Glosario de los diversos Manuales de los Estándares Generales de acreditación se define "stock mínimo de medicamentos e insumos", como la "existencia o reserva mínima de medicamentos e insumos clínicos que se debe mantener para asegurar el otorgamiento oportuno de un tratamiento médico impostergable".</p> <p>Por tanto, caen dentro de esta categoría, por ejemplo, los medicamentos e insumos (catéteres, sondas, etc.) relacionados con cuadros que demandan intervención oportuna e impostergable, los cuales deben ser definidos por cada prestador según su contexto clínico asistencial Ejemplo: Síndrome coronario, arritmias, retención urinaria aguda, Síndrome bronquial obstructivo agudo.</p>

	Dichos medicamentos e insumos, deberán estar disponibles de manera independiente a los carros de paro del prestador, atendido que éstos son para la atención exclusiva de un paro cardio-respiratorio.
APF 1.3 AC APF 1.2 APC	<p>NÚMERO 197</p> <p>Sobre a cuáles Unidades "críticas" se refiere esta característica.</p> <p>El prestador institucional debe definir, en un documento de carácter institucional, cuáles son las unidades de pacientes de mayor riesgo, en las que debe mantenerse el stock mínimo de medicamentos e insumos. Dicho stock debe estar definido de acuerdo a la clase de pacientes que se atienden en el prestador, comprendiendo entre tales Unidades al menos, a las Unidades de Paciente Crítico, pudiendo comprender además otras Unidades que atienden pacientes de mayor riesgo, tales como el Servicio de Urgencia, Pabellón Quirúrgico, Diálisis u otras que el propio prestador señale en su documento institucional.</p>
APF 1.5 AC APF 1.4 AA APF 1.4 APC APF1.2 CTRAD APF 1.2 AO	<p>NÚMERO 198</p> <p>Sobre si las muestras médicas de fármacos, insumos y/o biomateriales al interior de las consultas médicas deben cumplir con el ítem de almacenamiento establecido en estas características.</p> <p>Las consultas médicas no constituyen puntos de verificación, por tanto, estas características no aplican.</p>
APF 1.6 AC APF 1.5 AA APF 1.2 SQ	<p>NÚMERO 199</p> <p>Sobre la aplicabilidad de estas características para el caso de medicamentos antineoplásicos que son utilizados para patologías no neoplásicas, en todas sus presentaciones (oral, parenteral, etc.)</p> <p>La Entidad Acreditadora, deberá aplicar en sus evaluaciones las exigencias de estas características en el punto de verificación Farmacia, atendido que el riesgo de manejo de antineoplásicos es inherente a su acción farmacológica, independiente de su forma de presentación y vía de administración (oral, parenteral, etc.)</p>

APF 1.6 AC APF 1.7 AC APF 1.5 AA APF 1.2 SQ	<p>NÚMERO 200</p> <p>Sobre la aplicabilidad de las características cuando el prestador compra los preparados de nutrición parenteral y/o de medicamentos antineoplásicos.</p> <p>La Entidad Acreditadora, deberá llevar a cabo la evaluación de estas características, aun cuando el prestador evaluado compre a terceros los preparados de medicamentos antineoplásicos y nutrición parenteral. Cuando no cuente con Unidad 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>
COMPONENTE ESTERILIZACIÓN (APE)	
APE 1.2 AC APE 1.2 AA APE 1.2 APC APE 1.2 SI APE 1.2 AO	<p>NÚMERO 201</p> <p>Sobre si se puede considerar cumplido el primer elemento medible de estas características, cuando se efectúan en los servicios clínicos actividades previas al lavado centralizado. <i>MODIFICADA</i></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 materia orgánica visible, siempre que ello se efectúe por medio de arrastre mecánico con agua, evitando la manipulación innecesaria de los materiales y equipos.</p> <p>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 de uso hospitalario. La decisión de qué tipo de detergente se usará en esta práctica siempre debe ser indicada desde la central de esterilización.</p> <p>Es preciso señalar que, la centralización de procesos de Esterilización y Desinfección de Alto Nivel (DAN) implica organizar todas las etapas bajo una misma coordinación técnica-administrativa, garantizando el cumplimiento de la normativa vigente. Este enfoque permite uniformar criterios, optimizar recursos, y asegurar la calidad y seguridad en el procesamiento de dispositivos médicos, sin requerir necesariamente que los espacios están físicamente anexos.</p>

	<p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>APE 1.2 AC APE 1.2 AA APE 1.2 APC APE 1.2 AO APE 1.2 SI</p>	<p>NÚMERO 202</p> <p>Sobre si se aplican las exigencias de esta característica cuando los prestadores compran el proceso completo de esterilización. NUEVA</p> <p>Atendido lo previsto en el primer y segundo elemento medible de esta característica, la Entidad Acreditadora siempre deberá evaluar su cumplimiento aun cuando externalice los procesos de esterilización y/o compre material estéril desechable.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>APE 1.2 AC APE 1.2 AA APE 1.2 APC APE 1.2 SI APE 1.2 AO</p>	<p>NÚMERO 203</p> <p>Sobre si se cumplen las exigencias de esta característica cuando en un prestador existen autoclaves de sobremesa para el procesamiento de material clínico, instalados fuera del Servicio o Central de Esterilización.</p> <p>Atendido lo previsto en el segundo elemento medible de la característica, todos los equipos de esterilización para el procesamiento de material clínico deben estar en la Central de Esterilización.</p>
<p>APE 1.3 AC APE 1.3 AA APE 1.3 APC APE 1.3 AO</p>	<p>NÚMERO 204</p> <p>Sobre cuáles de los procedimientos señalados en el primer elemento medible de la característica deben ser evaluados en los prestadores que sólo compran material estéril desechable. MODIFICADA</p> <p>A estos prestadores sólo les aplica la constatación de los siguientes procedimientos contemplados en el primer elemento medible de esta característica: - <i>"Recepción de material esterilizado fuera de la institución"</i> y <i>"Distribución"</i>.</p> <p>La Entidad Acreditadora igualmente, deberá evaluar el cumplimiento del segundo y tercer elemento medible.</p>

