

CIRCULAR IP N° 57

SANTIAGO, 05 ABR 2022

SUSTITUYE Y AGREGA LOS TEXTOS DE LAS INTERPRETACIONES QUE INDICA EN LA VERSIÓN N°5 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", APROBADA POR LA RESOLUCIÓN EXENTA IP/N°4330, DE 26 de OCTUBRE DE 2020.-

VISTOS: Lo dispuesto en el numeral 1° del Artículo 121 del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, en relación con lo previsto en el N°2 de los Acápites II de los Manuales de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y de Atención Abierta, de Atención Psiquiátrica Cerrada, de Centros de Diálisis, de Servicios de Esterilización, de Servicios de Imagenología, de Laboratorios Clínicos, de Servicios de Quimioterapia y de Radioterapia, para Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas, para prestadores institucionales que otorgan Atención Odontológica y para Laboratorios de Anatomía Patológica y Citología, aprobados, respectivamente, mediante los Decretos Exentos N°18, de 2009, Nos. 33, 34, 35, 36 y 37, de 2010, Nos. 346 y 347, de 2011, el N°128, de 2018, y los Nos. 11 y 52, de 2021, todos del Ministerio de Salud; en el Reglamento del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, aprobado por el D.S. N°15, de 2007, del Ministerio de Salud; 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; y en la Resolución Afecta RA 882/52/2020, de 3 de marzo de 2020;

CONSIDERANDO:

1°) Que, el debido cumplimiento de los objetivos sanitarios de las normas del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, exige una adecuada uniformidad de criterios en la ejecución de sus evaluaciones y en la adopción de sus decisiones por parte de las Entidades Acreditadoras, y su permanente actualización;

2°) Las múltiples solicitudes y consultas para la aclaración del sentido y alcance de las normas del antedicho Sistema de Acreditación formuladas a la Intendencia de Prestadores, especialmente de parte de las Entidades Acreditadoras y representantes de los diversos tipos de prestadores institucionales del país; y

3°) Que, en cuanto a la vigencia de esta Circular, atendido lo dispuesto y considerado **en el N°1 de la Circular IP/N°54**, de 6 de agosto de 2021, que "INSTRUYE A LAS ENTIDADES

ACREDITADORAS Y PRESTADORES INSTITUCIONALES INTERESADOS SOBRE LA MODIFICACIÓN DE LA VIGENCIA DE LAS INTERPRETACIONES NUEVAS Y MODIFICATORIAS SEÑALADAS EN LA CIRCULAR IP/Nº45, DE 13 de MARZO DE 2020, INCORPORADA EN EL ACÁPITE I DE LA VERSIÓN Nº5 DEL 'COMPENDIO DE CIRCULARES INTERPRETATIVAS DE LAS NORMAS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD', APROBADO POR LA RESOLUCIÓN EXENTA IP/Nº4.330, DE 26 DE OCTUBRE DE 2020", se estará al criterio establecido en esta última, **con las excepciones que allí se señalarán**;

Y TENIENDO PRESENTE las facultades que me confieren las normas legales y reglamentarias antes señaladas, **VENGO EN DICTAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS:**

1º MODIFÍCASE la VERSIÓN Nº5 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", aprobada por la Resolución Exenta IP/Nº4330, de 26 de octubre de 2020, en los siguientes sentidos:

1.1. En su ACÁPITE I: SUSTITÚYENSE las siguientes interpretaciones del texto de la CIRCULAR IP/Nº45, de 13 de marzo de 2020, en la forma que se indica en los nuevos textos que se presentan a continuación:

