



## CIRCULAR IP-N° 17

SANTIAGO, 30 DIC. 2011

### **INTERPRETA NORMAS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD Y DICTA INSTRUCCIONES SOBRE EL SENTIDO Y ALCANCE QUE DEBEN DAR LAS ENTIDADES ACREDITADORAS, EN LOS PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN QUE EJECUTEN, A LAS NORMAS DE DICHO SISTEMA 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 Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el D.S. N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud; lo previsto en el N° 2 de los Acápites II de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, ambos aprobados mediante el Decreto Exento N° 18, de 2009; en el N° 2 de los Acápites II de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada, Centros de Diálisis, Servicios de Esterilización, Servicios de Imagenología y Laboratorios Clínicos, aprobados mediante los Decretos Exentos N° 33, 34, 35, 36 y 37, de 2010, todos del Ministerio de Salud, respectivamente; en el N° 2 de los Acápites II de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Servicios de Quimioterapia y de Radioterapia, aprobados mediante los Decretos Exentos N° 346 y 347, de 2011, respectivamente, ambos del Ministerio de Salud; la Circular Interna IP N° 4, de 7 de octubre de 2010, relativa al procedimiento de interpretación de las normas del Sistema de Acreditación antes referido; las Actas N° 13, 16, 17, 19, 20, 22, 23 y 24 de las sesiones del Comité Asesor para la Interpretación de las Normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud;

### **CONSIDERANDO:**

1.- Que el debido cumplimiento de los objetivos sanitarios y de las normas del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud del país exige aclarar el sentido y alcance de estas últimas, atendidas las solicitudes y consultas recibidas por esta Intendencia a ese respecto, así como cuando la práctica lo indique y la debida uniformidad en la ejecución de los diversos procedimientos de acreditación lo requiera;

2.- Que los numerales 2º de los Acápites II de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, así como los relativos a los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada, Centros de Diálisis, Servicios de Esterilización, Servicios de Imagenología y Laboratorios Clínicos, facultan a esta Intendencia de Prestadores a que mediante circulares de general aplicación, determine el sentido y alcance de las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación y las normas de estos Manuales, con el fin de uniformar y facilitar los procedimientos y la claridad de los criterios evaluativos. Dichas normas agregan que tales 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 por esta Intendencia de conformidad a sus facultades legales y reglamentarias;

3.- Que esta Intendencia ya ha dictado instrucciones particulares en las diversas materias que esta Circular aborda, a propósito de solicitudes de aclaración de diversas Entidades Acreditadoras u otros interesados en los procedimientos de acreditación; y

4.- Que, considerando tales consultas y los respectivos pronunciamientos e instrucciones particulares que la Intendencia de Prestadores ha emitido al respecto, y estimando la necesidad que tales criterios sean de conocimiento general y obligatorios para todas las Entidades Acreditadoras autorizadas, el "Comité Asesor para la Interpretación de Normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales", establecido mediante la Circular Interna IP N° 4, de 7 de octubre de 2010, y según consta en las Actas Nos. 13, 16, 17, 19, 20, 22, 23 y 24 del antedicho Comité Asesor, ha recomendado a este Intendente dictar las instrucciones que a continuación se señalan, formulando las aclaraciones al sentido y alcance de las normas reglamentarias que se indican,

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

**1. ORDÉNASE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS, en los procedimientos de acreditación que ejecuten, ajustarse a las instrucciones que a continuación se formulan respecto del sentido y alcance que deben dar a las normas de los Manuales correspondientes a los diversos Estándares Generales de Acreditación que se encuentran vigentes:**

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

**1.2. Asimismo, PREVIÉNESE** que cuando la norma interpretada o a que se hace referencia en el numeral 2º siguiente pertenece al Manual del Estándar General para Prestadores Institucionales de **Atención Cerrada**, en su identificación 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.

**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:

**2.1. Interpretaciones que afectan a variadas normas de dichos Manuales:**

**2.1.1. Sobre qué documentos debe presentar un prestador institucional en proceso de acreditación para demostrar la compra de prestaciones a otros prestadores, cuando ésta es mediada por un tercero (FONASA, por ejemplo):**

Mientras no entre en vigencia la Garantía Explícita de Calidad del Régimen AUGE, el prestador institucional cumple si, junto con exhibir la respectiva documentación que demuestra que compra determinados servicios y a cuáles prestadores les efectúa dichas compras (por ejemplo, mediante la nómina de prestadores en convenio marco con FONASA), exhibe, además, copia de la correspondiente resolución de autorización sanitaria del prestador al que le compra tales servicios.

Cuando entre en vigencia la Garantía Explícita de Calidad se deberá demostrar que el proveedor de servicios se encuentra acreditado, condición que sólo se prueba por la inscripción del prestador institucional en el Registro de Prestadores Acreditados de la Superintendencia de Salud, disponible en la página web de esta última.