	<p>Debe entenderse como material estéril desechable, aquellos dispositivos médicos estériles quirúrgicos, de curaciones, implantes y otros utilizados en procedimientos de alto riesgo o similares.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>APE 1.3 AC APE 1.3 AA APE 1.3 APC APE 1.3 AO</p>	<p>NÚMERO 205</p> <p>Sobre cuáles de los procedimientos señalados en el primer elemento medible de la característica, deben ser evaluados en los prestadores que compran a un tercero el proceso completo de esterilización (lavado, secado, inspección, preparación, esterilización).</p> <p>En estos casos, la Entidad Acreditadora sólo debe evaluar el primer elemento medible de dicha característica, en lo relativo a los procedimientos relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>"Transporte de material contaminado"</i> - <i>"Recepción de material esterilizado fuera de la Institución"</i> y - <i>"Distribución"</i>. <p>El documento a que se refiere dicho elemento medible debe estar basado en los documentos establecidos por la Central de Esterilización que procesa el material y a la cual se le compra dicho servicio.</p> <p>La Entidad Acreditadora, igualmente deberá evaluar el cumplimiento del segundo y tercer elemento medible.</p>
<p>APE 1.4 AC APE 1.4 AA APE 1.4 AO</p>	<p>NÚMERO 206</p> <p>Sobre cómo evaluar la característica, en un prestador que no cuenta con ninguno de los puntos de verificación expresados en la Pauta de Cotejo, sin embargo, almacena material estéril.</p> <p>La Entidad Acreditadora debe constatar la característica en el lugar de almacenamiento permanente de material estéril que haya determinado el prestador, utilizando la columna "Servicio de Esterilización" de la respectiva Pauta de Cotejo.</p> <p>Cuando ocurra esta situación, la Entidad Acreditadora deberá explicitar en el informe de acreditación, el lugar donde verificó dicho almacenamiento.</p>

<p>APE 1.4 AC APE 1.4 AA APE 1.4 APC APE 1.4 AO GP 1.3 SE</p>	<p>NÚMERO 207</p> <p>Sobre dónde se deben constatar las condiciones de seguridad, limpieza, iluminación, temperatura y humedad del almacenamiento de material estéril, para dar cumplimiento a las exigencias del estándar respectivo. NUEVA</p> <hr/> <p>La Entidad Acreditadora deberá constatar tales condiciones, en los puntos de almacenamiento del material estéril permanente (Ej. salas o bodegas de almacenamiento), lo que incluye los dispositivos médicos reprocesables y material desechable. Sin embargo, se excluye de la constatación de estas condiciones especiales en los puntos de almacenamiento transitorio (Ej. Carros de curación, carros de procedimientos invasivos, usados dentro de la jornada laboral).</p> <p>Asimismo, los prestadores que compran el servicio de esterilización, <u>en el caso del material reprocesable, esterilizado fuera de las instalaciones</u> y para Centrales de Esterilización sobre las cuales aplican las exigencias del <u>Estándar General de Servicios de Esterilización</u> que venden y por tanto distribuyen o trasladan en forma externa a otro prestador, la entidad, debe constatar en el momento de la evaluación en terreno, las condiciones de <u>almacenamiento del transporte</u>, lo cual se puede verificar directamente en los medios de transporte (ej. Móviles de traslado de material estéril), y en caso de ser necesario, a través de entrevistas del personal.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses después de la dictación de la presente Circular.</p>
<p>COMPONENTE TRANSPORTE DE PACIENTES (APT)</p>	
<p>Componente APT AC APT AA APT APC</p>	<p>NÚMERO 208</p> <p>Sobre si son objeto de evaluación los móviles del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) dependientes del Servicio de Salud respectivo, en el prestador público que desea acreditarse.</p> <hr/> <p>En tales casos, no aplica la evaluación del Componente APT de los diferentes Estándares, atendiendo las particularidades técnico-administrativas del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU).</p>

Componente APT AC APT AA APT APC APT CD	NÚMERO 209 Aplicabilidad del componente APT para el transporte aéreo y acuático de urgencia. En la actualidad las exigencias del componente APT no son aplicables a las ambulancias de urgencia de transporte aéreo y/o acuático, considerando que las características del componente fueron formuladas para evaluar el transporte terrestre de los prestadores.
APT 1.1 AC APT 1.1 AA APT 1.1 APC APT 1.1 CD APT 1.1 SR APT 1.1 SQ	NÚMERO 210 Sobre si es un requisito del sistema comprar servicios de transporte de ambulancias, cuando el prestador no cuenta con móviles propios. <i>NUEVA</i> Dada que la gestión del traslado, no puede ser delegada en los pacientes o tutores responsables, y en cumplimiento a resguardar la seguridad de la derivación de los pacientes que presenten urgencias que excedan la capacidad de resolución del prestador, en los casos en que el establecimiento, no cuente con móviles propios para trasladar los pacientes, entonces, siempre deberá garantizar el traslado, ya sea, por medio de la compra de este servicio u otro medio formal. Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses después de la dictación de la presente Circular.
APT 1.2 AC APT 1.2 AA APT 1.2 APC	NÚMERO 211 Sobre la interpretación de la frase "límites de responsabilidad establecidos" en el primer elemento medible. <i>MODIFICADA</i> Tal como en todas las normas del sistema, la intención de esta característica es velar por la seguridad de los pacientes. En este caso se trata de evitar que se produzcan vacíos, en el proceso de entrega de los pacientes desde un prestador a otro, por ejemplo, que los pacientes queden en salas de espera, o que las ambulancias deban esperar durante largo tiempo la decisión de hospitalización de un paciente. De este modo, debe entenderse que la responsabilidad llegará hasta la entrega formal del paciente al prestador que lo recibe y no, solamente el ingreso administrativo de la camilla a dicho prestador, sin embargo, tener presente, que el prestador, no está exento de responsabilidad, dado que ya está en sus instalaciones.

	<p>Dado que la característica exige la existencia de un documento de carácter institucional que fije, entre otras materias, los límites de responsabilidad en la entrega de los pacientes, la intención de esta exigencia, es que las decisiones técnico sanitarias relativas a dicha entrega sean protocolizadas y no llevadas a cabo de manera circunstancial o arbitraria por los tripulantes de los vehículos de emergencia.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses después de la dictación de la presente Circular.</p>
<p>APT 1.2 AC APT 1.2 AA APT 1.2 APC</p>	<p>NÚMERO 212</p> <p>Sobre si se aplica esta característica a un prestador cuando el servicio de transporte se encuentra externalizado. <i>MODIFICADA</i></p> <p>Dada la importancia de garantizar las medidas mínimas de traslado de los pacientes, desde los establecimientos donde son atendidos, igualmente resultan aplicables las exigencias de esta característica.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses después de la dictación de la presente Circular.</p>
<p>COMPONENTE DIÁLISIS (APD)</p>	
<p>APD 1.2. AC</p>	<p>NÚMERO 213</p> <p>Sobre si a un prestador institucional de atención cerrada, que externaliza los servicios de diálisis de pacientes crónicos, le es aplicable la característica.</p> <p>Cuando un prestador externaliza tales servicios, derivando a los pacientes a un Centro de Diálisis fuera de las dependencias del prestador institucional que desea acreditarse, esta característica no resulta aplicable.</p>
<p>APD 1.4 AC APD 1.4 AA GCL 1.3 CD</p>	<p>NÚMERO 214</p> <p>Sobre cuál es la "regulación vigente" a que hace referencia el segundo elemento medible de esta característica.</p> <p>La regulación vigente a que se refiere dicho elemento medible es la que se contiene al respecto en el Reglamento sobre Centros de Diálisis,</p>

aprobado por el D.S. N°45, de 2017, del Ministerio de Salud, modificado por el Decreto Supremo N°39, de 2019, de ese mismo Ministerio.

