



Gobierno de
CHILE

Superintendencia
de Salud

MABL/JQ/RCS/HOG
Mary *RCS*

CIRCULAR IP N° 8

SANTIAGO, 19 AGO 2010

DICTA INSTRUCCIONES SOBRE EL SENTIDO Y ALCANCE QUE DEBEN DAR LAS ENTIDADES ACREDITADORAS, EN LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN DE LOS PRESTADORES INTITUCIONALES, A LAS NORMAS QUE RIGEN DICHO SISTEMA E INTERPRETA LAS NORMAS QUE SE INDICAN.-

VISTOS: Lo dispuesto en el numeral 1° del Artículo 121 del D. F. L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud; en el D.S. N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud; todo ello en relación a lo previsto en el N° 2 de los Acápites II de los Manuales de los Estándares de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, ambos aprobados mediante Decreto Exento N° 18, de 2009, del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

1.- Que el inicio de la ejecución de los procedimientos de acreditación de prestadores institucionales de salud en el país exhibe la necesidad de aclarar el sentido y alcance de algunas de las normas reglamentarias del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales, así como de algunas de las contenidas en los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación de los Prestadores de Atención Cerrada y de los Prestadores de Atención Abierta, especialmente, de aquéllas que resultan más relevantes para el adecuado funcionamiento de dicho sistema y para las tareas evaluativas de las Entidades Acreditadoras;

2.- Que los numerales 2° de los Acápites II de los Manuales de los Estándares de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, ambos aprobados mediante Decreto Exento N° 18, de 2009, del Ministerio de Salud, otorgan a la Intendencia de Prestadores facultad para: “mediante circulares de general aplicación, determinar el sentido y alcance de las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación y las normas de este Manual, con el fin de uniformar y facilitar los procedimientos y la claridad de los criterios evaluativos. Tales pronunciamientos y circulares serán de obligatorio cumplimiento para las Entidades Acreditadoras, desde que se les notifiquen, y será de su responsabilidad hacer que sus evaluadores los cumplan, lo que será fiscalizado de conformidad a sus facultades legales y reglamentarias.”; y

3.- Que esta Intendencia ya ha dictado instrucciones particulares en la materia, a propósito de solicitudes de aclaración de diversas Entidades Acreditadoras u otros interesados;

VENGO EN DICTAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

1.- El sentido y alcance que debe darse a las siguientes normas del “REGLAMENTO DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA LOS PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD”, aprobado por Decreto Supremo N° 15/2007, del Ministerio de Salud, es el siguiente:

1.1.- Sobre la “autorización sanitaria vigente”, como requisito de ingreso al Sistema de Acreditación regulado en su Artículo 16, se establece:

1.1.1. En atención a que 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 la respectiva resolución de la Autoridad Sanitaria que autoriza su instalación y/o funcionamiento, dicha resolución es la única referencia oficial y auténtica respecto de las características del prestador, tales como la identidad de la persona natural o jurídica autorizada a instalar y/o hacer funcionar el establecimiento de salud, su estructura física, organizacional y de recursos humanos, así como respecto de sus funciones asistenciales. Dichas resoluciones se entenderán vigentes siempre que no hayan sido expresamente dejadas sin efecto por la Autoridad Sanitaria.

1.1.2. 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.

1.1.3. En la misma forma antedicha, se deberá obtener la respectiva resolución de autorización sanitaria en los demás casos que señala el Artículo 129 del Código

Sanitario, esto es, en caso de **ampliación**, **modificación** o **traslado** de **establecimientos públicos y particulares de asistencia médica, tales como hospitales, maternidades, clínicas, policlínicas, 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.

1.1.4. Los procedimientos de acreditación de los prestadores institucionales se efectúan por cada establecimiento de salud, es decir, dicen relación con un establecimiento determinado según cómo éste haya sido descrito y definido en la respectiva resolución 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.