**2.2. Interpretaciones que afectan a normas específicas de los antedichos Manuales:**

	<b>Norma del Manual que se interpreta</b>	
<b>2.2.1.</b>	<b>Ámbito Dignidad del Paciente</b>	<b>Interpretación</b>
<b>2.2.1.1.</b>	<p><b>Característica DP 1.1:</b>  <i>"Existe una definición de derechos explícitos, que se incorporan a las obligaciones jurídicas que la institución adquiere para con cada uno de sus pacientes, y que es informada por medios constatables".</i></p> <p><b>Primer Elemento Medible:</b></p>	<p><b>Sobre si el instrumento de difusión de carácter institucional debe contener la palabra "derechos":</b></p> <p>Efectivamente, la exigencia consiste en que el prestador institucional defina "derechos explícitos" en el instrumento de difusión destinado a sus pacientes. En este sentido, la voz "derechos", en la normativa del Sistema de Acreditación, está utilizada en la acepción que la ciencia jurídica le otorga, esto es, la de</p>

	<p><i>"Existe un instrumento de difusión de carácter institucional que incluye los derechos mínimos relativos a:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>No discriminación</i></li> <li>- <i>Respeto a la privacidad y pudor</i></li> <li>- <i>Respeto a la confidencialidad</i></li> <li>- <i>Acompañamiento a los pacientes</i></li> <li>- <i>Información al paciente o responsables</i></li> <li>- <i>Información respecto al carácter docente asistencial del establecimiento, cuando corresponda."</i></li> </ul>	<p>atributos, facultades o poderes que amparan ciertos intereses de las personas y que son jurídicamente exigibles y reclamables, en su respeto o cumplimiento, por parte de su titular a otra persona que se encuentra obligada a cumplirlos.</p> <p>Asimismo, el Manual exige que se expliciten y definan por el prestador, a lo menos, <u>todos</u> los derechos mínimos que se contienen en el primer elemento medible de esta característica.</p>
<p><b>2.2.1.2.</b></p>	<p><b>Característica DP1.1 de AC y AA:</b> <i>"Existe una definición de derechos explícitos, que se incorporan a las obligaciones jurídicas que la institución adquiere para con cada uno de sus pacientes, y que es informada por medios constatables".</i></p> <p><b>Segundo Elemento Medible:</b>  <i>"El instrumento es fácilmente accesible, legible y comprensible."</i></p>	<p><b>Sobre cómo evaluar el 2º elemento medible de esta característica, que exige que el instrumento sea fácilmente accesible, legible y comprensible.</b></p> <p>El instrumento de difusión de los derechos de los pacientes puede estar constituido por cualquier clase de soporte gráfico, colgado en la pared, montado en un trípode o en un pendón. Otra alternativa es disponer de folletería que pueda ser retirada por los pacientes.</p> <p>En relación a las características que esta norma exige del instrumento de difusión:</p> <p><b>"Accesibilidad":</b> Significa que, cualquiera sea el tipo de instrumento que utilice a estos efectos el prestador, se pueda constatar que los pacientes, al momento de acceder al establecimiento o de circular por los sectores de espera, puedan notar u observar su presencia con facilidad. En el caso de carteles o pendones el título del instrumento, ya sea que se denomine "carta de derechos", "declaración de derechos" u otro semejante, debe ser visible desde las líneas de circulación principales del recinto, sin necesidad de aproximarse. Además, su ubicación debe permitir acercarse lo suficiente para una adecuada y cómoda lectura del contenido íntegro del texto.</p> <p><b>"Legibilidad":</b> Significa que el texto incorporado al instrumento de difusión no debe utilizar tipos de letras demasiado estrechas o pequeñas, así como poseer un adecuado contraste entre la letra y el fondo.</p>

		<p><b>"Comprensibilidad"</b>: se refiere al uso de un vocabulario claro y redacción sencilla, orientado al común de las personas.</p>
2.2.1.3.	<p><b>Característica DP 3.1 de AC y AA:</b> <i>"Las investigaciones en seres humanos en las que participa la institución, han sido previamente evaluadas y aprobada su ejecución por un comité de ética"</i>.</p>	<p><b>Sobre si cada prestador debe tener un comité de ética para cumplir esta característica:</b></p> <p>No. La exigencia consiste en que el prestador tenga claramente identificado el comité de ética al que serán sometidos los protocolos de investigación. Dicho comité puede ser propio o externo al prestador.</p>
2.2.2.	<p><b>Ámbito Gestión Clínica</b></p>	<p><b>Interpretación</b></p>
2.2.2.1.	<p><b>Característica GCL 1.1:</b> <i>"Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación pre - anestésica"</i>.</p> <p><b>Puntos de verificación, según Pauta de Cotejo de Manual de Atención Cerrada:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pabellón Quirúrgico General;</li> <li>- Pabellón Obstétrico-Ginecológico;</li> <li>- Pabellón de Cirugía Mayor Ambulatoria.</li> </ul>	<p><b>Sobre cómo evaluar esta característica cuando todos los pabellones de un prestador institucional son de uso indiferenciado.</b></p> <p>En estos casos deben separarse las categorías de pacientes que son sometidos a cirugía: cirugía general en hospitalizados, cirugía mayor ambulatoria y cirugía ginecoobstétrica.</p>
2.2.2.2.	<p><b>Característica GCL 1.3 AA:</b> <i>"Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Atención de enfermería"</i>.</p> <p><b>Nº 4 del Primer Elemento Medible:</b> "7. Inmunizaciones y manejo de cadena de frío."</p>	<p><b>Sobre si el procedimiento "inmunizaciones y cadena de frío" de esta característica aplica a un prestador de atención abierta que administra vacunas sólo a sus funcionarios y no al público:</b></p> <p>Sí, tal procedimiento de esta característica aplica en la evaluación del prestador en esa circunstancia.</p>
2.2.2.3.	<p><b>Características GCL 1.8 AC y GCL 1.7 AA:</b> <i>"Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Decisiones de tratamiento oncológico"</i>.</p> <p><b>Primer Elemento Medible:</b> <i>"Se constata identificación</i></p>	<p><b>Sobre si a un prestador que atiende pacientes oncológicos ambulatorios, para el exclusivo objeto de administrarles su quimioterapia, le es aplicable la característica que dice relación con poseer acceso a un Comité Oncológico Médico:</b></p> <p>A tal clase de prestadores institucionales, aún cuando no dispongan de un servicio de</p>