COMPONENTE ANATOMÍA PATOLÓGICA (APA)

**APA 1.2 AC
APA 1.2 AA
GP 1.4 SI
APA 1.2 AO**

NÚMERO 215

Sobre la aplicabilidad de la característica, en el caso de prestadores que no poseen Servicio de Anatomía Patológica y donde las biopsias obtenidas en el establecimiento, se envían a distintos prestadores de servicios de Anatomía Patológica para su análisis. *MODIFICADA*

El Sistema de Acreditación, persigue que el prestador institucional proporcione seguridad a los pacientes respecto de todas las prestaciones que se otorgan en él, lo que incluye la seguridad de las biopsias obtenidas por el prestador, aun cuando el análisis de las mismas sea realizado por terceros. Por lo mismo, el prestador institucional que desee acreditarse, aun cuando el análisis de las biopsias que se tomaron en él, no se efectúen en ese mismo establecimiento, deberá dar cumplimiento a la característica.

Asimismo, en esta situación recordamos que deben ser aplicables las características para los **respectivos estándares**:

- **GCL 1.11 AC o GCL 1.8 AA o GCL 1.7 AO, relativa al registro, rotulación, traslado y recepción de las biopsias.**
- **GCL 2.3 AC o GCL 2.2 AA y AO o GP 2.1 SI sobre vigilancia de eventos adversos.**
- **APA 1.1 AC, AA, AO y SI**
- **AOC 1.3 AC-SI, o AOC 1.2 (AA-AO) sobre notificación oportuna de situaciones de riesgo detectadas a través de exámenes diagnósticos.**

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.

APA 1.3 AC APA 1.3 AA APA 1.3 AO	<p>NÚMERO 216</p> <p>Sobre a qué tipo de control de calidad se refiere la exigencia contenida en el primer elemento medible de esta característica.</p> <p>Las Entidades Acreditadoras, deberán constatar exclusivamente el protocolo de control de calidad interno.</p>
APA 1.4 AC APA 1.4 AA APA 1.4 AO	<p>NÚMERO 217</p> <p>Sobre la aplicabilidad de estas características, cuando se compra la etapa analítica de Laboratorio de Anatomía Patológica. <i>NUEVA</i></p> <p>La Entidad Acreditadora, debe evaluar la aplicabilidad de la exigencia de APA 1.4, a los laboratorios satélites que se encuentran dentro de los pabellones quirúrgicos y que almacenen formaldehído y/o xilol, temporal o permanentemente, según establece la normativa vigente sobre almacenamiento de sustancias peligrosas, disponible en la página web del Ministerio de Salud: www.minsal.cl</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses después de la dictación de la presente Circular.</p>
Componente APA AC APA AA APA AO	<p>NÚMERO 218</p> <p>Sobre la aplicabilidad del Componente APA a las muestras obtenidas para realizar biopsias intraoperatorias (rápidas). <i>NUEVA</i></p> <p>Sobre las muestras obtenidas para la realización de biopsias intraoperatorias (rápidas), aplican todas las exigencias del punto de verificación APA, en todas sus etapas, inclusive cuando el prestador, no cuenta con Servicio de Anatomía Patológica.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, la Entidad Acreditadora, debe evaluar la aplicabilidad de la exigencia de APA 1.4, a los laboratorios satélites que se encuentran dentro de los pabellones quirúrgicos y que almacenen formaldehído y/o xilol, temporal o permanentemente, según establece la normativa vigente sobre almacenamiento de sustancias peligrosas, disponible en la página web del Ministerio de Salud: www.minsal.cl</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses después de la dictación de la presente Circular.</p>

COMPONENTE QUIMIOTERAPIA (APQ)	
APQ 1.3 AC APQ 1.3 AA	<p>NÚMERO 219</p> <p>Sobre la aplicabilidad de la Característica APQ 1.3, en aquellos prestadores que administren medicamentos antineoplásicos, por vía parenteral, intratecal y/o intravítrea, para patologías que no constituyen neoplasias malignas, por ejemplo, en el caso de la Artritis Reumatoide.</p> <hr/> <p>Si bien el riesgo de administración es inherente a la acción farmacológica e independiente del objetivo terapéutico, atendida las diferentes estructuras organizativas de los prestadores, la aplicabilidad de la característica se limita a aquellos medicamentos antineoplásicos utilizados en el contexto de un protocolo de quimioterapia, es decir para el tratamiento de patologías oncológicas.</p> <p>En cualquier caso, si bien no será materia de constatación, constituye una buena práctica que los prestadores institucionales que administren tratamientos antineoplásicos por las vías de administración antes señaladas para patologías no neoplásicas, igualmente protocolicen los procedimientos de administración y disposición y eliminación.</p> <p>Se instruye, igualmente, a las Entidades Acreditadoras, que deben excluir de la aplicabilidad de esta característica el tratamiento antineoplásico por vía oral.</p>
COMPONENTE IMAGENOLOGÍA (API)	
API 1.2 AC API 1.2 AA GP 1.5 SI	<p>NÚMERO 220</p> <p>Sobre qué procedimientos, deben constatarse en la exigencia del primer elemento medible de esta característica relativa a los procedimientos a realizar para prevenir eventos adversos asociados, al uso de medio de contraste endovenoso.</p> <hr/> <p>Deben constatarse todas aquellas actividades, que el prestador haya establecido para tal efecto, las cuales pueden incluir: aplicación de encuestas de riesgo, protocolización del procedimiento de instalación de vía venosa, entre otras.</p>