1.1.5. Los **Estándares Generales** de Acreditación se aplican y son evaluados **en la totalidad del establecimiento y abarcan su funcionamiento en general**. Por tanto, cuando se solicita la acreditación de un determinado prestador institucional, para ser evaluado en función de tal clase de Estándares Generales, se deberá acompañar:

- a) Copia autorizada ante Notario de la resolución de la Autoridad Sanitaria que originalmente autorizó la instalación y el funcionamiento de dicho prestador institucional;
- b) Copia autorizada ante Notario de todas las demás resoluciones de la Autoridad Sanitaria mediante las cuales ésta haya autorizado la ampliación, modificación o traslado del establecimiento de que se trate o de sus dependencias; y
- c) Copia autorizada ante Notario de las demás autorizaciones sanitarias relativas a dependencias, áreas o instalaciones 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, los centro de diálisis, las instalaciones radiactivas o los equipos generadores de radiaciones ionizantes.

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

1.1.6. Los establecimientos de salud se acreditan como uno solo, independientemente que tengan áreas de atención cerrada y otras de atención abierta, con excepción de aquellas situaciones en que, de conformidad con las respectivas autorizaciones sanitarias, se trate de establecimientos diversos. En caso de dudas al respecto, la

Intendencia de Prestadores resolverá a petición de interesado o al aprobar la solicitud que los representantes del prestador presenten para someterlo al procedimiento de acreditación.

1.1.7. Tratándose de los **establecimientos públicos de salud**, el requisito de autorización sanitaria vigente, para los efectos de someterse al procedimiento de acreditación, se rige por las siguientes normas:

1.1.7.1. Respecto de aquellos establecimientos que se encontraban en funcionamiento el día 8 de febrero de 2006, fecha de publicación de los D.S. N° 152/05 y N° 141/05, ambos del Ministerio de Salud, se aplican las siguientes normas:

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.”*.

1.1.7.2. Los hospitales y establecimientos de atención cerrada dependientes de otros organismos públicos, como los de las Fuerzas Armadas o de universidades públicas, se rigen, en cuanto a su autorización sanitaria, por sus leyes especiales y a falta de éstas por las reglas generales del Código Sanitario.

1.1.7.3. La norma referida en la letra b) del numeral 1.1.7.1. 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.

1.1.7.4. Cumplirán el requisito de autorización sanitaria vigente los establecimientos de salud públicos señalados en las letras a) y b) del numeral 1.1.7.1., cuando, junto a su solicitud de someterse a este sistema, 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.

1.1.7.5. Los establecimientos de salud públicos a los que, por cualquier causa legal, no les fueren aplicables las normas señaladas en las letras a) y b) del numeral 1.1.7.1. precedente, para someterse al procedimiento de acreditación, deberán acompañar a su solicitud copia auténtica de su respectiva autorización sanitaria vigente, de la manera indicada en las letras a), b) y c) del numeral 1.1.5. precedente, otorgada de conformidad a las reglas generales del Código Sanitario o de la legislación especial que le fuera aplicable.

1.2.- Sobre el derecho de las Entidades Acreditadoras a ser incluidas en los procedimientos de designación aleatorias:

1.2.1. La Entidad Acreditadora, una vez que le fuere notificada la resolución que ordena incorporar a un determinado prestador institucional al proceso de designación aleatoria de la entidad que ejecutará el respectivo procedimiento de acreditación, podrá comunicar a la Intendencia su renuncia a su derecho a ser incorporada a dicho procedimiento informático de designación aleatoria, en virtud de afectarle una causal de conflicto de interés respecto de dicho prestador institucional o por otro motivo fundado.

1.2.2. La renuncia a dicho derecho se efectuará 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 hacerse hasta dos horas antes de la hora señalada en la resolución que ordenó el respectivo procedimiento de designación aleatoria. Asimismo, el dicho representante legal podrá formular tal renuncia ante la Intendencia vía correo electrónico, siempre que dicha comunicación se envíe desde el correo electrónico que tuviere debidamente registrado ante esta Intendencia.

2.- ORDÉNASE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS, en los procedimientos de acreditación que ejecuten, ajustarse a las interpretaciones que a continuación se formulan respecto de las siguientes normas de los Manuales del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, ambos aprobado por Decreto Exento N° 18/2009, del Ministerio de Salud: (Cuando la norma interpretada a continuación pertenezca al Manual del

Estándar General para Prestadores Institucionales de **Atención Cerrada**, se agregan las iniciales: “**AC**”. En el caso que la norma interpretada pertenezca al Manual del Estándar General para Prestadores Institucionales de **Atención Abierta**, se agregan las iniciales: “**AA**”. Si la norma interpretada es idéntica en ambos manuales, no se agrega ninguna inicial.)

