



Intendencia de Prestadores
Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

CIRCULAR IP/Nº 24

SANTIAGO, 16 MAYO 2013

APRUEBA LA VERSIÓN Nº2 DEL "COMPENDIO DE CIRCULARES QUE INSTRUYEN A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE LA INTERPRETACIÓN DE LAS NORMAS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD", DICTA NUEVAS INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE LA INTERPRETACIÓN DE LAS NORMAS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN QUE SEÑALA Y MODIFICA LAS CIRCULARES QUE INDICA.-

VISTOS: Lo dispuesto en el Artículo 121 Nº 1 del D.F.L. Nº 1/2005, del Ministerio de Salud y en el "Reglamento sobre el Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud", aprobado por el Decreto Supremo Nº 15, de 2007, del Ministerio de Salud, todo ello en relación a lo previsto en el Nº 2 de los Acápites II de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud vigentes; lo dispuesto en la Circular IP Nº 19, de 21 de febrero de 2012, que establece y organiza el "Compendio de Circulares Interpretativas sobre las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud"; en la Circular IP Nº 23, de 26 de octubre de 2012; en la Resolución Exenta SS/Nº 1972, de 7 de diciembre de 2012, y Afecta SS Nº 57, de 4 de julio de 2012, del Superintendente de Salud;

CONSIDERANDO:

1) La necesidad de crear, perfeccionar y mantener instrumentos normativos que reflejen ordenada e integralmente las instrucciones e interpretaciones que esta Intendencia ha impartido en ejercicio de las facultades que le otorgan las normas del

Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, para la mejor comprensión de su jurisprudencia administrativa en la materia;

2) Que, en virtud de lo ordenado en el N° 6 de la Circular IP N° 23, de 26 de octubre de 2012, sus contenidos deben ser incorporados al "Compendio de Circulares Interpretativas sobre las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud" y debe emitirse la correspondiente "Versión N°2" de dicho Compendio; y

3) Que, junto con lo anterior, resulta necesario dictar nuevas instrucciones sobre la interpretación de ciertas normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, así como modificar o suprimir algunas de las instrucciones dictadas al efecto;

Y TENIENDO PRESENTE, lo previsto en la Circular IP N° 19, de 21 de febrero de 2012, que establece y organiza el "Compendio de Circulares Interpretativas sobre las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud", vengo en dictar la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1° MODIFÍCASE la Circular IP/N°19, de 21 de febrero de 2012, en los siguientes sentidos:

1.1. SUSTITÚYESE el nombre de esa Circular por el siguiente: "**ESTABLECE Y ORGANIZA EL "COMPENDIO DE CIRCULARES QUE INSTRUYEN A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE LA INTERPRETACIÓN DE LAS NORMAS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD"**":

1.2. SUSTITÚYESE su numeral 1°, por el siguiente: "**1° ESTABLÉCESE EL "COMPENDIO DE CIRCULARES QUE INSTRUYEN A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE LA INTERPRETACIÓN DE LAS NORMAS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD"**, en adelante "**el Compendio**", instrumento que contendrá, ordenadamente, la versión oficial y vigente de los textos relativos al conjunto de instrucciones dictadas por ella en materia de aclaraciones e instrucciones sobre las interpretaciones que se deben dar a las normas que regulan el Sistema de Acreditación de los Prestadores Institucionales de Salud, contenidas en las circulares que esta Intendencia dicte a esos efectos y cuyo texto vigente se aprobará por resolución exenta de esta Intendencia de Prestadores."

1.3. MODIFÍCASE su numeral 2° en los siguientes sentidos:

a) SUSTITÚYESE la referencia a la "Unidad de Apoyo Legal" por el "**Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud**";

b) REEMPLÁZASE su letra d), por la siguiente: "d) La referencia a las circulares que hayan dictado las respectivas instrucciones, así como a las circulares o resoluciones de esta Intendencia que las hubieren modificado o derogado;"

1.4. MODIFÍCASE su numeral 3º en el sentido que las referencias que allí se hacían a la "Unidad de Apoyo Legal" deben entenderse referidas al **Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud**;