API 1.3 AC API 1.3 AA	<p>NÚMERO 221</p> <p>Sobre si aplican las exigencias de esta característica cuando el prestador no cuenta con un Servicio de Imagenología y deriva a sus pacientes a un tercero para realizar la prestación. NUEVA</p> <p>En cumplimiento a resguardar la correcta ejecución de los exámenes de Imagenología, cuando el prestador no cuenta con un Servicio de Imagenología y deriva a sus pacientes a un tercero para realizar la prestación, igualmente aplica la característica aludida, específicamente, respecto de “Los requisitos que deben cumplir las solicitudes de exámenes”, en cuyo caso deberá al mismo tiempo, establecer un indicador, umbral y realizar la evaluación periódica de dicho procedimiento.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses después de la dictación de la presente Circular.</p>
COMPONENTE KINESIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN KINÉSICA (APK)	
APK 1.2 AC APK 1.2 AA APK 1.3 AC APK 1.3 AA	<p>NÚMERO 222</p> <p>Sobre la aplicabilidad de estas características, en los casos de prestadores institucionales que no poseen Unidades de Kinesioterapia, pero compran dichos servicios a profesionales debidamente habilitados.</p> <p>Si las prestaciones compradas se efectúan, dentro de las dependencias del prestador, son aplicables a dicho prestador las características APK 1.2 y APK 1.3. Si las prestaciones se entregan fuera del establecimiento, sólo le es aplicable la característica APK 1.1, sobre compra de servicios a terceros.</p>
COMPONENTE MEDICINA TRANSFUSIONAL APTR /COMPONENTE ATENCIÓN DE DONANTES APDS/ COMPONENTE CENTROS DE SANGRE APCs	
APTr AC APTr AA APDs AC APDs AA APCs AC	<p>NÚMERO 223</p> <p>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).</p>

	<p>a) Se evaluará como Centro de Sangre si sólo realiza la producción y no realiza Atención de Donantes ni administra transfusiones;</p> <p>b) Se evaluará como Centro de Sangre y Unidad de Atención de Donantes si hace las funciones productivas y además atiende donantes;</p> <p>c) Se evaluará como Centro de Sangre, Unidad de Atención de Donantes y Unidad de Medicina Transfusional si realiza las tres funciones;</p> <p>d) Se evaluará como Centro de Sangre y Unidad de Medicina Transfusional si realiza funciones productivas y administra las transfusiones;</p> <p>e) Se evaluará como Unidad de Medicina Transfusional si sólo administra las transfusiones;</p> <p>f) Se evaluará como Unidad de Medicina Transfusional y Unidad de Atención de Donantes, si administra transfusiones, y atiende donantes; y</p> <p>g) Se evaluará como Unidad de Atención de Donante si sólo atiende Donantes.</p> <p>Asimismo debe entenderse que la trazabilidad inequívoca, (entendida como un sistema organizado de registros, que permite ubicar e identificar inequívocamente la sangre y sus componentes en cualquier etapa del proceso, desde el donante que lo origina hasta el receptor del componente específico y viceversa), es transversal, independiente de la etapa de la prestación que otorgue el establecimiento, entendiéndose por esto que resulta aplicable la trazabilidad completa, si en él, se realiza cualquiera de las etapas de APT_r, APD_s y/o APC_s.</p>
<p>APT_r AC APT_r AA APD_s AC APD_s AA APC_s AC</p>	<p>NÚMERO 224</p> <p>Sobre qué características de los Componentes APT_r, APD_s y APC_s, 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 por el tercero al cual le compra la prestación.</p> <p>En tales casos resultan aplicables las características relativas a la compra, procedimientos de transfusión y trazabilidad de los hemocomponentes, esto es, las Características APT_r 1.1, APT_r 1.2 y APT_r 1.3.</p>

COMPONENTE ATENCIÓN DE DONANTES (APDs)

APDs 1.1 AC
APDs 1.1 AA
APDs 1.2 AC
APDs 1.2 AA

NÚMERO 225

Sobre qué características del Componente "Unidad de Donantes de Sangre (APDs)", del Ámbito de Servicios de Apoyo, de los Estándares Generales de Atención Cerrada y Abierta, resultan aplicables y constatables, respecto de los procedimientos de donación de hemocomponentes por aféresis.

Como dicho procedimiento se encuentra ligado a la figura de un donante, para efectos de un proceso de acreditación, la Entidad Acreditadora constatará que el prestador, haya incluido los procedimientos de donación por aféresis en el cumplimiento de las exigencias de las características evaluadas en el Componente APDs, independiente de que los procedimientos no se lleven a cabo en la Unidad de Donantes o el prestador no cuente con dicha Unidad.

En el caso de prestadores de Atención Cerrada que no cuenten con atención de donantes de sangre, pero realicen procedimientos de donación de hemocomponentes por aféresis, les será aplicable, además, la característica CAL 1.2, en el punto de verificación APDs.

VI. Aclaraciones e Interpretaciones específicas por ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN

ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS CLÍNICOS

LC

NÚMERO 226

Sobre la evaluación de las Tomas de Muestras del Laboratorio Clínico que se encuentran en dependencias de un tercero de atención cerrada o abierta.

Si el Laboratorio Clínico, cuenta con Tomas de Muestras en dependencias de un tercero de atención cerrada o abierta que ha incluido o incluirá dichas Tomas de Muestras en su respectivo proceso de acreditación, **la Entidad Acreditadora no deberá considerar dichas Tomas de Muestras para efectos del proceso de acreditación del Laboratorio Clínico.** Ejemplo: toma de muestras en un CESFAM que incluyó en su proceso de acreditación dicha toma.

<p>Característica obligatoria</p>	<p>NÚMERO 227</p> <p>Sobre cuál es la sexta característica obligatoria del Manual de Acreditación de Laboratorios Clínicos</p> <p>Por un error de numeración, en el antedicho Manual la sexta característica obligatoria es identificada con un código equivocado, toda vez que se la identifica con el código "AOC 1.2", en circunstancias que el código correspondiente a la característica que debe ser cumplida obligatoriamente es "AOC 1.3", referida al procedimiento de notificación de resultados críticos.</p>
<p>GP 1.3 LC</p>	<p>NÚMERO 228</p> <p>Sobre cómo constatar el segundo y tercer elemento medible de esta característica, cuando el Laboratorio Clínico debido a su contexto asistencial, no realiza exámenes urgentes o provenientes de unidades críticas en alguna de las áreas técnicas que se señalan como punto de verificación (Microbiología, Hematología, Bioquímica).</p> <p>Si el Laboratorio Clínico, declara no realizar exámenes urgentes o provenientes de unidades críticas, deberá presentar a la Entidad Acreditadora el fundamento de ello y en tal caso dicha Entidad procederá a constatar para el segundo y tercer elementos medibles que se haya formulado un indicador con su respectivo umbral, atingente a uno de los procedimientos señalados en el primer elemento medible (Técnicas de ejecución de los exámenes, Tiempo de respuesta de exámenes, Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda), así como la respectiva evaluación periódica de él.</p>
<p>GP 1.7 LC</p>	<p>NÚMERO 229</p> <p>Sobre la participación de qué profesionales, debe considerar la Entidad Acreditadora en la constatación del segundo y tercer elemento medible de esta característica</p> <p>Para el cumplimiento de esta característica, se deben considerar como usuarios válidos, a aquellos profesionales consignados en el artículo N°18 del Decreto Supremo N°20/2012 (Reglamento de Laboratorios Clínicos).</p>