NÚMERO 30

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

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

- DP 2.1 sobre la utilización de documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo. Se consignará en el punto de verificación Hemodinamia.
- DP 4.2 sobre las actividades y procedimientos que realizan los alumnos de pregrado dentro de la Institución están definidos, y son evaluados periódicamente con la finalidad de proteger la seguridad de los pacientes y velar por el efectivo respeto de sus derechos. Se consignará en el punto de verificación PQ
- CAL 1.2 sobre la existencia de un responsable de coordinar las actividades de mejoría continua de la calidad en las Unidades, y se definen metas de calidad anuales en dichas unidades. Se consignará en el punto de verificación PQ
- GCL 1.1 sobre la aplicación de un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación pre – anestésica. Se consignará en el punto de verificación PQ General
- GCL 1.2 sobre la aplicación de un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Atención de enfermería. Se consignará en el punto de verificación PQ.
- GCL 1.4 sobre la aplicación de un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Reanimación cardiopulmonar. Se consignará en el punto de verificación PRO Hemodinamia.
- GCL 1.5 sobre la aplicación de un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Criterios de ingreso y egreso a unidades de paciente crítico. Se

- consignará en el punto de verificación PQ. Se consignará en el punto de verificación PQ.
- GCL 1.7 sobre la aplicación de un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Indicación de transfusión. Se consignará en el punto de verificación PQ.
 - GCL 1.12 sobre la aplicación de un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Proceso de identificación del paciente. Se consignará en el punto de verificación PQ.
 - GCL 2.3 sobre la vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención. Se consignará en el punto de verificación PQ.
 - GCL 3.3 sobre las actividades de supervisión que dan cuenta del cumplimiento de la normativa de Control y Prevención de las IAA. Se consignará en el punto de verificación PQ.
 - RH 2.2 sobre los programas de orientación. Se consignará en el punto de verificación PQ.
 - RH 3.1 sobre el programa de capacitación. Se consignará en el punto de verificación PQ.
 - RH 4.1 sobre el programa de control de riesgos a exposiciones. Se consignará en el punto de verificación PRO Hemod.
 - RH 4.2 sobre las acciones frente a accidentes laborales con material contaminado con sangre o fluidos corporales de riesgo y sustancias peligrosas. Se consignará en el punto de verificación PQ.
 - REG 1.3 sobre entrega al paciente de información relevante acerca de las prestaciones realizadas. Se consignará en el punto de verificación Pabellones de CMA
 - EQ 2.2 sobre mantenimiento de equipos en lo referido a imagenología
 - EQ 3.1 sobre equipos que deben ser operados por personal autorizado (en equipos de imagenología)
 - INS 2.1 sobre planes de evacuación actualizados, difundidos y sometidos a pruebas periódicas frente a los principales accidentes o siniestros. Se consignará en el punto de verificación PQ.
 - APF 1.2 sobre estructura organizacional de carácter técnico que define la adquisición de medicamentos e insumos. Se consignará en el punto de verificación PQ.
 - APE 1.2 sobre las etapas de lavado, preparación y esterilización propiamente tal se realizan en forma centralizada. Se consignará en el punto de verificación PQ.
 - APE 1.4 sobre el almacenamiento de material estéril se realiza de acuerdo a normas técnicas vigentes en la materia. Se consignará en el punto de verificación PQ.
 - API 1.2 sobre seguridad de los procedimientos imagenológicos.

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

OBSERVACIONES:

- 1) Mientras no entre en vigencia esta exigencia las características a constatar para Hemodinamia serán: DP 2.1/GCL 1.1/GCL 1.4/REG 1.3/EQ 2.2/EQ 3.1/API 1.2; y**

2) Asimismo, debe tenerse presente que, esta interpretación entrará en vigencia según se establecen las instrucciones señaladas en el Oficio Circular IP N°1/2022, según se recuerda en el N°2 de la presente Circular.

DP 1.1 AC
DP 1.1 AA
DP 1.1 APC
DP 1.1 LC
DP 1.1 CD
DP 1.1 SI
DP 1.1 SQ
DP 1.1 SR
DP 1.1 LAPC
DP 1.1 AO

NÚMERO 43

Sobre la forma de constatar el cumplimiento de la exigencia de la característica DP 1.1, atendido lo dispuesto en la Ley 20.584, sobre derechos y deberes de las personas en su atención de salud.
MODIFICADA