2º ORDÉNASE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS, en los procedimientos de acreditación que ejecuten, a interpretar 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, en los sentidos que a continuación se indican: (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	
2.1.	Ámbito Gestión Clínica (GCL)	Interpretación
2.1.1.	<p>Característica GCL 1.1:</p> <p><i>"Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación pre - anestésica."</i></p> <p>Primer Elemento Medible:</p> <p><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>Cuarto Elemento Medible:</p> <p>Se constata: presencia de evaluación pre-anestésica en pacientes intervenidos.</p>	<p>Sobre si la forma de constatar la presencia de evaluación pre-anestésica en los pacientes intervenidos, a que se refiere el Cuarto Elemento Medible de esta Característica, debe estar comprendido en el procedimiento a que se refiere el Primer Elemento Medible, se aclara:</p> <p>El documento de carácter institucional a que se refiere esta Característica debe describir explícitamente todo el procedimiento de evaluación pre-anestésica, íntegramente, lo cual incluye contemplar que, mediante la firma de quien otorga la anestesia, éste deja constancia que ha tomado conocimiento de dicha evaluación.</p>

2.2.	Ámbito Competencias del Recurso Humano (RH)	
2.2.1.	Característica RH 1.1: <i>"Los profesionales médicos y cirujanos dentistas que se desempeñan en forma permanente o transitoria de la institución están debidamente habilitados".</i>	Sobre si el personal que realiza exclusivamente actividades de docencia clínico-asistencial debe ser considerado como personal permanente o transitorio: Dicho personal debe ser considerado como personal que cumple funciones transitorias. <u>Esta instrucción iniciará su vigencia a contar del sexto mes posterior a la notificación de la presente circular.</u>

3° MODIFÍCANSE las Circulares de esta Intendencia que a continuación se señalan, mediante las cuales se han dictado instrucciones a las Entidades Acreditadoras en materia de interpretación de las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, en los siguientes sentidos:

3.1. MODIFÍCASE la Circular IP N°8, de 19 de agosto de 2010, en los siguientes sentidos:

3.1.1. SUSTITÚYESE su numeral 2.1.1. por el siguiente: "Sobre la generalidad o especificidad del documento destinado a obtener el consentimiento informado del paciente, se aclara: En esta materia, debe estarse a lo que dispone la Ley N° 20.584 y su reglamento complementario (aprobado por el D.S. N° 31, de 2012, publicado en el Diario Oficial del 26 de noviembre de 2012). Asimismo, deberá estarse a lo que el Ministerio de Salud regule sobre la materia y a lo que esta Intendencia instruya a las Entidades Acreditadoras en su oportunidad."

3.1.2. SUSTITÚYESE su numeral 2.1.2. por el siguiente: "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: En esta materia, debe estarse a lo que dispone la Ley N° 20.584 y su reglamento complementario (aprobado por el D.S. N° 31, de 2012, publicado en el Diario Oficial del 26 de noviembre de 2012). Asimismo, deberá estarse a lo que el Ministerio de Salud regule sobre la materia y a lo que esta Intendencia instruya a las Entidades Acreditadoras en su oportunidad."

3.2. MODIFÍCASE la Circular IP N°11, de 4 de abril de 2011, en los siguientes sentidos:

3.2.1. SUSTITÚYESE su Numeral 1.2., por el siguiente: "Sobre las Pautas de Cotejo que son aplicables a las Unidades de Diálisis, de Imagenología, de Laboratorio Clínico, de Atención Psiquiátrica Cerrada, de

Esterilización, de Radioterapia y de Quimioterapia de un Prestador Institucional de Atención Cerrada o Abierta, se aclara: De conformidad con lo dispuesto en los Artículos 4, 5 y 6 del "Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud", aprobado por Decreto Supremo N° 15/2007, del Ministerio de Salud, los prestadores institucionales son evaluados por el Estándar General que les corresponda, según su tipo y como un todo unitario. Las Pautas de Cotejo son una parte de las normas del Estándar que corresponde aplicar a cada prestador en su procedimiento de acreditación, por consiguiente, las unidades de apoyo, tales como las de Diálisis, de Imagenología o de Laboratorio Clínico, de un Prestador de Atención Cerrada o Abierta, deben ser evaluadas por las normas que se contienen en los respectivos acápite del Ámbito "Servicios de Apoyo" de la Pauta de Cotejo de los Manuales de Acreditación de Prestadores Institucionales de Atención Cerrada o de Atención Abierta, según el caso, aprobados por el Decreto Exento N° 18, de 2009, del Ministerio de Salud.