	Norma del Manual que se interpreta	Interpretación
2.1.	Ámbito Dignidad del Paciente	Interpretación
2.1.1.	Característica DP 2.1: <i>“Se utilizan documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo.”</i>	Sobre la generalidad o especificidad del documento destinado a obtener el consentimiento informado del paciente, se aclara: El documento destinado a obtener el consentimiento informado del paciente puede ser un documento genérico en la medida que dicho instrumento contenga los elementos medibles de la característica DP 2.1.
2.1.2.	Característica DP 2.1: <i>“Se utilizan documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo.”</i>	Sobre si el documento destinado a obtener el consentimiento informado del paciente debe detallar o no el procedimiento sanitario que se aplicará al paciente, se aclara: La característica DP 2.1 persigue que en el documento sobre consentimiento informado el paciente, mediante su firma, reconozca haber recibido la información que se señala en los elementos medibles de la característica DP 2.1, y, por tanto, no es imprescindible que el detalle de las explicaciones dadas al paciente forme parte del documento.

2.1.3.	<p>Característica DP 2.1: <i>“Se utilizan documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo.”</i></p>	<p>Sobre la digitalización de los documentos que dan cuenta del Consentimiento Informado del paciente, se aclara:</p> <p>Los documentos que dan cuenta del consentimiento informado del paciente deben mantenerse en papel, debidamente firmados por los pacientes o sus familiares, según el caso, sin perjuicio que las fichas clínicas consten en papel o sean electrónicas.</p>
2.1.4.	<p>Característica DP 2.1: <i>“Se utilizan documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo.”</i></p>	<p>Sobre la cantidad de elementos medibles de esta característica, se aclara:</p> <p>Esta característica posee sólo dos elementos medibles, a saber:</p> <p>1) El primero, con el siguiente contenido normativo:</p> <p><i>“Se describe en documento(s) de carácter institucional :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Casos en que debe requerirse el consentimiento, considerando al menos los siguientes: cirugías mayores, procedimientos endoscópicos, procedimiento de hemodinamia y otros procedimientos de imagenología intervencional. <p><i>Características del consentimiento escrito:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · Debe especificar el procedimiento a realizar · Debe establecer que mediante su firma el paciente o sus familiares expresan que recibieron, de parte de quien efectuará el procedimiento, información sobre los objetivos de la intervención, sus características y potenciales riesgos. · Debe registrar nombre y firma del paciente y del profesional responsable del procedimiento y la fecha de la obtención del consentimiento. <p><i>Procedimiento de obtención del</i></p>

		<p><i>consentimiento, con definición del responsable de la aplicación.</i></p> <p><i>Procedimiento a realizar en los casos de los menores de edad, y de las personas con dificultades de entendimiento o alteración de conciencia.”; y</i></p> <p>2) El segundo, cuyo contenido es el siguiente:</p> <p><i>“Se constata uso de consentimiento informado con los elementos definidos en este instrumento, para cirugías mayores, procedimientos endoscópicos, procedimientos de hemodinamia y de imagenología intervencional realizadas en la institución.”</i></p> <p>En consecuencia, se aclara que existe un error a este respecto en el ejemplar de las Pautas de Cotejo correspondientes a los Manuales de estos Estándares editados e impresos por esta Superintendencia, en el mes de mayo de 2009, en el sentido que son dos, y no tres, los elementos medibles de esta característica.</p>
2.2.	Ámbito Gestión Clínica	Interpretación
2.2.1.	<p>Característica GCL 1.1: <i>“Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación pre - anestésica.”</i></p> <p>Elemento Medible de Característica GCL 1.1: <i>“Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de evaluación pre anestésica que considera anestesia general y regional y se han definido los responsables de su aplicación.”</i></p>	<p>Sobre el profesional que debe hacer la evaluación preanestésica, se aclara:</p> <p>La evaluación preanestésica debe ser realizada por los profesionales que hayan sido definidos a esos efectos en el documento de carácter institucional que establece el procedimiento relativo a esa evaluación.</p>