	<p><i>formal del Comité Oncológico Médico del que dispone, o al que puede acceder, el prestador."</i></p> <p><b>Segundo Elemento Medible:</b>  <i>"Se constata registro de pacientes sometidos a dicho comité."</i></p>	<p>oncología, les es aplicable esta característica, con el sentido y alcance siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) El prestador debe tener acceso a un comité oncológico médico (o a sus integrantes individualmente) que pueda prestarle asesoría frente a dudas o situaciones relacionadas con el tratamiento que se va a administrar o que está siendo administrado a tales pacientes y que se vinculen con la seguridad de los mismos;</li> <li>2) Debe existir constancia (registro) de los casos sometidos a dicha instancia.</li> </ol>
<p><b>2.2.2.4.</b></p>	<p><b>Característica GCL 2.3 AC y GLC 2.2 AA:</b>  <i>"Se realiza vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención."</i></p> <p><b>Primer Elemento Medible:</b>  <i>"Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención, que contempla al menos:</i>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eventos adversos y eventos centinela a vigilar de acuerdo a realidad asistencial.</li> <li>- Sistema de vigilancia</li> <li>- Procedimiento de reporte.</li> </ul> <i>Se han definido los responsables de su aplicación"</i></p> <p><b>Segundo Elemento Medible:</b>  <i>"Existen registros implementados y en uso para reportes de EA de acuerdo al sistema de vigilancia local."</i></p> <p><b>Tercer Elemento Medible:</b>  <i>"Se constata análisis de eventos centinelas."</i></p>	<p><b>Sobre si, a propósito de la constatación del tercer elemento medible de esta característica y en ausencia de eventos centinelas en el prestador, corresponde exigir al prestador evaluado el análisis de otro evento adverso:</b></p> <p>De acuerdo al glosario de términos del manual de acreditación evento centinela es un <i>"suceso inesperado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo potencial de que esto ocurra"</i>; es decir un evento centinela forma parte de los eventos adversos pero tienen especial gravedad o significación para los pacientes.</p> <p>En el primer elemento medible de esta característica se exige que la institución haya definido, en un documento de carácter institucional, cuáles son los eventos adversos y cuáles los eventos centinela a vigilar. Por su parte, en el tercer elemento medible, se exige que se haya realizado el análisis de los eventos centinela definidos en aquél documento.</p> <p>Por tanto, si un prestador definió como evento centinela, por ejemplo, la muerte inesperada de pacientes, y ello nunca se produjo en el período evaluado, estando ello debidamente registrado en el sistema de vigilancia, no corresponde exigir el análisis a que se refiere el tercer elemento medible de esta característica, exigencia que no aplicaría en tal evento al prestador evaluado.</p> <p>Cabe enfatizar que los eventos centinelas son definidos por el prestador institucional y que no resulta admisible que se traten como tales a otros eventos adversos arbitrariamente.</p>

<p><b>2.2.2.5.</b></p>	<p><b>Característica GCL 2.3 AC y GLC 2.2 AA:</b>  <i>"Se realiza vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención".</i></p> <p><b>Tercer Elemento Medible:</b>  <i>"Se constata análisis de eventos centinelas."</i></p>	<p><b>Sobre si es admisible que el análisis de los Eventos Centinelas se efectúe de manera centralizada en el prestador, considerando que en él participen las Jefaturas correspondientes de cada unidad:</b></p> <p>Debe señalarse que el objetivo de este componente (GCL-2) y, por tanto, de sus 3 características (GCL 2.1, GCL 2.2 y GCL 2.3) 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 como cumplida si el prestador evaluado demuestra que en dicho análisis participan, en calidad de protagonistas principales, 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 de esta característica.</p>
<p><b>2.2.3.</b></p>	<p><b>Ámbito Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención (AOC)</b></p>	<p><b>Interpretación</b></p>
<p><b>2.2.3.1.</b></p>	<p><b>Característica AOC 1.2 AC:</b>  <i>"El prestador utiliza un sistema de priorización de la atención de urgencia".</i></p> <p><b>Punto de Verificación:</b>  "Urgencia"</p> <p><b>Primer Elemento Medible:</b>  "Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de categorización de pacientes en la unidad de emergencia indicando: criterios a utilizar, tiempos de respuesta y registro, y se han definido responsables de su</p>	<p><b>Sobre si se debe realizar la categorización de pacientes en Servicio de Urgencia Obstétrica.</b></p> <p>Atendido lo previsto en la letra A. de la Introducción a las Pautas de Cotejo, en el sentido que <i>"los lugares de verificación contenidos en este manual representan una formulación genérica de la estructura organizativa interna que puede tener un prestador institucional de atención cerrada. Por ello, si la organización del prestador institucional que solicita la acreditación es distinta a la prevista en el presente manual, se evaluará el prestador de acuerdo al tipo de pacientes que se atienden en las distintas estructuras"</i>, si bien, entre los puntos de verificación de la pauta de cotejo de esta</p>