Los Manuales, y sus respectivas Pautas de Cotejo, para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada, Centros de Diálisis, Servicios de Esterilización, Servicios de Imagenología, y para Laboratorios Clínicos, aprobados, respectivamente, por los Decretos Exentos Nos. 33, 34, 35, 36 37, todos de 2010, del Ministerio de Salud, y los Manuales y Pautas de Cotejo para Servicios de Radioterapia y Quimioterapia, aprobados, respectivamente por los Decretos Exentos Nos. 346 y 347, de 2011, del Ministerio de Salud, se aplican a estas clases de prestadores cuando éstos existen y funcionan de un modo independiente de un prestador de atención cerrada o abierta."

3.2.2. SUSTITÚYESE su numeral 2.1.1., por el siguiente: "Sobre las exigencia relativas a la forma de verificar las características que se refieren a las compras de prestaciones a terceros se aclara que hay 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;

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."

3.2.3. SUSTITÚYESE el Numeral 2.2.1., por el siguiente: "Sobre si el instrumento donde constan los derechos de los pacientes puede ser folletería disponible en lugares como salas de espera, se aclara: En virtud de lo dispuesto en el Artículo 8° 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, el Sr. Ministro de Salud dictó, con fecha 24 de septiembre de 2012, la **Resolución Exenta N° 605,** la cual estableció el contenido de la "**Carta de Derechos y Deberes de las Personas en relación con la Atención de Salud**" y se aprobó el "**Manual Técnico que contiene la Normativa Gráfica que establece el correcto uso de la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes en las Instituciones de Salud**". Como consecuencia de tales normas, **resulta obligatorio, para todos los prestadores institucionales e individuales, públicos y privados, mantener en lugar público y visible una impresión de la Carta de Derechos y Deberes, de acuerdo a las indicaciones del Manual Técnico antes referido,**

debiendo asegurarse que todas las personas que acceden a sus dependencias puedan visualizarla.

Además, y en el sentido antedicho, el N° 7 de la Resolución Exenta N° 605 del Sr. Ministro de Salud antes señalada, dispone: '**A contar de la fecha de publicación de esta resolución en el Diario Oficial, deberá sustituirse cualquier documento, afiche, folleto o similar que contenga una Carta de Derechos y Deberes diversa a la determinada en este acto administrativo, en el entendido que éste permite dar cumplimiento a lo dispuesto en el apartado sobre dignidad del paciente establecido en el Anexo N° 3 del Decreto Exento N° 18 de 2009, de este Ministerio de Salud, que aprobó los Estándares Generales del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud.**' Debe tenerse presente que la Resolución Exenta N° 605 antes señalada fue publicada en el Diario Oficial de la República correspondiente al día **28 de septiembre de 2012.**"

3.3. MODIFÍCASE la Circular IP N°13, de 30 de junio de 2011, en los siguientes sentidos:

3.3.1. MODIFÍQUESE su numeral 1.1. en la siguiente forma:

a) REEMPLÁZASE la materia consultada, por la siguiente: "Sobre los aranceles aplicables a los procesos de acreditación de los prestadores institucionales consistentes en establecimientos de Atención Psiquiátrica Cerrada, Centros de Diálisis, Servicios de Esterilización, Servicios de Quimioterapia, Servicio de Radioterapia, Servicios de Imagenología y Laboratorios Clínicos, se aclara:"; y