<p>2.2.2.</p>	<p>Característica GCL 1.1: <i>“Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación pre - anestésica.”</i></p> <p>Elementos Medibles de Característica GCL 1.1:</p> <p>“Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de evaluación pre anestésica que considera anestesia general y regional y se ha definido los responsables de su aplicación.”</p> <p>“Se constata: presencia de evaluación pre-anestésica en pacientes intervenidos.”</p>	<p>Sobre la forma de constatar la presencia de evaluación pre-anestésica en pacientes intervenidos, se aclara:</p> <p>Sin perjuicio de lo indicado en la aclaración precedente, en la constatación en terreno la Entidad Acreditadora deberá verificar que el profesional que dio la anestesia, tomó conocimiento de la evaluación preanestésica, lo que deberá constar, mediante su firma, en el respectivo registro clínico.</p>
<p>2.2.3.</p>	<p>Característica GCL 1.4 AA: <i>“Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Uso de anticoagulantes orales.”</i></p>	<p>Sobre la aplicabilidad de esta característica en un establecimiento de Atención Abierta que no tiene un policlínico de anticoagulantes orales, se aclara:</p> <p>Las Entidades Acreditadoras deberán aplicar esta característica en la evaluación de todos los prestadores institucionales en los que se prescribe tratamiento anticoagulante de uso crónico, tengan o no un policlínico específico.</p>

2.3.	Ámbito Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	Interpretación
2.3.1.	<p>Característica AOC 1.3. AC: <i>“Se aplican procedimientos para asegurar la notificación oportuna de situaciones de riesgo, detectadas a través de exámenes diagnósticos en las áreas de Anatomía Patológica, Laboratorio e Imagenología.”</i></p> <p>Característica AOC 1.2. AA: <i>“Se aplican procedimientos para asegurar la notificación oportuna de situaciones de riesgo, detectadas a través de exámenes diagnósticos en las áreas de Anatomía Patológica, Laboratorio e Imagenología.”</i></p>	<p>Sobre la aplicabilidad de esta característica en una evaluación, cuando en el prestador institucional se han externalizado los servicios relativos a exámenes diagnósticos, se aclara:</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 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 sus profesionales, es del prestador institucional que está siendo acreditado, independientemente de dónde se hayan procesado los exámenes.</p>
2.4.	Ámbito Competencias del Recurso Humano	Interpretación
2.4.1.	<p>Característica RH 1.1.: <i>“Los profesionales médicos y cirujanos dentistas que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.”</i></p> <p>Característica RH 1.2.: <i>“Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o</i></p>	<p>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 numeral siguiente), se aclara:</p> <p>La Entidad Acreditadora, en primer lugar, verificará tales habilitaciones mediante el uso del Registro de Prestadores Individuales de</p>

	<p><i>transitoria en la institución están debidamente habilitados.”</i></p>	<p>Salud de la Superintendencia de Salud, dejando constancia de ello.</p> <p>Enseguida, y sólo respecto de aquellos profesionales que no se encuentren inscritos en el referido Registro, constatará su habilitación mediante los certificados de sus títulos emitidos por la respectiva universidad, por otro establecimiento de educación superior reconocido por el Estado, o mediante el certificado de registro del título respectivo en el Ministerio de Relaciones Exteriores, en los casos que los tratados internacionales lo autoricen.</p> <p>Tratándose de los prestadores públicos, la Entidad podrá efectuar tal verificación mediante copias auténticas de las resoluciones de la Contraloría General de la República que aprueben las respectivas contrataciones.</p> <p>Asimismo, tratándose de médicos titulados en el extranjero, podrá probarse su habilitación mediante el respectivo certificado de aprobación del “Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina”, regulado por la Ley N° 20.261, de 2008.</p> <p>Los certificados y resoluciones antes referidos deben constar en documentos originales o ser copia fiel de su original.</p>
<p>2.4.2.</p>	<p>Característica RH 1.2: <i>“Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.”</i></p> <p>Elementos Medibles de la Característica RH 1.2: <i>“Certificados de título de técnico de nivel superior* o</i></p>	<p>Sobre la forma en que se constata el cumplimiento de esta característica, tratándose de los <u>Técnicos Paramédicos y Auxiliares de Enfermería</u>, se aclara:</p> <p>Los Técnicos Paramédicos a que se refieren los elementos medibles de esta característica, son profesionales auxiliares regulados a nivel legal en el inciso segundo del Artículo 112 del Código Sanitario, y en el caso de los auxiliares de enfermería, en el Decreto Ley N° 2147, de 1978. A nivel</p>