<p>AOC 1.1 LC AOC 1.2 LC RH 3.1 LC</p>	<p>NÚMERO 230</p> <p>Sobre qué características del Estándar de Laboratorios Clínicos en la cuáles "Dirección" constituye un punto de verificación, no le son aplicables a aquellos Laboratorios Clínicos que exclusivamente realizan la etapa analítica y post analítica, no contando con Toma de Muestras, ni atención directa de pacientes.</p> <p>En este caso se excluyen de la constatación, aquellas características que en sus enunciados explicitan su aplicabilidad en el contexto de la atención directa a pacientes, las cuales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AOC 1.1 referida a procedimientos explícitos, para proveer atención inmediata a pacientes en situaciones de emergencia, - AOC 1.2 referida a procedimientos explícitos, para priorizar la atención de los pacientes, y - RH 3.1 referida al programa de capacitación, en reanimación cardiopulmonar destinada al personal que participa en atención directa de pacientes.
<p>AOC 1.2 LC</p>	<p>NÚMERO 231</p> <p>Sobre si aplica esta característica a un Laboratorio Clínico, cuyo tiempo de espera es breve o atiende a pacientes de bajo riesgo.</p> <p>Todos los Laboratorios que deseen acreditarse, deben definir y utilizar un sistema de priorización de la atención de sus pacientes, de conformidad a la exigencia que esta característica indica.</p>
<p>RH LC</p>	<p>NÚMERO 232</p> <p>Sobre cómo se debe evaluar el Ámbito "Competencias del Recurso Humano", en los Laboratorios que venden servicios a terceros y administran directamente las salas de tomas de muestras, que en estos terceros se encuentran.</p> <p>Son constatables todas las características del ámbito RH.</p>

<p>INS 1.1 LC</p>	<p>NÚMERO 233</p> <p>Sobre la aplicabilidad de esta característica en el Estándar de Laboratorios Clínicos, en aquellos prestadores que no poseen el punto verificación "Toma de Muestras", ya sea en sus instalaciones o fuera de ellas.</p> <hr/> <p>Atendida la relevancia de la exigencia contenida en la característica INS 1.1 y que en ella figura "Toma de Muestras" como único punto de verificación, en el caso que el prestador evaluado no cuente con dicho punto, ya sea al interior de sus dependencias o fuera de ellas, la Entidad Acreditadora igualmente constatará dicha característica.</p> <p>INS 1.1 "Plan de prevención de incendios": se constatará el primer y segundo elementos medibles donde el prestador institucional lo determine; y el tercer elemento medible donde corresponda por la organización estructural del prestador.</p> <p>En tales casos, para efectos de la sumatoria del puntaje, el resultado de la evaluación se consignará en una de las columnas que contemple la característica.</p>
<p>ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN PARA CENTROS DE DIÁLISIS</p>	
<p>GCL 1.6 CD</p>	<p>NÚMERO 234</p> <p>Sobre la aplicabilidad de la característica GCL 1.6, en aquellos prestadores de Centros de Diálisis que indican transfusiones a sus pacientes, pero que los derivan a otro prestador para realizar el procedimiento de transfusión.</p> <hr/> <p>En consideración a la relevancia que para la seguridad de los pacientes en hemodiálisis tiene la estandarización de los criterios de indicación médica de transfusión, la Entidad Acreditadora debe constatar los tres elementos medibles de la característica GCL 1.6, aun cuando en el prestador solo se efectúe la indicación y no la administración de la transfusión.</p>
<p>AOC 1.1 CD INS 2.1 CD RH 4.2 CD</p>	<p>NÚMERO 235</p> <p>Sobre si la Entidad Acreditadora, para evaluar el cumplimiento de las características AOC 1.1, INS 2.1 y RH 4.2 en la evaluación de los Centros de Diálisis, solo debe constatar sus exigencias en el Punto de Verificación "Dirección o Gerencia del Prestador".</p>

	<p>La Entidad Acreditadora, para evaluar el cumplimiento de las características de los Estándares Generales de Acreditación para Centros de Diálisis, 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>
RH 2.1 CD	<p>NÚMERO 236</p> <p>Sobre la retrospectividad que debe constatar la Entidad Acreditadora en los procesos de acreditación, respecto del segundo elemento medible de esta característica.</p>
	<p>La retrospectividad que se debe constatar para el segundo elemento medible de RH 2.1 para los procesos de acreditación en los Centros de Diálisis, es de un año.</p>
EQ 2.1 CD	<p>NÚMERO 237</p> <p>Sobre si el (los) estanque(s) de agua deben ser considerados como equipo de tratamiento de agua y por ende incorporado en el programa de mantenimiento preventivo del Centro.</p>
	<p>Considerando que los equipos de tratamiento de agua son todos aquellos que forman parte del circuito y permiten la obtención y eventual almacenamiento de agua, que cumple con los estándares de calidad química y bacteriológica exigidos para hemodiálisis, el (los) estanque(s) de agua, deben ser considerados dentro de estos.</p> <p>En consecuencia, los estanques de agua deben ser incorporados al Programa de Mantenimiento Preventivo exigido en esta característica, con las actividades pertinentes para ello, ya sea desinfección u otra establecida por el respectivo proveedor.</p>
<p>ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES DE ATENCIÓN PSQUIÁTRICA CERRADA</p>	
APC	<p>NÚMERO 238</p> <p>Sobre qué debe considerarse como "Sala de procedimientos", en la Pauta de Cotejo del Estándar General de Acreditación para Prestadores de Atención Psiquiátrica Cerrada".</p>
	<p>Son aquella(s) dependencia(s) que el prestador de Atención Psiquiátrica Cerrada, haya implementado y destinado para realizar los procedimientos de terapia electroconvulsivante y tratamientos aversivos.</p>