b) SUSTITÚYESE su N°1 por el siguiente: "Los aranceles aplicables a los procesos de acreditación de los prestadores institucionales que a continuación se señalan son los siguientes: a) Los prestadores institucionales de **Atención Psiquiátrica Cerrada** (hospitales y clínicas psiquiátricas), para efectos arancelarios, son considerados como prestadores institucionales de atención cerrada de baja complejidad, de modo que el arancel que les es aplicable asciende a **60 UTM**; b) Los **Centros de Diálisis**, que funcionan de forma separada de un prestador institucional de atención abierta o cerrada, para efectos arancelarios, son considerados como prestadores de atención abierta de mediana complejidad, de modo que el arancel que les es aplicable asciende a **80 UTM**; c) Los prestadores institucionales de **Servicios de Esterilización**, que funcionan de forma separada de un prestador institucional de atención abierta o cerrada, para efectos arancelarios, son considerados como prestadores de atención abierta de baja complejidad, de modo que el arancel que les es aplicable asciende a **40 UTM**; d) Los prestadores institucionales de **Servicios de Quimioterapia**, que funcionan de forma separada de un prestador institucional de atención abierta o cerrada, para efectos arancelarios, son considerados como prestadores de atención abierta de mediana complejidad, de modo que el arancel que les es aplicable asciende a **80 UTM**; y e) Los prestadores institucionales de **Servicios de Radioterapia**, que funcionan de forma separada de un prestador institucional de atención abierta o cerrada, para efectos arancelarios, son considerados como prestadores de atención abierta de alta complejidad, de modo que el arancel que les es aplicable asciende a **100 UTM.**"

3.3.2. DERÓGASE su numeral 1.4.;

3.3.3. En su numeral 1.3., SUSTITÚYESE su N°2 por el siguiente: "2. 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."

3.3.4. En su numeral 2.2.1.1., AGRÉGUENSE el siguiente párrafo final: "Se deben entender excluidos de la aprobación de dicho Comité, aquellos estudios propios de la estadística de la gestión hospitalaria o de instituciones de salud y/o aquéllos propios de la gestión interna del establecimiento."

3.3.5. SUSTITÚYESE su numeral 2.2.5.1. por el siguiente: "**Sobre el sentido y alcance del concepto "stock mínimo" a que alude esta característica, se aclara:** 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*".

Por tanto, esta definición y la finalidad que ella explicita, deben guiar a los prestadores en la determinación de los elementos que deben mantener en stock mínimo, tanto de medicamentos como insumos, en las distintas unidades del establecimiento, consideradas de mayor riesgo para los pacientes, por ejemplo UPC, Pabellón, Urgencia, etc.

Así, por ejemplo, caen evidentemente dentro de esta categoría los medicamentos e insumos relacionados con cuadros o complicaciones agudas más específicas que demandan intervención inmediata, por ejemplo, para tratar un cuadro de hipertermia maligna, un shock anafiláctico, el manejo de ciertas arritmias, e insumos para inicios de tratamientos impostergables (catéteres, sondas, etc). Lo importante, en todo caso, es que sea el propio prestador el encargado de determinarlo según su realidad local."

3.3.6. SUSTITÚYESE el segundo párrafo de su numeral 2.2.5.3. por el siguiente: "Si el prestador, además, compra servicios de hemodiálisis o peritoneodiálisis para sus pacientes crónicos, también debe cumplir la característica APD 1.1, y demostrando (***mientras la Garantía Explícita de Calidad del Régimen AUGE no exija la acreditación del prestador al que se compran tales servicios***) que compra dichas prestaciones a prestadores que cuentan con su respectiva resolución de autorización sanitaria vigente."

3.3.7. SUSTITÚYESE el segundo párrafo de su numeral 2.2.5.4. por el siguiente: "Si el prestador, además, compra servicios de hemodiálisis o peritoneodiálisis también debe cumplir la característica APD 1.1, y demostrando (***mientras la Garantía Explícita de Calidad del Régimen AUGE no exija la acreditación del prestador al que se compran tales servicios***) que compra dichas prestaciones a prestadores que cuentan con su respectiva resolución de autorización sanitaria vigente."

3.4. MODIFÍCASE la Circular IP N° 15, de 30 de septiembre de 2011, en los siguientes sentidos:

3.4.1. SUSTITÚYESE su Numeral 2.1.1. por el siguiente: "Sobre qué características de este componente son aplicables a un prestador

institucional **de Atención Cerrada**, que compra servicios a un laboratorio externo pero mantiene salas de tomas de muestras en propiedad y administración o no, se aclara: En tales casos son aplicables a dicho prestador las características APL 1.1, sobre compra de servicios a terceros; la característica APL 1.2 referida a los procesos de la etapa pre analítica. Debe tenerse presente, además, que en tales casos, resulta aplicable la característica AOC 1.3 **AC**, sobre notificación oportuna de situaciones de riesgo detectadas a través de exámenes diagnósticos."