<p><i>medio de enfermería** o certificado de competencia*** emitido por la autoridad sanitaria, del personal que cumple funciones de técnicos paramédicos en forma permanente.”</i></p> <p><i>“Certificados de título de técnico de nivel superior* o medio de enfermería** o certificado de competencia*** emitido por la autoridad sanitaria, del personal que cumple funciones de técnicos paramédicos en forma transitoria (durante último año).”</i></p>	<p>reglamentario, los profesionales auxiliares de la Medicina, Odontología y Química y Farmacia se encuentran regulados por el Decreto Supremo N° 1704, de 1993; y los auxiliares de enfermería por el Decreto Supremo N° 261, de 1978, ambos del Ministerio de Salud.</p> <p>En tanto esta clase de profesionales auxiliares de la salud no se incorporen al Registro de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud, lo que se iniciará a partir del 1° de julio de 2011, las Entidades Acreditadoras constatarán el cumplimiento de estos elementos medibles, de la siguientes manera:</p> <p>a) Verificando la existencia de los respectivos certificados de títulos técnicos habilitantes emitidos por establecimientos de educación superior, media o técnico profesional reconocidos por el Estado; y/o</p> <p>b) Verificando la existencia de los respectivos certificados de competencias emitidos por la autoridad sanitaria competente, o copias auténticas de las resoluciones que los habiliten.</p> <p>Los certificados y resoluciones antes referidos deben constar en documentos originales o ser copia fiel de su original.</p> <p>Finalmente, se aclara que la referencia que en la columna de “Observaciones” de la Pauta de Cotejo de esta característica se formula respecto “del curso de 1600 horas según Programa del MINSAL”, debe entenderse referido a los requisitos que el D.S. N° 1.704/93, del Ministerio de Salud, exige a los profesionales auxiliares de la Medicina, Odontología y Química y Farmacia; el requisito horario anterior es ligeramente diverso en el caso de los Auxiliares de Enfermería, regulados por el D.S. N° 261/78, del Ministerio de Salud, para</p>
---	--

		<p>quienes la extensión mínima del curso de formación es de “nueve meses calendario, con un mínimo de 1.500 horas”. En ese sentido, debe tenerse presente, en todo caso, que dichas exigencias son evaluadas por la autoridad sanitaria respectiva al momento de otorgar el respectivo certificado de competencia que habilita al profesional auxiliar. Se aclara, por tanto, que no es función de la Entidad Acreditadora evaluar la extensión horaria de tales cursos de formación, sino la existencia de los certificados o resoluciones que al respecto hayan emitido las autoridades sanitarias.</p>
2.4.3.	<p>Característica RH 1.2.: <i>“Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.”</i></p>	<p>Sobre la forma en que se constata el cumplimiento de esta característica, tratándose de quienes ejercen funciones de <u>Arsenalería</u>, se aclara:</p> <p>De acuerdo a lo previsto en el N° 11 del Artículo 3° del Reglamento para el Ejercicio de la Profesión de Auxiliares de Enfermería (D.S. N° 261/78, del Ministerio de Salud) la arsenalería es una actividad propia de esta profesión, por tanto, las Entidades Acreditadoras deberán verificar la habilitación legal de estos profesionales, de la misma manera que se ha señalado precedentemente respecto de los restantes Técnicos Paramédicos y Auxiliares de Enfermería.</p>
2.4.4.	<p>Característica RH 1.3: <i>“Los médicos y odontólogos que se desempeñan en las distintas especialidades tienen las competencias requeridas evaluadas a través de la normativa vigente.”</i></p>	<p>Sobre la forma de constatar las especialidades y subespecialidades de los médicos y odontólogos, se aclara:</p> <p>Según el Artículo 2° Transitorio del “Reglamento de Certificación de las Especialidades y Subespecialidades de los Prestadores Individuales de Salud y de las Entidades que la Otorgan”, aprobado por el</p>