<p>DP 2.1 APC</p>	<p>NÚMERO 239</p> <p>Sobre qué debe entenderse, por “tratamientos con eventos adversos complejos”, señalados en los Elementos Medibles de la Característica DP 2.1, a efectos de la obtención del consentimiento informado, en el Estándar de Acreditación para Prestadores de Atención Psiquiátrica Cerrada.</p> <p>Considerando lo dispuesto en el “Reglamento de Internación de personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan” (aprobado por el D.S. N°570, de 1998, del Ministerio de Salud) y en la Norma Técnica para el Uso Clínico de Clozapina, contenida en el “Programa Nacional de Antipsicóticos Atípicos” (MINSAL, 2000), debe entenderse que el “tratamiento con eventos adversos complejos” comprende al menos, el tratamiento farmacológico con Clozapina.</p>
<p>DP 1.3</p>	<p>NÚMERO 240</p> <p>Sobre cómo debe constatarse el tercer elemento medible de esta característica, considerando que son recomendaciones emanadas de una Comisión externa al prestador.</p> <p>La Entidad Acreditadora, constatará si existen o no recomendaciones formuladas al prestador en evaluación, por parte de la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y que, en la eventualidad de que existan tales recomendaciones, éstas se hayan cumplido. En caso de no existir recomendaciones en el período evaluado, la Entidad Acreditadora, debe verificar que exista un registro emitido por dicha Comisión que declare dicha situación. En caso de no existir una Comisión en la región del prestador evaluado, deberá acudir a la Comisión Nacional.</p>
<p>REG 1.2 APC</p>	<p>NÚMERO 241</p> <p>Sobre el cuarto elemento medible de la característica REG 1.2 del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada, relativo a la constatación de la legibilidad y contenidos mínimos de protocolos operatorios y epicrisis.</p> <p>Por un error de transcripción en la Pauta de Cotejo de la Característica REG 1.2 del Estándar antedicho, se exige constatar los “protocolos operatorios”, en circunstancias que la Entidad Acreditadora en estos</p>

	casos sólo debe constatar la legibilidad y contenidos mínimos de las epicrisis.
ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES QUE OTORGAN ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	
DP 2.1 AO	NÚMERO 242 Sobre qué pabellones deben ser considerados en el punto de verificación de esta característica. <i>NUEVA</i>
	Por error de transcripción en el texto del Estándar en el punto de verificación Pabellón de Cirugía Menor deben ser considerados Pabellones de Cirugía menor y Pabellones de Cirugía Mayor Ambulatoria. Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.
GCL 1.2 AO	NÚMERO 243 Sobre si deben incluirse los anestésicos administrados en la cavidad bucal en el contexto de la atención odontológica, en el primer elemento medible donde se señala "Administración de medicamentos por vía endovenosa, intramuscular y/o subcutánea".
	La exigencia del primer elemento medible de esta característica, no considera los anestésicos administrados en la cavidad bucal en el contexto de la atención odontológica.
GCL 2.1 AO	NÚMERO 244 Sobre qué debe entenderse por "Pausa de Seguridad" en esta característica.
	Es el propio prestador institucional que otorga atención odontológica el que deberá definir la "Pausa de Seguridad" que aplicará en el establecimiento, y cómo lo registrará de acuerdo con sus recursos y realidad asistencial.

RH 4.1 AO	<p>NÚMERO 245</p> <p>Sobre la aplicabilidad de esta característica, cuando en el prestador institucional existe una "Sala de Yeso" para fines Odontológicos y no un "Laboratorio Dental".</p> <hr/> <p>Considerando la importancia que, para la seguridad del personal, posee el Programa de Control de Riesgos, en el caso de aquellos prestadores que no cuentan con un "Laboratorio Dental", pero cuenten con "Sala de Yeso" en sus instalaciones, la Entidad Acreditadora, constatará la exigencia de la característica RH 4.1 del Estándar para Prestadores Institucionales que otorgan Atención Odontológica en la Sala de Yeso, y asignará el puntaje de su evaluación en la columna correspondiente al punto de verificación "Laboratorio Dental".</p>
REG 1.2 AO	<p>NÚMERO 246</p> <p>Sobre qué procedimientos o intervenciones quirúrgicas, deben considerarse en la constatación del primer elemento medible, donde dice "Protocolo Operatorio (CMA)".</p> <hr/> <p>La característica es aplicable exclusivamente a los procedimientos e intervenciones quirúrgicas que se realicen bajo anestesia regional, por ejemplo, se deben incluir aquellos procedimientos odontológicos como Exodoncia 3º molares (incluidos), Plastia de comunicación bucosinusal, Cirugía apical y pararradicular, entre otros.</p>
REG 1.2 AO	<p>NÚMERO 247</p> <p>Sobre qué debe considerarse como "Informe de Exámenes Complementarios", en la constatación del primer elemento medible de esta característica.</p> <hr/> <p>Son todos aquellos exámenes del ámbito médico, que apoyan la realización de las intervenciones odontológicas, tales como: hemograma; tiempo de sangría (IVY), prueba de tolerancia a la glucosa. Se excluyen los exámenes propios de la odontología tales como: Radiología dental, entre otros.</p>
APL 1.3 AO	<p>NÚMERO 248</p> <p>Sobre si son objeto de evaluación del "Manual de Procedimientos Operativos de Confección de trabajos", en el primer elemento medible de la característica, los equipos computarizados del</p>

	<p>Sistema CAD/CAM, como CEREC, u otros de la misma categoría. NUEVA.</p>
	<p>Se aclara que la característica no aplica en caso de equipos computarizados, como, por ejemplo, equipos con Sistema CAD/CAM, como CEREC, u otros de la misma categoría.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>APF 1.3 AO</p>	<p>NÚMERO 249</p> <p>Sobre en qué punto de verificación debe constatarse la exigencia del primer elemento medible de esta característica. NUEVA</p>
	<p>Por error de transcripción en el texto del Estándar, se señalan los puntos de verificación: Pabellones, Salas de Procedimiento Odontológica y Pabellón de cirugía menor o CMA; en consideración que, la pauta de cotejo debería señalar: "Dirección o Gerencia del Prestador", Salas de Procedimiento Odontológica y Pabellón de cirugía menor o CMA</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>APE 1.3 AO</p>	<p>NÚMERO 250</p> <p>Sobre cuál es el punto de verificación, al que se refiere la exigencia.</p>
	<p>Por un error de transcripción, se señaló como punto de verificación el de "Dirección o Gerencia del Prestador", sin embargo, en este caso, lo correcto es que el punto corresponde a Servicio de Esterilización.</p>
<p>API 1.2 AO</p>	<p>NÚMERO 251</p> <p>Sobre la aplicabilidad del punto de verificación "Servicio de Imagenología" en Prestadores Institucionales que otorgan Atención Odontológica.</p>
	<p>Atendida la naturaleza específica de este tipo de Prestadores Institucionales, resulta aplicable el punto de verificación "Servicio de Imagenología", en todos los lugares donde se realicen</p>