3.4.2. SUSTITÚYESE su Numeral 2.1.2. por el siguiente: **"Sobre qué características de este componente son aplicables y evaluables a un prestador institucional de Atención Abierta, que compra servicios a un laboratorio y mantiene salas de tomas de muestras en su interior, se aclara:** Si las salas de tomas de muestras **se mantienen en propiedad y administración del laboratorio externo**, en la evaluación son aplicables solamente las características sobre compra de prestaciones a terceros (APL 1.1) y AOC 1.2, sobre notificación oportuna de situaciones de riesgo detectadas a través de exámenes diagnósticos. Por el contrario, **si las salas de tomas de muestras se mantienen en propiedad y administración del Prestador que desea acreditarse**, en tales casos son aplicables a dicho prestador las características APL 1.1, sobre compra de servicios a terceros; la característica APL 1.2 referida a los procesos de la etapa pre analítica y AOC 1.2, sobre notificación oportuna de situaciones de riesgo detectadas a través de exámenes diagnósticos."

3.4.3. SUSTITÚYESE su Numeral 2.1.3. por el siguiente: **"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 y, si respecto de las determinaciones no consideradas en dicho programa es obligatorio para las instituciones comprar dichos servicios a empresas extranjeras, se aclara:** El programa de control externo de la calidad a que hace referencia esta característica del sistema de acreditación 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.

En ese sentido, para dar por establecido razonablemente que el laboratorio participa en un programa de control de calidad externo 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 ellos se aplican, al menos, a un subprograma de cada área técnica de la que dispone el laboratorio. A modo de ejemplo, si el laboratorio realiza exámenes de química clínica, debiera estar adscrito, al menos, al subprograma de química sanguínea, al de química de orina cuantitativa, o a cualquier otro subprograma de esa área.

Para estos efectos, y en tanto no se demuestre mejor evidencia en contrario o se dicten normativas al efecto, las Entidades Acreditadoras entenderán que los subprogramas y sus respectivas áreas técnicas son las que determine el Programa Anual de Control de Calidad Externa establecido por el Instituto de Salud Pública de Chile y que se encuentre vigente el día de inicio de las evaluaciones."

3.4.4. SUSTITÚYESE su numeral 2.5.1. por el siguiente: **"Sobre la aplicación de las características del Estándar, en el caso de prestadores que no poseen Servicio de Anatomía Patológica y donde las biopsias tomadas en el establecimiento se envían a distintos prestadores de servicios de anatomía patológica, seleccionados por el profesional tratante,**

sin que en ello intervenga la institución, se aclara: 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 tomadas al interior del 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 las siguientes características del Estándar:

- a) **Característica APA 1.1.**, sobre adquisición de servicios de anatomía patológica sólo a terceros acreditados (o con autorización sanitaria, mientras la Garantía Explícita de Calidad del Régimen AUGE no exija la acreditación del prestador al que se compran tales servicios). Para que el elemento medible de esta característica pueda cumplirse, resulta imprescindible que la dirección del prestador institucional exija a todos los profesionales que obtengan biopsias en el establecimiento el estricto cumplimiento de dichos convenios de compra de prestaciones, poniéndolos en su conocimiento. En estos casos, la Entidad Acreditadora deberá verificar tales circunstancias para dar por cumplido tal elemento medible;
- b) **APA 1.2.**, sobre procedimientos explícitos y evaluación sistemática de la etapa preanalítica. Debe tenerse presente que, en este caso, el lugar de verificación debe ser la Dirección o Gerencia del Prestador;
- c) **Característica GCL 1.11 AC** o **GCL 1.8 AA**, relativa al registro, rotulación, traslado, recepción y trazabilidad de las biopsias; y
- d) **Característica AOC 1.3 AC**, o la **AOC 1.2 AA**, sobre notificación oportuna de situaciones de riesgo detectadas a través de exámenes diagnósticos."