Atendido que, con fecha 27 de julio de 2019, se publicó la Ley N°21.168 que modificó 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, estableciéndose el derecho de atención preferente para las personas mayores de 60 años y las personas con discapacidad, el Sr. Ministro de Salud dictó la **Resolución Exenta N°138, de 12 de febrero de 2021**, mediante la cual se determinó el contenido del "**Afiche del derecho a Atención Preferente**" y, a la vez, se actualizó el contenido de la Carta de derechos y deberes de las personas en relación con la atención de salud que fuera establecido por la Resolución Exenta N°605, de 2012, del Ministro de Salud, y su manual de normas gráficas, normativas que son de obligatorio cumplimiento para toda clase de prestadores de salud del país, tanto institucionales como individuales, ya sean públicos o privados para los efectos de dar debido cumplimiento a la Característica DP 1.1 de los Estándares de Acreditación vigentes, **SE ACLARA** que los prestadores deberán mantener, en lugar público y visible, la Carta de Derechos y Deberes de las personas en relación con la atención de salud, ya sea en su versión **actualizada** por la Resolución Exenta N°138, de 2021, **o en su versión original** de 2012, **y además** el "**Afiche del derecho a Atención Preferente**", aprobado en el **N°1** de la Resolución Exenta N°138, de 12 de febrero de **2021**, asegurándose que todas las personas que accedan a sus dependencias puedan visualizar **ambos documentos**.

Se ACLARA, además, que, la actualización de la Carta dispuesta por la **Resolución Exenta N°138, de 2021** no obliga a los prestadores de salud a imprimir inmediata y nuevamente el material de difusión que actualmente tienen disponible la Carta de Derechos y Deberes de las personas en relación con la atención de salud, **sin embargo las nuevas impresiones que los prestadores efectúen de tales materiales** deberán realizarse bajo el formato actualizado que se aprueba por medio de la antedicha resolución.

Por último, **SE RECUERDA** que, en todo caso, conforme lo dispuesto en el inciso segundo del N°8 de la **Resolución Exenta N°138, de 2021, del Ministro de Salud**, antes referida, la Carta de Derechos y Deberes de las personas en relación con la atención de salud deberá publicarse actualizada en todos los canales digitales de difusión del prestador. **Esta última exigencia, sin embargo, no será objeto de las evaluaciones de la Entidad.**

TÉNGASE PRESENTE que, atendido que esta aclaración deriva de lo dispuesto en la Ley N°21.168, antedicha, **esta interpretación entra en vigencia desde la dictación de la presente circular.**

<p>APD 1.4 GCL 1.3 CD</p>	<p>NÚMERO 174 Sobre cuál es la "regulación vigente" a que hace referencia el segundo elemento medible de esta característica. <i>MODIFICADA</i></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°45, de 2017, del Ministerio de Salud, modificado por el Decreto Supremo N°39, de 2019, de ese mismo Ministerio.</p> <p><i>TÉNGASE PRESENTE</i> que, atendido que esta aclaración deriva de lo dispuesto en el Decreto Supremo N°39, de 2019, del Ministerio de Salud, <u>esta interpretación entrará en vigencia desde la dictación de la presente Circular.</u></p>
<p>GCL 1.2 AC GCL 1.3 AA</p>	<p>NÚMERO 68 Sobre la aplicabilidad de las características en las cuales "Vacunatorio" constituye un punto de verificación en aquellas instituciones que: administran vacunas a pacientes en Servicios/Unidades Clínicas y/o participan ocasionalmente en campañas de vacunación (ej. influenza) y/ o sólo administran vacunas a sus funcionarios, pero que no poseen un vacunatorio propiamente tal. <i>MODIFICADA</i></p> <p>Si el prestador administra vacunas, aplican las exigencias de esta característica en el punto de verificación "Vacunatorio", aunque no exista una dependencia con esa denominación o se administren exclusivamente a sus funcionarios. La constatación debe realizarse en los lugares donde se realice el almacenamiento y/o administración de las vacunas.</p> <p><i>Observación: Esta interpretación entrará en vigencia según se establecen las instrucciones señaladas en el Oficio Circular IP N°1/2022, según se recuerda en el N°2 de la presente Circular.</i></p>
<p>APA 1.2 GP 1.4 SI</p>	<p>NÚMERO 175 Sobre la aplicabilidad de la característica APA 1.2, en el caso de prestadores que no poseen Servicio de Anatomía Patológica y donde las biopsias obtenidas en el establecimiento se envían a distintos prestadores de servicios de Anatomía Patológica para su análisis. <i>MODIFICADA</i></p> <p>El Sistema de Acreditación persigue que el prestador institucional proporcione seguridad a los pacientes respecto de todas las prestaciones que se otorgan en él, lo que incluye la seguridad de las biopsias obtenidas por el prestador, aun cuando el análisis de las mismas sea realizado por terceros. Por lo mismo, el prestador institucional que desee acreditarse, aun cuando el análisis de las biopsias que se tomaron en él no se efectúen en ese mismo establecimiento, deberá dar cumplimiento a la característica APA 1.2.</p> <p>Asimismo, en esta situación recordamos que deben ser aplicables las características:</p>