	<p>procedimientos imagenológicos odontológicos a los que se refiere la exigencia del estándar.</p>
<p>APA 1.4 AO</p>	<p>NÚMERO 252</p> <p>Sobre la aplicabilidad del punto de verificación "Unidad de Anatomía Patológica", en aquellos prestadores que no cuentan con un Servicio de Anatomía Patológica propiamente tal, pero manejan y almacenan sustancias peligrosas asociadas.</p> <p>Dado el contexto específico de este tipo de Prestadores Institucionales, resulta aplicable el punto de verificación "Unidad de Anatomía Patológica" en los lugares destinados al manejo de sustancias peligrosas y sus residuos.</p>
<p>ESTANDAR DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE ESTERILIZACIÓN</p>	
<p>GP 1.3 SE</p>	<p>NÚMERO 253</p> <p>Sobre si son constatables las exigencias del segundo elemento medible de esta característica, en el punto de verificación "Dirección o Gerencia del Prestador". <i>NUEVA</i></p> <p>Por un error de transcripción, la celda del segundo elemento medible de la característica GP 1.3 de la Pauta de Cotejo señala que se constate en Dirección o Gerencia del Prestador, en condiciones que el almacenamiento debe ser constatado en el punto de verificación General o donde se almacene dicho material.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>RH 4.2 SE</p>	<p>NÚMERO 254</p> <p>Sobre si la Entidad Acreditadora, para evaluar el cumplimiento de esta característica, solo debe constatar sus exigencias en el punto de verificación "Dirección o Gerencia del Prestador".</p> <p>La Entidad, para evaluar el cumplimiento de las características del Estándar General de Acreditación para Servicios de Esterilización, 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>

Característica obligatoria	NÚMERO 255 Sobre cuál es la sexta característica obligatoria del Manual de Acreditación de Servicios de Esterilización <i>NUEVA</i>
	<p>Por un error de numeración, en el antedicho Manual la sexta característica obligatoria es identificada con un código equivocado, toda vez que se la identifica con el código "EQ 2.1", en circunstancias que el código correspondiente a la característica que debe ser cumplida obligatoriamente es "EQ 1.1", referida al mantenimiento preventivo que incluye a los equipos relevantes para la seguridad de los procesos de esterilización.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>

ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE QUIMIOTERAPIA

GCL 1.1 GCL 1.5 GCL 1.7 GCL 2.1 GCL 3.2 REG 1.2 REG 1.3	NÚMERO 256 Sobre si son constatables las exigencias de los elementos medibles segundo y tercero de estas características, en el punto de verificación "Dirección o Gerencia del Prestador". <i>NUEVA</i>
	<p>Se aclara que existe un error de transcripción en el texto del Estándar, al no estar las celdas correspondientes debidamente achuradas y que, por lo tanto, no son constatables en el punto "Dirección o Gerencia" tales exigencias, sino solamente en el punto de verificación "Unidad de Quimioterapia".</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
GCL 2.2	NÚMERO 257 Sobre si son constatables las exigencias del segundo y tercer elemento medible de esta característica, en el punto de verificación "Dirección o Gerencia del Prestador". <i>NUEVA</i>
	<p>Por error de transcripción en el texto del Estándar, no fueron correctamente achuradas las celdas, por lo tanto, no son constatables en el punto "Dirección o Gerencia" tales exigencias, sino solamente en el punto de verificación "Unidad de Quimioterapia".</p>

	<p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE RADIOTERAPIA</p>	
GCL 2.1	<p>NÚMERO 258</p> <p>Sobre si son constatables las exigencias del segundo y tercer elemento medible de esta característica, en el punto de verificación "Dirección o Gerencia del Prestador". <i>NUEVA</i></p>
	<p>Por error de transcripción en el texto del Estándar, no fueron correctamente achuradas las celdas, por lo tanto, no son constatables en el punto "Dirección o Gerencia" tales exigencias, sino solamente en el punto de verificación "Sala de Teleterapia y Sala de Braquiterapia".</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
REG 1.2	<p>NUMERO 259</p> <p>Sobre si son constatables las exigencias del primer, segundo y tercer elemento medible de esta característica, en el punto de verificación "Archivo". <i>NUEVA</i></p>
	<p>Por error de transcripción en el texto del Estándar, no fueron correctamente achuradas las celdas, por lo tanto, en el punto "Dirección o Gerencia" es constatable sólo el primer elemento medible, y en el punto de verificación "Archivo", son constatables, el primer, segundo, tercer y cuarto elemento medible.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
AOC 2.1	<p>NÚMERO 260</p> <p>Sobre los elementos relacionados con la derivación de pacientes que debe constatar la Entidad Acreditadora en el documento institucional del prestador. <i>NUEVA</i></p>
	<p>Se aclara que, por omisión en el texto del Estándar, falta en la exigencia del documento el elemento "Definición de tipo y condiciones del transporte".</p>

	<p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DESTINADOS AL OTORGAMIENTO DE SERVICIOS DE IMAGENOLÓGIA</p>	
<p>GP 1.9 RH 4.2</p>	<p>NUMERO 261</p> <p>Sobre si son constatables las exigencias de estas características en el punto de verificación "General". <i>NUEVA</i></p>
	<p>Por error de transcripción en el texto del Estándar, no fueron correctamente achuradas las celdas, por lo tanto, para GP 1.9 en el punto de verificación "General" debe ser constatado el primer y segundo elemento medible; y para RH 4.2 en el punto de verificación "General" debe ser constatado el primer y cuarto elemento medible.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITOLOGÍA.</p>	
<p>DP 2.1</p>	<p>NÚMERO 262</p> <p>Sobre cómo deben constatar las Entidades Acreditadoras el cumplimiento del primer elemento medible, cuando el prestador institucional define como política, no participar en investigaciones en seres humanos. <i>NUEVA</i></p>
	<p>Junto con solicitar el documento de carácter institucional que explicita la declaración donde el prestador define como política no participar en investigaciones en seres humanos, la Entidad Acreditadora, deberá constatar que dicha política esté en conocimiento de los profesionales de la salud de la institución, puntaje que se consignará en la misma celda del primer elemento medible.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>

<p>GP 1.5</p>	<p>NÚMERO 263</p> <p>Sobre si resulta aplicable el segundo elemento medible en el punto de verificación "Dirección o Gerencia del prestador". NUEVA</p> <hr/> <p>Por error de transcripción en el texto del Estándar, no fueron correctamente achuradas las celdas, por lo tanto, en el punto de verificación "Dirección o Gerencia del prestador" el segundo elemento medible no resulta aplicable la constatación</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>RH 1.1</p>	<p>NÚMERO 264</p> <p>Sobre la cantidad de elementos medibles que posee esta característica. NUEVA</p> <hr/> <p>Por un error de transcripción en la Pauta de Cotejo del estándar, se encuentra duplicado el Elemento Medible de los Tecnólogos Médicos que cumplen funciones permanentes. Por tanto, esta característica solo posee diez elementos medibles.</p> <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>
<p>RH 3.2</p>	<p>NÚMERO 265</p> <p>Sobre cuáles son los atributos que debe contener el documento institucional, en el primer elemento medible. NUEVA</p> <hr/> <p>Se aclara que, en el primer elemento medible existe un error de transcripción en el texto, toda vez que, el documento de carácter institucional a que se refiere debe describir el procedimiento establecido para el manejo de accidentes relacionado con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Exposición a riesgos biológicos; - y sustancias peligrosas (Formaldehido, Xilol)". <p>Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.</p>

ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA CENTROS QUE OTORGAN TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA A ALCOHOL Y/O DROGAS

DU 1.3

NÚMERO 266

Sobre cómo debe constatarse la característica, respecto al tercer elemento medible en el punto de verificación "Dirección y Gerencia del Prestador". **NUEVA**

La Entidad Acreditadora para dar cumplimiento a la exigencia constatará un documento, con la constancia de que fueron realizadas entrevistas u otra modalidades a usuarios, donde se genere una información directa de las diversas áreas del Centro, relacionada a la percepción de éstos en cuanto al respeto a sus derechos, contemplando al menos, los señalados en el segundo elemento medible, con la debida retroalimentación del usuario al Equipo Terapéutico, todo lo cual quedará detallado en el Informe de Acreditación respectivo.

Además de constatar lo precedente, la Entidad Acreditadora, realizará una evaluación contemporánea, realizando las entrevistas correspondientes, según instruyen las Orientaciones Técnicas para la Constatación en Terreno vigente, que permita crearse la convicción, de la coherencia de la fuente presentada, haciendo énfasis en la retroalimentación directa de parte de los usuarios.

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia seis meses después de la dictación de la presente Circular.

DU 3.1

NÚMERO 267

Sobre qué debe entenderse respecto a los profesionales del equipo terapéutico entrevistados en las exigencias de esta característica. **NUEVA**

Los profesionales del equipo terapéutico entrevistados en las exigencias de esta característica, son cualquiera de los profesionales que se desempeñan en el Centro indistintamente de su profesión, tales casos podrían verse representados por Médicos, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales, entre otros.

Observación: La instrucción señalada entrará en vigencia inmediatamente dictada la presente Circular.

3. DÉJASE SIN EFECTO la Circular IP N°63, de 13 de septiembre de 2024.

4. SUSTITÚYENSE, a contar de esta fecha, los textos de las instrucciones a las Entidades Acreditadoras contenidos en las Circulares Interpretativas que a continuación se señalan, por las instrucciones señaladas **en el N°2** precedente de esta Circular, a saber:

- a) Circular IP N°8, de 19 de agosto de 2010;
- b) Circular IP N°11, de 4 de abril de 2011;
- c) Circular IP N°13, de 30 de junio de 2011;
- d) Circular IP N°15, de 30 de septiembre de 2011;
- e) Circular IP N°16, de 26 de octubre de 2011;
- f) Circular IP N°17, de 30 de diciembre de 2011;
- g) Circular IP N°22, de 20 de septiembre de 2012;
- h) Circular IP N°23, de 26 de octubre de 2012;
- i) Circular IP N°24, de 16 de mayo de 2013;
- j) Circular IP N°25, de 14 de agosto de 2013;
- k) Circular IP N°27, de 2 de diciembre de 2013;
- l) Circular IP N°30, de 5 de junio de 2014;
- m) Circular IP N°31, de 1° de julio de 2014;
- n) Circular IP N°33, de 16 de diciembre de 2014;
- o) Circular IP N°34, de 5 de enero de 2015;
- p) Circular IP N°35, de 21 de agosto de 2015;
- q) Circular IP N°36, de 4 de mayo de 2016;
- r) Circular IP N°39, de 21 de noviembre de 2017;
- s) Circular IP N°45, de 13 de marzo de 2020;
- t) Circular IP N°57, de 05 de abril de 2022;
- u) Circular IP N°62, de 14 de febrero de 2024; y
- v) Circular IP N°63, de 13 de septiembre de 2024.

4. ACLÁRASE que la sustitución de los textos de las instrucciones a las Entidades Acreditadoras contenidas en las circulares señaladas en el numeral anterior **no significa la derogación de tales instrucciones.** **EXCEPTÚANSE** de lo anterior aquellas instrucciones e interpretaciones que hayan sido **expresamente derogadas en tales Circulares.**

5. VIGENCIA DE LAS NORMAS DE LA PRESENTE CIRCULAR:

5.1. La presente Circular entrará en vigencia **desde su notificación** a las Entidades Acreditadoras; y

5.2. EXCEPTÚANSE de lo anterior, las instrucciones de la presente Circular para las cuáles **esta Circular les ha asignado, expresamente, en cada caso, un plazo especial diverso para su entrada en vigencia.**

6. INCORPÓRENSE los contenidos de la presente Circular a la **Versión N°6** del "Compendio de Normas del Sistema de Acreditación" y **EMÍTASE** esa nueva versión.

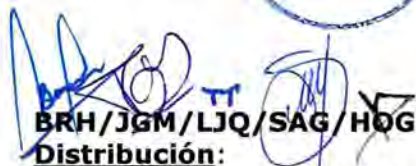
7. NOTIFÍQUESE la presente circular a los Representantes Legales de las Entidades Acreditadoras, a sus correos electrónicos registrados en esta Intendencia.

8. TÉNGASE PRESENTE que, conforme a lo dispuesto en el Artículo 41 de la Ley Nº19.880, la presente circular es susceptible de ser impugnada mediante los recursos administrativos de reposición y jerárquico, dentro del plazo de 5 días siguientes a su notificación ante este Intendente; asimismo, en subsidio del recurso antedicho, podrá interponerse el recurso jerárquico. Si sólo se interpusiere este último recurso, deberá interponerse para ante el Superintendente, dentro del plazo antedicho. Asimismo, cualquier interesado podrá solicitar aclaración de la presente circular.

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



CARMEN MONSALVE BENAVIDES
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD
SUPERINTENDENCIA DE SALUD


BRH/JGM/LJQ/SAG/HOG
Distribución:

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras
- Representantes Legales de los Prestadores Institucionales Acreditados (por correo electrónico)
- Representantes Legales de prestadores institucionales con Ficha Técnica en esta Intendencia (por correo electrónico)
- Subsecretario de Redes Asistenciales
- Directora Instituto de Salud Pública de Chile
- Jefa de la División de Gestión de Redes Asistenciales (Digera) del MINSAL
- Jefa de la División de Atención Primaria (Divap) del MINSAL
- Jefe del Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención del MINSAL
- Jefa de la Sección de Fiscalización Laboratorios Clínicos del Instituto de Salud Pública de Chile (a su correo electrónico)
- Oficinas de Calidad y Seguridad del paciente de los Servicios de Salud -.
- Superintendente
- Fiscal
- Superintendencia de Salud
- Oficina de Partes
- Archivo