3.4.5. SUSTITÚYESE su numeral 2.6.1. por el siguiente: "**Sobre cuáles características son aplicables a un prestador institucional que compra servicios de imagenología a otro prestador institucional distinto (en propiedad, con autorización sanitaria diversa y sin ninguna relación técnica ni administrativa), pero que se encuentra ubicado dentro de la planta física del primero, se aclara:** Aplican la característica **API 1.1**, es decir que la compra de servicios se realiza a un tercero acreditado (**o con autorización sanitaria, mientras la Garantía Explícita de Calidad del Régimen AUGE no exija la acreditación del prestador al que se compran tales servicios**); la característica **API 1.3**, que establece los requisitos que deben cumplir las solicitudes de exámenes y las indicaciones que se deben entregar a los pacientes; y la característica **AOC 1.3**, sobre notificación oportuna de situaciones de riesgo detectadas a través de exámenes diagnósticos."

3.5. MODIFÍCASE la Circular IP N° 17, de 30 de diciembre de 2011, en LOS siguientes sentido:

3.5.1. SUPRÍMESE su numeral 2.1.1.

3.5.2. SUPRÍMESE su numeral 2.2.1.2., sobre cómo evaluar el 2º elemento medible de la Característica DP 1.1 de los Estándares de Acreditación vigentes.

3.5.3. SUPRÍMENSE los dos párrafos finales de su Numeral 2.2.4.4.

3.5.4. SUSTITÚYESE el texto de su numeral 2.2.5.2.

por el siguiente: **"Sobre los plazos en que se debe guardar y respaldar datos e información relativa a los pacientes, se aclara:** De conformidad con lo previsto en el Artículo 13 de la Ley N° 20.586, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, la Ficha Clínica debe permanecer por un período de al menos quince años en poder del prestador. La antedicha normativa legal entró en vigencia el 1° de octubre de 2012."

3.5.5. SUSTITÚYESE el texto de su numeral 2.2.6.1.

por el siguiente: "Sobre si esta característica es aplicable a un prestador que sólo tiene ambulancias para traslado de pacientes, se aclara: Si tales ambulancias son utilizadas para atender el traslado de pacientes en situación de urgencia **o que pudieren presentar una situación de urgencia**, le es aplicable esta característica."

3.5.6. SUSTITÚYESE el texto de su numeral 2.2.7.1.

por el siguiente: "Sobre si es admisible que el informe de evaluación del riesgo de incendio sea realizado **por una Empresa externa del área de la prevención o** por un bombero de manera individual, se aclara: Es admisible, siempre que ese informe cuente con la aprobación del Director de la Compañía de Bomberos local."

3.5.7. SUSTITÚYESE el primer párrafo de su numeral

2.2.8.1., por el siguiente: **"Sobre a cuáles unidades clínicas se refiere esta característica, se aclara:** 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 mínimo de medicamentos e insumos" se encuentra definido en los Glosarios de los Manual de los Estándares de Acreditación 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". Por tanto, y de acuerdo a la clase de pacientes que se atienden en el prestador, dicho documento deberá comprender entre tales unidades, al menos, a las Unidades de Paciente Crítico, y podrá comprender 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 dicho documento institucional. 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."

3.6. MODIFÍCASE la Circular IP N° 23, de 26 de octubre de 2012, en los siguientes sentidos:

3.6.1. AGRÉGASE a su numeral 2.1. el siguiente párrafo final: "Si, de hecho, la Entidad obtuviere del prestador que le hubiere sido designado **antecedentes atinentes a las evaluaciones que deberá efectuar en el respectivo procedimiento de acreditación,** deberá entenderse que **la fecha de inicio de las evaluaciones,** para todos los efectos reglamentarios, será la fecha de recepción de tales antecedentes por parte de la Entidad que los haya solicitado."