	aplicación.”	<p>característica, el Manual opta por una definición genérica de "urgencia", se debe entender comprendido en él un sistema de selección regulado y operando en la urgencia obstétrica.</p> <p>Se aclara, en todo caso, que este sistema, y los criterios de priorización aplicados, pueden ser distintos a los de la atención de pacientes no obstétricas.</p>
<b>2.2.3.2.</b>	<p><b>Característica AOC 1.2 AC:</b> "El prestador utiliza un sistema de priorización de la atención de urgencia".</p> <p><b>Primer Elemento Medible:</b> "Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de categorización de pacientes en la unidad de emergencia indicando: criterios a utilizar, tiempos de respuesta y registro, y se han definido responsables de su aplicación."</p>	<p><b>Sobre si el sistema de priorización de urgencia, puede ser realizado por personal administrativo:</b></p> <p>No. El sistema de priorización de urgencia debe operar con personal sanitario habilitado, tales como auxiliares de enfermería u otros profesionales o técnicos habilitados para el ejercicio de sus respectivas profesiones.</p>
<b>2.2.4.</b>	<b>Ámbito Competencias del Recurso Humano</b>	<b>Interpretación</b>
<b>2.2.4.1.</b>	<p><b>Componente RH-1 de los Manuales AC y AA:</b></p> <p>"Los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional están habilitados."</p>	<p><b>Sobre si los alumnos de las diferentes carreras profesionales o técnicas de la salud pueden hacer reemplazos de la profesión respectiva:</b></p> <p>Todos los reemplazantes deben tener la respectiva habilitación legal para ejercer la profesión (u oficio, en su caso) del profesional o técnico a quien vayan a reemplazar. Los alumnos de cualquiera de las carreras de la salud no pueden hacer estos reemplazos mientras no tengan su título profesional, salvo que exista un decreto de emergencia sanitaria, dictado por el Ministerio de Salud, que lo haya autorizado temporalmente.</p>
<b>2.2.4.2.</b>	<p><b>Componente RH-1 de los Manuales AC y AA:</b></p> <p>"Los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional están habilitados".</p>	<p><b>Sobre cómo se evalúa el recurso humano cuando existe un decreto de emergencia sanitaria vigente:</b></p> <p>Los estudiantes y demás recursos humanos que se encontraren en las condiciones que señale el decreto de emergencia sanitaria dictado por el</p>

		<p>Ministerio de Salud, se encuentran legalmente habilitados para ejercer las funciones profesionales respectivas y, por tanto, dicho personal cumple con el sentido y fin de las características RH 1.1 y RH 1.2, debiendo la entidad acreditadora constatar que se cumplan, a su respecto, las condiciones que señale, en cada caso, el respectivo decreto de emergencia sanitaria.</p>
<p><b>2.2.4.3.</b></p>	<p><b>Componente RH 1 de AC y AA:</b>  <i>"Los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional están habilitados".</i></p>	<p><b>Sobre si los diplomas relativos a títulos emitidos por establecimientos de educación superior, reconocidos por el Estado, son válidos para demostrar la habilitación técnica o profesional del personal de salud.</b></p> <p>Sí, tales documentos son válidos para probar las habilitaciones respectivas. Las entidades acreditadoras deberán ocuparse de tener a la vista el original del mismo o copia auténtica en la que conste que ese documento es copia fiel del original.</p>
<p><b>2.2.4.4.</b></p>	<p><b>Característica RH 1.1:</b>  <i>"Los profesionales médicos y cirujanos dentistas que se desempeñan en forma permanente o transitoria de la institución están debidamente habilitados".</i></p>	<p><b>Sobre si los integrantes de equipos quirúrgicos, tales como el denominado "segundo o tercer cirujano", que actúan de forma esporádica en un prestador institucional, deben ser considerados como personal transitorio del prestador:</b></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><b>"Personal que cumple funciones permanentes":</b> "al personal que ha sido contratado a permanencia en la institución, independientemente de la modalidad contractual empleada"; y por</p> <p><b>"Personal que cumple funciones transitorias":</b> al "personal que acude transitoriamente a la institución para efectuar un <u>reemplazo o a cubrir necesidades imprevistas</u>, 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</p>