<p>Elementos Medibles de la Característica RH 1.3: <i>“Certificados de especialidad médica emitidos por entidad competente de acuerdo a la legislación vigente.”</i></p> <p><i>“Certificados de especialidad odontológica emitidos por entidad competente de acuerdo a la legislación vigente.”</i></p>	<p>D.S. N° 57, de 2007, de los Ministerios de Salud y de Educación, y publicado en el Diario Oficial con fecha 6 de noviembre de 2008, “durante el plazo de siete años a partir de la publicación en el Diario Oficial de este decreto, se reconocerán como certificadas las especialidades o subespecialidades referidas en este Reglamento, respecto de aquellos profesionales que, a la fecha de esta publicación, se encuentren en alguna de las situaciones descritas a continuación:</p> <p>1°.- Quienes posean un título o grado académico relativo a dichas especialidades o subespecialidades otorgado por una Universidad del Estado o reconocida por éste.</p> <p>2°.- Quienes posean un certificado extendido por las corporaciones de derecho privado denominadas Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM), o por la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Odontológicas (CONACEO) u otras cuyos estatutos contemplen entre sus objetivos emitir certificaciones o acreditaciones de especialización o subespecialización y que se encuentren realizando tales actividades a la fecha de publicación de este Reglamento.</p> <p>3°.- Quienes mantengan un convenio vigente con el Fondo Nacional de Salud para la atención en Modalidad de Libre Elección y en él sean reconocidos como especialistas o subespecialistas mediante los mecanismos que dicho Fondo haya establecido formalmente.</p> <p>4°.- Quienes se hayan desempeñado como especialistas o subespecialistas durante a lo menos cinco años en establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud, hecho que debe ser certificado por el Director del Servicio de Salud en el cual preste sus servicios.</p> <p>Para que los profesionales indicados en los numerales anteriores se acojan a lo establecido en el inciso primero, deberán solicitar a la Superintendencia su</p>
---	---

		<p><i>incorporación en el registro de especialidades y subespecialidades, presentando los originales o copias autorizadas de los documentos que demuestren dichas situaciones, o autorizándole a solicitar dicha información a las instituciones mencionadas. La Superintendencia deberá dejar expresa constancia en el mencionado registro del origen de este reconocimiento de certificación.”</i></p> <p>El registro público a que alude esta disposición reglamentaria es el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud, inaugurado el 24 de abril de 2009.</p> <p>Atendido lo anterior, las Entidades Acreditadoras sólo podrán constatar las especialidades y subespecialidades de los médicos y odontólogos, verificando la inscripción de tales especialidades o subespecialidades en el antes referido registro público.</p>
<p>2.4.5.</p>	<p>Característica RH 1.3: <i>“Los médicos y odontólogos que se desempeñan en las distintas especialidades tienen las competencias requeridas evaluadas a través de la normativa vigente.”</i></p> <p>Elementos Medibles de la Característica RH 1.3 : <i>“Certificados de especialidad médica emitidos por entidad competente de acuerdo a la legislación vigente.”</i></p> <p><i>“Certificados de especialidad odontológica emitidos por entidad competente de acuerdo a la legislación vigente.”</i></p>	<p>Sobre la situación de las especialidades o subespecialidades otorgadas con posteridad al 6 de noviembre de 2008, fecha de publicación del D.S. N° 57, de 2007, de los Ministerios de Salud y de Educación, en el Diario Oficial, se aclara:</p> <p>Las Entidades Acreditadoras se abstendrán de considerar en la evaluación que realicen a los especialistas que hayan obtenido certificados de especialidad o subespecialidad con posterioridad al 6 de noviembre de 2008. Lo anterior, en tanto no entren en plena vigencia las normas permanentes del Sistema de Certificación de Especialidades regulado por el antes referido reglamento.</p>