	<p>GCL 1.11 AC o GCL 1.8 AA, relativa al registro, rotulación, traslado y recepción de las biopsias.</p> <p>GCL 2.3 AC o GCL 2.2 AA sobre vigilancia de eventos adversos.</p> <p>APA 1.1</p> <p>APA 1.2 (AC/AA), GP 1.4 (SI): sobre procedimientos explícitos y evaluación sistemática de la etapa preanalítica. En este caso, el lugar de verificación debe ser la Dirección o Gerencia del Prestador.</p> <p>AOC 1.3 AC, o AOC 1.2 AA sobre notificación oportuna de situaciones de riesgo detectadas a través de exámenes diagnósticos.</p> <p>Observación: Esta interpretación entrará en vigencia según se establecen las instrucciones señaladas en el Oficio Circular IP N°1/2022, según se recuerda en el N°2 de la presente Circular.</p>
<p>APL 1.3 GP 1.3 LC</p>	<p>NUMERO 185</p> <p>Sobre cómo constatar el segundo y tercer elemento medible de estas características, cuando el Laboratorio Clínico, debido a su contexto asistencial, no realiza exámenes urgentes o provenientes de unidades críticas en alguna de las áreas técnicas que se señalan como punto de verificación (Microbiología, Hematología, Bioquímica). MODIFICADA</p> <p>Si el Laboratorio Clínico declara no realizar exámenes urgentes o provenientes de unidades críticas deberá presentar a la Entidad Acreditadora el fundamento de ello y en tal caso la Entidad procederá a constatar para el segundo y tercer elementos medibles que se haya formulado un indicador con su respectivo umbral, atingente a uno de los procedimientos señalados en el primer elemento medible (Técnicas de ejecución de los exámenes, Tiempo de Respuesta de exámenes, Protocolos de Control de Calidad Internos, requisitos de calidad y utilización de calibradores o controles cuando corresponda), así como la respectiva evaluación periódica de él.</p> <p>OBSERVACIÓN: Esta interpretación entrará en vigencia según se establecen las instrucciones señaladas en el Oficio Circular IP N°1/2022, según se recuerda en el N°2 de la presente Circular.</p>

1.2. En el Acápite II del Compendio, que contiene los textos de los **"OFICIOS CIRCULARES VIGENTES POR LOS CUALES SE REMITEN 'ORIENTACIONES TÉCNICAS' A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS"**, **MODIFÍCASE** el texto del **OFICIO CIRCULAR IP/N°5, DE 6 DE MAYO DE 2013**, que "REMITE LA ACTUALIZACIÓN DE LAS "ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA CONSTATACIÓN DE LA TRAZABILIDAD DE BIOPSIAS Y COMPONENTES SANGUÍNEOS", **AGREGÁNDOSE** el siguiente **literal "C."**, en su **N°2**, sobre **"Listas de chequeo para aplicación en terreno"**, que forma parte de su literal a), sobre **"Verificación de la trazabilidad de biopsias"**, del acápite sobre **"Recomendaciones"** de dicho Oficio Circular, a saber:

"C. Prestadores de Laboratorios de Anatomía Patológica y/o Citología, que reciben las muestras de un tercero que las obtiene, que las analiza y que envía el resultado de las mismas.