		<p>acreditación.</p> <p>Asimismo, debe tenerse presente que en el caso del denominado "<b>personal que cumple funciones transitorias</b>", su condición está determinada por la <b>accidentalidad u ocasionalidad</b> de la prestación de sus servicios en el prestador evaluado. Debe tenerse presente que, respecto de este último personal, el período de retrospectividad de su evaluación es de un año.</p> <p>Lo anterior se opone a la condición del profesional que, aunque sea por algunas horas, pero regular y constantemente, efectúa el ejercicio de su profesión en el establecimiento evaluado.</p>
<p><b>2.2.4.5.</b></p>	<p><b>Características RH 2.1:</b> <i>"El prestador cuenta con <b>programas de inducción</b> que enfatizan temas relacionados con la seguridad de los pacientes, y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la institución".</i></p> <p><b>Características RH 2.2:</b> <i>"El prestador cuenta con <b>programas de orientación</b> que enfatizan aspectos específicos del funcionamiento de la Unidad relacionados con la seguridad de los pacientes, y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la Unidad".</i></p>	<p><b>Sobre si los programas de inducción y orientación deben incluir al personal transitorio del prestador:</b></p> <p>Sí, estos programas deben incluir a <b>todo el personal</b>, tanto al permanente como al transitorio, cualquiera sea la forma de contratación de los mismos, ya sea directa o tercerizadamente.</p> <p>Se recuerda que la definición de tales programas se encuentra explícita en el Glosario de Términos de los Manuales.</p>
<p><b>2.2.4.6.</b></p>	<p><b>Características RH 2.1:</b> <i>"El prestador institucional cuenta con <b>programas de inducción</b> que enfatizan temas relacionados con la seguridad de los pacientes, y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la institución".</i></p> <p><b>Segundo Elemento Medible:</b> <i>"Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de inducción definido institucionalmente en al menos</i></p>	<p><b>Sobre cómo se determina el denominador para calcular la cobertura de los programas de inducción y orientación en el caso del personal que ingresó a la institución en el último año:</b></p> <p>Para estos efectos se debe considerar como personal nuevo a todas las personas que ingresaron durante el último año, ya sea como personal permanente o transitorio. 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><i>el 85% de los funcionarios que ingresaron a la institución en el último año."</i></p> <p><b>Características RH 2.2:</b> <i>"El prestador institucional cuenta con <b>programas de orientación</b> que enfatizan aspectos específicos del funcionamiento de la Unidad relacionados con la seguridad de los pacientes, y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la Unidad".</i></p> <p><b>Segundo Elemento Medible:</b> <i>"Existe constancia de que se ha ejecutado el programa de <b>orientación</b> establecido en al menos al 85% de los funcionarios que ingresaron a la unidad en el último año."</i></p>	
<p><b>2.2.4.7.</b></p>	<p><b>Característica RH 2.2:</b> <i>"El prestador institucional cuenta con programas de orientación que enfatizan aspectos específicos del funcionamiento de la Unidad relacionados con la seguridad de los pacientes y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la Unidad".</i></p>	<p><b>Sobre si es admisible la información centralizada de los Programas de Orientación emanada de los servicios.</b></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, sino determinados servicios y unidades clínicas como puntos de verificación. Lo anterior, porque, a diferencia de la inducción del personal (característica RH 2.1), la orientación debe ser ejecutada por la unidad clínica donde desempeñará sus funciones la persona recién ingresada. Para dar cuenta de la seguridad de las prestaciones que se otorgan a los pacientes, los programas de orientación deben desarrollarse en cada unidad y su nivel de cumplimiento debe estar al alcance de las jefaturas y supervisoras(es) de cada una de ellas.</p>
<p><b>2.2.4.8.</b></p>	<p><b>Característica RH 3.1 AC:</b> <i>"El prestador institucional incluye en su programa de capacitación temas relacionados con <b>prevención y control de infecciones y reanimación</b></i></p>	<p><b>Sobre la admisibilidad de hacer los registros de las capacitaciones de forma centralizada:</b></p> <p>Los registros de asistencia a la capacitación pueden centralizarse. Sin embargo debe tenerse presente que el Segundo Elemento</p>

	<p><b>cardiopulmonar.</b> Todos ellos destinados al personal que participa en atención directa de pacientes”.</p> <p><b>Característica RH 3.1 AA:</b>  “El prestador institucional incluye en su programa <b>la reanimación cardiopulmonar.</b> Todos ellos destinados al personal que participa en atención directa de pacientes”.</p> <p><b>Segundo Elemento Medible:</b>  “La cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas asegura que el personal reciba una actualización al menos cada 5 años en estos temas.”</p>	<p>Medible de esta característica no hace alusión a esos registros, sino a que <b>“la cobertura y periodicidad de las capacitaciones realizadas asegura que el personal reciba una actualización al menos cada 5 años en estos temas”</b>, lo anterior con el fin que se garantice que la jefatura respectiva (tales como, el jefe del servicio o la supervisora del mismo) tienen conocimiento de la cobertura de sus programas de capacitación y están en condiciones, por tanto, de diseñar programas de capacitación en atención de calidad y su periódica actualización. De este modo, 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.</p>
<p><b>2.2.5.</b></p>	<p><b>Ámbito Registros</b></p>	<p><b>Interpretación</b></p>
<p><b>2.2.5.1.</b></p>	<p><b>Característica REG 1.2:</b>  “El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registros clínicos”.</p>	<p><b>Sobre si es admisible verificar estas características de forma centralizada en el prestador.</b></p> <p>No, porque las probabilidades de aprendizaje institucional se minimizan cuando las unidades clínicas desconocen su nivel de cumplimiento. Por ello, el esquema de la Pauta de Cotejo de la característica REG 1.2 no considera la verificación en la Dirección o Gerencia del Prestador.</p>
<p><b>2.2.5.2.</b></p>	<p><b>Característica REG 1.4:</b>  “Se aplican procedimientos establecidos para evitar pérdidas, mantener la integridad de los registros y su confidencialidad, por el tiempo establecido en la regulación vigente”</p>	<p><b>Sobre los plazos en que se debe guardar y respaldar datos e información relativa a los pacientes:</b></p> <p>Actualmente la regulación al respecto presenta vacíos, no es uniforme ni de general aplicación para toda clase de prestadores institucionales de salud del país.</p> <p>Debe tenerse presente, en todo caso, que esa situación regulatoria cambiará drásticamente en virtud de la próxima entrada en vigencia de una legislación relativa a “los derechos y</p>