3.6.2. SUSTITÚYESE el texto de su numeral 2.3. por el siguiente: **"Sobre cómo se evalúa un Banco de Sangre, y la consiguiente aplicabilidad de las Características de los Componentes de Medicina Transfusional (APtr) de Donantes de Sangre (APDs) y Centros de Sangre**

(APCs), se aclara: Depende de las funciones que el Banco de Sangre esté ejerciendo al momento de la acreditación, a saber:

- a) Se evaluará como Centro de Sangre si sólo realiza la producción y no realiza Atención de Donantes ni administra transfusiones;
- b) Se evaluará como Centro de Sangre y Unidad de Atención de Donantes si hace las funciones productivas y además atiende donantes;
- c) Se evaluará como Centro de Sangre, Unidad de Atención de Donantes y Unidad de Medicina Transfusional si realiza las tres funciones;
- d) Se evaluará como Centro de Sangre y Unidad de Medicina Transfusional si realiza funciones productivas y administra las transfusiones;
- e) Se evaluará como Unidad de Medicina Transfusional si sólo administra las transfusiones;
- f) Se evaluará como Unidad de Medicina Transfusional y Unidad de Atención de Donantes, si administra transfusiones, y atiende donantes; y
- g) Se evaluará como Unidad de Atención de Donante si sólo atiende donantes

Sin perjuicio de lo anterior, 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."

4° APRUÉBASE LA VERSIÓN N° 2 DEL "COMPENDIO DE CIRCULARES INTERPRETATIVAS SOBRE LAS NORMAS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD", la que será fechada en el día de hoy, la cual contiene, ordenadamente, la versión oficial y vigente de los textos relativos al conjunto de instrucciones dictadas hasta esta fecha a las Entidades Acreditadoras en materia de interpretaciones y aclaraciones a las normas que regulan el Sistema de Acreditación de los Prestadores Institucionales de Salud en las circulares que esta Intendencia ha dictado a esos efectos.

5° TÉNGASE COMO TEXTO OFICIAL DE LA "VERSIÓN N° 2" DEL COMPENDIO referido en el numeral precedente, y como parte integrante de la misma, el texto debidamente timbrado y firmado por funcionario del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia.

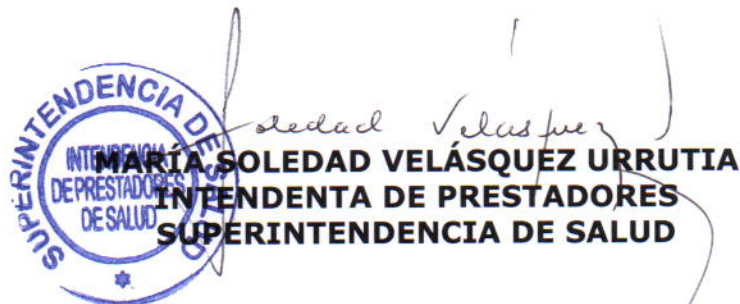
6° MANTÉNGASE Y ARCHÍVESE el original del texto oficial de la "**Versión N° 2**" en el Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia.

7° PUBLÍQUESE EN LA PÁGINA WEB de esta Superintendencia la "**Versión N° 2**" del "**Compendio de Circulares Interpretativas sobre las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud**" aprobada por la presente resolución.

8° NOTIFÍQUESE la presente resolución por carta certificada a los representantes legales de las Entidades Acreditadoras autorizadas.

9º VIGENCIA: La "Versión N° 2" del Compendio antes referido entrará en vigencia desde su notificación a las Entidades Acreditadoras.

COMUNÍQUESE Y REGÍSTRESE



CMR/HOG
Distribución:

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras Autorizadas (por correo electrónico y carta certificada)
- 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
- Jefa del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud
- Directora del Instituto de Salud Pública
- Jefa de la Unidad de la Unidad de Fiscalización de Laboratorios Clínicos ISP
- Superintendente (Suplente)
- Fiscal de la Superintendencia
- Unidad de Coordinación Regional y Gestión de Usuarios
- Jefe del Área de Atención de Usuarios Región Metropolitana
- Agentes Regionales
- Jefe del Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Encargado Unidad de Admisibilidad y Autorización IP
- Encargada Unidad de Fiscalización en Acreditación IP
- Encargada Unidad de Asesoría Técnica IP
- Funcionarios Analistas Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Ing. Eduardo Aedo IP
- Abog. Hugo Ocampo IP
- Oficina de Partes
- Archivo