2.4.6.	<p>Característica RH 1.1.: <i>“Los profesionales médicos y cirujanos dentistas que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.”</i></p> <p>Característica RH 1.2.: <i>“Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados.”</i></p> <p>Característica RH 1.3: <i>“Los médicos y odontólogos que se desempeñan en las distintas especialidades tienen las competencias requeridas evaluadas a través de la normativa vigente.”</i></p>	<p>Sobre el lugar o punto de verificación de los elementos medibles de estas tres características, se aclara:</p> <p>Las Entidades Acreditadoras deben verificar todos los elementos medibles de todas las características del respectivo Manual del Estándar de Acreditación en el recinto del prestador evaluado y en el lugar o punto de verificación que para cada caso se indique en la respectiva Pauta de Cotejo. En consecuencia, los certificados de títulos habilitantes deben estar accesibles para la Entidad Acreditadora, y ésta sólo los puede evaluar, en la Dirección o Gerencia del establecimiento evaluado, a pesar que el establecimiento pertenezca a una red de prestadores de salud o se encuentre en otra situación análoga.</p>
2.5.	Ámbito Servicios de Apoyo Diagnóstico o Terapéutico	Interpretación
2.5.1.	<p>Característica APF 1.6 AC: <i>“La preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos se realiza bajo las condiciones de seguridad previstas en la normativa vigente.”</i></p> <p>Característica APF 1.5 AA: <i>“La preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos se realiza</i></p>	<p>Sobre la aplicabilidad de esta característica para el caso de medicamentos antineoplásicos usados en Oftalmología para patologías no neoplásicas, se aclara:</p> <p>Las Entidades Acreditadoras, en caso de medicamentos antineoplásicos usados en Oftalmología para patologías no neoplásicas, deberán aplicar en sus evaluaciones las exigencias de esta característica, entre las cuales considera la descripción de los procedimientos de preparación, almacenamiento, distribución y desecho de</p>

	<i>bajo las condiciones de seguridad previstas en la normativa vigente.”</i>	<p>medicamentos antineoplásicos de acuerdo a la normativa vigente, la definición de responsables de su aplicación, de indicador, así como su evaluación periódica.</p> <p>Asimismo, es preciso instruir a las Entidades Acreditadora en el sentido que en estos casos, también resultan aplicables en las evaluaciones que efectúen las características RH 4.1, sobre programa de control de riesgos a exposiciones, y RH 4.2 sobre accidentes laborales con material contaminado o sustancias peligrosas.</p>
2.6.	Introducción a la Pauta de Cotejo: “B. Requisitos para establecer el cumplimiento de los elementos medibles”	Interpretación
2.6.1.	Acápito B. N°2 , donde dice: <i>“Puede requerirse además el cumplimiento de algunos atributos específicos de los documentos, por ejemplo, que posea algunos contenidos o características mínimas. En tal caso, el acreditador debe verificar que todos los atributos mencionados se cumplan.”</i>	<p>Sobre la forma de evaluar el cumplimiento de los elementos medibles, cuando la característica exige determinados contenidos para ciertos documentos:</p> <p>La falta de cualquiera de los atributos exigida por la característica para un documento, tales como que posea algún contenido u otra característica mínima, determina que no se cumple el elemento medible.</p>

3.- La presente Circular entrará en vigencia desde su notificación a las Entidades Acreditadoras autorizadas.

4.- La presente resolución es susceptible de los recursos administrativos de reposición y jerárquico, dentro del plazo de 5 días ante este Intendente; asimismo, en subsidio del

primer recurso antedicho, podrá interponerse el recurso jerárquico. Asimismo, cualquier interesado podrá solicitar aclaración de la presente resolución.



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Sergio Torres Niño", is written over the right side of the seal.

*** SERGIO TORRES NIÑO**
INTENDENTE DE PRESTADORES(S)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Distribución:

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras Autorizadas
- Subsecretario de Redes Asistenciales
- Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente MINSAL
- Superintendente
- Fiscal
- Intendente de Fondos y Seguros
- Jefe Subdepartamento Evaluación IP
- Jefe Subdepartamento Regulación IP
- Observatorio de Buenas Prácticas IP
- Coordinación de Agencias Regionales
- Jefe Subdepartamento de Atención de Usuarios
- Agentes Regionales
- Archivo