		<p>deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”, la que exigirá que la ficha clínica sea mantenida <b><u>por un período de, al menos, quince años por toda clase de prestadores de salud.</u></b></p> <p>En el intertanto, y en relación a la normativa reglamentaria actualmente vigente, debe señalarse:</p> <p>1) El Artículo 17 del Reglamento de <b>Clínicas y Hospitales</b> (D.S. N°161/82, del MINSAL), establece que las fichas clínicas y demás registros clínicos deben conservarse “<b>por un mínimo de diez años. El plazo señalado regirá a contar de la última atención efectuada al paciente.</b>”;</p> <p>2) El Artículo 12 del Reglamento de <b>Laboratorios Clínicos</b> (D.S.N° 433/93, del MINSAL) establece la obligación de mantener los registros relativos a exámenes “<b>por un plazo no inferior a dos años, a contar de la fecha de realización del examen.</b>”.</p> <p>3) El Artículo 21 del Reglamento de Farmacias (D.S. N° 466/84, del MINSAL), que, en lo pertinente, se aplica a los establecimientos de atención cerrada y abierta, dispone que “<i>las recetas despachadas de productos de venta restringida deberá foliarse correlativamente y se archivarán en forma cronológica, pudiendo destruirse al cabo de un año.</i>”.</p> <p>4) El <b>Reglamento de Salas de Procedimiento y pabellones de Cirugía Menor</b> (D.S. N° 283/97, del MINSAL), su Artículo 18 establece el deber de mantener “registros de procedimientos e intervenciones de cirugía menor, en su caso, foliados y autorizados por el Servicio de Salud correspondiente”, <b>sin que se establezca un plazo mínimo de conservación</b> de tales registros. En estos casos, y mientras no entre en vigencia la legislación “sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”, antes referida, debe entenderse que los registros deberán mantenerse indefinidamente.</p> <p>5) Por último, debe tenerse presente que, en el caso de los <b>establecimientos del sector público</b>, la aplicación de las normas</p>
--	--	---

		precedentes puede verse alterada por la aplicación de las normas atinentes a sus respectivos estatutos legales. En tal sentido, deben tenerse presente las instrucciones de la Contraloría General de la República al respecto, la más relevante de las cuales se contiene en su Dictamen N° 28.704, de 1981, la que se aplica a falta de otra normativa legal o reglamentaria sobre esta materia, la que no establece un plazo determinado para la eliminación de documentos, exigiendo que, en tales casos, la respectiva jefatura superior, mediante la dictación de un decreto o resolución exenta, fije dichos plazos de acuerdo con criterios técnicos y atendida la naturaleza de los diversos tipos de documentos.
<b>2.2.6.</b>	<b>Ámbito Seguridad del Equipamiento</b>	<b>Interpretación</b>
<b>2.2.6.1.</b>	<b>Característica EQ 2.1:</b> <i>"Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes".</i>	<b>Sobre si esta característica es aplicable a un prestador que sólo tiene ambulancias para traslado de pacientes:</b>  Si tales ambulancias son utilizadas para atender el traslado de pacientes en situación de urgencia, le es aplicable esta característica.
<b>2.2.7.</b>	<b>Ámbito Seguridad de las Instalaciones</b>	<b>Interpretación</b>
<b>2.2.7.1.</b>	<b>Característica INS 1.1 AC:</b> <i>"El prestador institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo".</i>  <b>Tercer Elemento Medible:</b> <i>"Existe un Informe de evaluación del riesgo de incendio, elaborado por bomberos (quinquenal)"</i>	<b>Sobre si es admisible que el informe de evaluación del riesgo de incendio sea realizado por un bombero de manera individual:</b>  Es admisible, siempre que ese informe cuente con la aprobación del Director de la Compañía de Bomberos local.
<b>2.2.7.2.</b>	<b>Característica INS 1.1:</b> <i>"El prestador institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo".</i>  <b>Quinto Elemento Medible:</b>	<b>Sobre cómo se consta el 5° elemento medible de esta característica, si el prestador institucional no cuenta con red seca ni red húmeda, y lo único que posee son extintores.</b>  Sólo se debe constatar el cumplimiento de esta característica respecto de los dispositivos de

	<p>"Se constata:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recarga vigente de extintores</li> <li>- Red seca y húmeda accesibles</li> <li>- Cumplimiento de mantenimiento preventivo de red seca, húmeda y sistemas automatizados de mitigación de incendios (en caso de disponerse de estos dos últimos)."</li> </ul>	<p>control de incendio existentes en el prestador. Por tanto, en el caso planteado sólo corresponderá constatar la recarga vigente de extintores.</p>
<b>2.2.8.</b>	<b>Ámbito Servicios de Apoyo</b>	<b>Interpretación</b>
<b>2.2.8.1.</b>	<p><b>Característica APF 1.3 AC:</b>  <i>"Se mantiene un stock mínimo de medicamentos e insumos predefinido en las unidades de pacientes de mayor riesgo".</i></p> <p><b>Primer Elemento Medible:</b>  <i>"Se ha designado el responsable de la mantención del stock mínimo de medicamentos e insumos de las unidades críticas de la institución."</i></p> <p><b>Segundo Elemento Medible:</b>  <i>"Se documenta una definición del stock mínimo de medicamentos e insumos en dichas unidades."</i></p> <p><b>Tercer Elemento Medible:</b>  <i>"Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de reposición del stock y periodicidad de este."</i></p> <p><b>Cuarto Elemento Medible:</b>  <i>"Existe constancia de que el stock mínimo se repone oportunamente."</i></p>	<p><b>Sobre a cuales unidades clínicas se refiere esta característica:</b></p> <p>El prestador institucional debe definir en un documento de carácter institucional cuáles son las unidades críticas, en las que debe mantenerse el stock mínimo de medicamentos e insumos. Dicho "stock mínimo de medicamentos e insumos" se encuentra definido en el Glosario de Términos del Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada como la <i>"existencia o reserva mínima de medicamentos e insumos clínicos que se debe mantener para asegurar el otorgamiento oportuno de un tratamiento médico impostergable"</i>. Por tanto, y de acuerdo a la clase de pacientes que se atienden en el prestador, dicho documento deberá comprender entre tales unidades no sólo a las Unidades Críticas, sino también a aquellas unidades que atienden pacientes de mayor riesgo, tales como el Servicio de Urgencia, Pabellón Quirúrgico, Diálisis u otras que el propio prestador señale en dicho documento institucional.</p> <p>Se aclara que esta característica se mide sólo en la unidad de farmacia y se debe considerar cumplida cuando los elementos medibles se verifican en todas las unidades definidas por el prestador en el documento de carácter institucional antes referido.</p>
<b>2.2.8.2.</b>	<p><b>Característica APF 1.4 AA y APF 1.5 AC:</b>  <i>"Farmacia estandariza procedimientos relacionados con medicamentos y evalúa su</i></p>	<p><b>Sobre si las muestras médicas de fármacos al interior de las consultas médicas deben cumplir con el ítem de almacenamiento establecido en esta característica:</b></p>

	<i>cumplimiento en las distintas Unidades Clínicas”.</i>	Las consultas médicas no constituyen puntos de verificación en los manuales actualmente vigentes, por tanto, esta característica no les es aplicable.
<b>2.2.8.3.</b>	<p><b>Característica APE 1.2 de AA y AC:</b> <i>“Las etapas de lavado, preparación y esterilización propiamente tal se realizan en forma centralizada”.</i></p> <p><b>Segundo Elemento Medible:</b> <i>“Se constata que la etapa de esterilización propiamente tal se realiza en el servicio de Esterilización.”</i></p>	<p><b>Sobre si se cumplen las exigencias de esta característica cuando en un prestador existen autoclaves de sobremesa, instalados fuera del servicio de esterilización y son operados bajo la supervisión de este servicio:</b></p> <p>Atendido lo previsto en el Segundo Elemento Medible de la característica APE1.2 no puede sino concluirse que, para el debido cumplimiento de sus exigencias, <b>todos los equipos de esterilización deben estar en la Central de Esterilización.</b></p>
<b>2.2.8.4.</b>	<p><b>Característica APT 1.2:</b> <i>“El proceso de transporte de pacientes cumple condiciones mínimas de seguridad”.</i></p>	<p><b>Sobre si se aplica esta característica a un prestador cuando el servicio de transporte se encuentra externalizado.</b></p> <p>En esa circunstancia, no es dable aplicar esta característica a ese prestador.</p>
<b>2.2.8.5.</b>	<p><b>Característica APD 1.4:</b> <i>“Se ejecuta un programa de control de calidad del agua tratada para hemodiálisis”.</i></p> <p><b>Segundo Elemento Medible:</b> <i>“Se constata cumplimiento de control de calidad según regulación vigente.”</i></p>	<p><b>Sobre cuál es la “regulación vigente” a que hace referencia el segundo elemento medible de esta característica:</b></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, aprobado por el D.S. N°2.357, de 1994, del MINSAL.</p>
<b>2.2.9.</b>	<b>Normas contenidas en la Introducción a las Pautas de Cotejo:</b>	<b>Interpretación</b>
<b>2.2.9.1.</b>	<b>Letra A. de la Introducción a las Pautas de Cotejo:</b> <i>“Los lugares de verificación contenidos en este manual representan una formulación genérica de la estructura organizativa interna que puede tener un prestador institucional de atención cerrada. Por ello, si la organización del prestador institucional que solicita la acreditación es distinta a la</i>	<b>Sobre cómo se definen indicadores y umbrales de cumplimiento en servicios o unidades que funcionan como uno solo en el prestador, pero que, en la Pauta de Cotejo de los Manuales, figuran desagregados en diversos puntos de verificación (por ejemplo, servicios de medicina y cirugía formando parte de un servicio médico quirúrgico, o pabellones quirúrgicos generales donde se realiza tanto cirugía mayor ambulatoria, como cirugía obstétrica y ginecológica y cirugía</b>

	<p>prevista en el presente manual, se evaluará el prestador de acuerdo al tipo de pacientes que se atienden en las distintas estructuras. Así por ejemplo el Servicio Médico Quirúrgico deberá ser evaluado en tanto Servicio de Medicina (en términos de cumplimiento de requisitos asociados a pacientes médicos), así como Servicio de Cirugía (cumplimiento de requisitos asociados a pacientes quirúrgicos), por ello este servicio será evaluado, siguiendo el manual en las columnas Med y Cir.”</p>	<p><b>general):</b></p> <p>En estos casos deben definirse indicadores y umbrales de cumplimiento por cada punto de verificación señalado en la Pauta de Cotejo de los Manuales, porque los pacientes de las diferentes categorías incluidos en una misma unidad no son comparables, no tienen los mismos riesgos de eventos adversos y las actividades orientadas a mejorar su seguridad pueden ser diferentes.</p>
<p><b>2.2.9.2.</b></p>	<p><b>Inciso 5º, de la Letra B. de la Introducción a las Pautas de Cotejo:</b> “En las ocasiones en que se define “documento de carácter institucional” debe constar la aprobación por el Director del prestador institucional.”</p>	<p><b>Sobre los requisitos formales que deben cumplir en los prestadores públicos los documentos para ser estimados como “documento de carácter institucional”, según las exigencias del Manual de Acreditación</b></p> <p>En los organismos públicos el carácter institucional de un documento se adquiere a través de un acto administrativo que lo aprueba y oficializa como tal. Dicho acto administrativo estará, normalmente, constituido por una resolución, debidamente fechada y firmada <u>por el director del establecimiento que aprobó tal documento</u>. Dicho acto administrativo puede también adoptar la forma de un oficio, ordinario o memorándum, debidamente fechados y firmados, todos los cuales pueden ser incluidos o adjuntados al mismo documento.</p> <p>Respecto de los prestadores institucionales públicos que utilizan sistemas informáticos para mantener sus documentos institucionales, se requiere de una resolución u otra clase de acto administrativo, dictado por el director del establecimiento, que ordene tal forma de mantención de los documentos institucionales, así como la forma en que tales documentos se ingresan a dicho sistema informático y como se resguarda su integridad, de modo que ellos no sean vulnerables a modificaciones por parte de personas no autorizadas.</p>
	<p><b>Inciso 5º, de la Letra B. de</b></p>	<p><b>Sobre si los documentos de carácter</b></p>

2.2.9.3.	<p><b>la Introducción a las Pautas de Cotejo, AA:</b> <i>"En las ocasiones en que se define "documento de carácter institucional" debe constar la aprobación por el Director del prestador institucional."</i></p>	<p><b>institucional de los centros de salud urbanos, rurales y CESFAM deben ser firmados por los encargados de salud municipal o por el director del establecimiento.</b></p> <p>Cumplíendose los mismos requisitos formales señalados en el numeral anterior, el acto administrativo aprobatorio del documento debe ser dictado y, por tanto, firmado, por el respectivo <u>director local</u> del centro de salud urbano, rural o CESFAM.</p>
----------	--	---

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

(Las referencias a las características de este Manual se harán señalando sus códigos y agregando las letras "LC")

	<b>Norma del Manual que se interpreta</b>	<b>Interpretación</b>
3.1.	<p><b>Acápite III del Manual, sobre "Reglas de Decisión"; Sexta Característica Obligatoria; perteneciente al Ámbito Acceso, Oportunidad y Continuidad de la atención, individualizada como "AOC 1.2" y cuya denominación se señala como "Procedimiento de notificación de resultados críticos"</b></p>	<p><b>Sobre cuál es la Sexta Característica Obligatoria del Manual de Acreditación de Laboratorios Clínicos:</b></p> <p><b>Se aclara que, 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 <u>es "AOC 1.3", referida al procedimiento de notificación de resultados críticos.</u></b></p>
3.2.	<p><b>Ámbito Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención (AOC)</b></p>	<p><b>Interpretación</b></p>
3.2.1.	<p><b>Característica AOC 1.2 LC:</b> <i>"Se utilizan procedimientos explícitos para priorizar la atención de los pacientes de acuerdo a su vulnerabilidad y nivel de riesgo".</i></p>	<p><b>Sobre si aplica esta característica a un Laboratorio Clínico cuyo tiempo de espera es menor a 10 minutos y sus usuarios son pacientes sanos:</b></p> <p>Todos los laboratorios que deseen acreditarse deben definir y utilizar un sistema de priorización de la atención de sus pacientes, de</p>

	conformidad a la exigencia que esta característica indica.
--	--

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

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

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


  
*Maria Soledad Velásquez*
  
**MARÍA SOLEDAD VELÁSQUEZ URRUTIA**
  
**INTENDENTA DE PRESTADORES (Suplente)**
  
**SUPERINTENDENCIA DE SALUD**


  
**HOG/RCS**
  
**Distribución:**

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras Autorizadas
- Subsecretario de Redes Asistenciales
- Jefa del Departamento de Calidad de la Subsecretaría de Redes del Ministerio de Salud
- Directora del Instituto de Salud Pública
- Superintendente
- Fiscal
- Intendente de Fondos y Seguros
- Jefe Subdepto. Acreditación IP
- Jefe Subdepto. de Coordinación Legal y Registro de Prestadores IP
- Jefe Unidad de Gestión de Procesos IP
- Observatorio de Buenas Prácticas IP
- Coordinación de Agencias Regionales
- Jefe Subdepartamento de Atención de Usuarios
- Agentes Regionales
- Archivo