#	Verificador	SI/NO
1	Proceso de ingreso de las muestras y procesamiento en el servicio de anatomía patológica, hasta la emisión de los informes	
1.1	Existe un registro de todas las muestras ingresadas y rechazadas por el laboratorio de anatomía patológica.	
1.2	El registro incluye todos los datos de identificación de cada muestra.	
1.3	Existe constancia de la causal de rechazo de cada muestra rechazada.	
1.4	Existe un sistema de identificación interno de las muestras que se aplica durante toda la fase analítica (por ejemplo, mediante código único asignado al momento de la recepción).	
1.5	Existe registro de todos los informes entregados por el laboratorio, y en caso de que éstos sean impresos, de su recepción conforme por parte del área o persona que lo recibe (ej., la secretaria o el mensajero).	

OBSERVACIÓN: *La recomendación precedente entrará en vigencia desde la fecha de dictación de la presente Circular.*

2° VIGENCIA DE LAS PRESENTES MODIFICACIONES A LA VERSIÓN N°5 del COMPENDIO DE CIRCULARES INTERPRETATIVAS: Atendido lo dispuesto en el **numeral 1° de la Circular IP/N°54**, que "INSTRUYE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS Y PRESTADORES INSTITUCIONALES Y PRESTADORES INTERESADOS SOBRE LA MODIFICACIÓN DE LA VIGENCIA DE LAS INTERPRETACIONES NUEVAS Y MODIFICATORIAS SEÑALADAS EN LA CIRCULAR IP/N°45, DE 13 de MARZO DE 2020", **SE REITERA** que las instrucciones de la presente Circular, entrarán en vigencia a los **seis meses contados desde el término de la vigencia del Decreto Supremo N°4, de 2020, del Ministerio de Salud**, sobre Alerta Sanitaria; así como que, **sin perjuicio de lo anterior, si el prestador institucional interesado en su acreditación o reacreditación hubiere ajustado su conducta a todas o algunas de las exigencias** de dichas instrucciones o de la presente Circular, podrá ser evaluado en sus futuros procesos conforme a ellas, debiendo la Entidad Acreditadora consultar al prestador institucional al respecto, previo a enviar a esta Intendencia el Cronograma de evaluaciones, de lo que dejará constancia en dicho Cronograma y en el texto del respectivo Informe de Acreditación.

EXCEPCIÓNANSE de lo antes señalado, a las interpretaciones **N°43** y **N°174**, señaladas en el **N°1.1.** precedente, por las razones que allí se indican, así como la recomendación señalada en el **N°1.2.** precedente.

3° REITÉRASE que, ante cualquier situación particular, duda o problema que afecte a un prestador institucional o a una Entidad Acreditadora, respecto de la aplicación de la presente normativa, la Intendencia de Prestadores resolverá en cada caso, en mérito a los hechos invocados y a los antecedentes justificativos que se acompañen.

4° EMÍTASE, por la Unidad de Regulación de esta Intendencia, un nuevo texto de la **VERSIÓN N°5** 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”, en el que se incorporen las normas que se modifican en el N°1 de la presente Circular y lo dispuesto en el N°2 precedente, sobre su vigencia.

5° NOTIFÍQUESE la presente circular a los representantes legales de las Entidades Acreditadoras, a sus correos electrónicos registrados en esta Intendencia.

6° TÉNGASE PRESENTE que, conforme a lo dispuesto en el Artículo 41 de la Ley N°19.880, la presente circular es susceptible de ser impugnada mediante los recursos administrativos de reposición y jerárquico, dentro del plazo de 5 días siguientes a su notificación ante este Intendente; asimismo, en subsidio del recurso antedicho, podrá interponerse el recurso jerárquico. Si sólo se interpusiere este último recurso, deberá interponerse para ante el Superintendente, dentro del plazo antedicho. Asimismo, cualquier interesado podrá solicitar aclaración de la presente circular.

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



Jeannette González Moreira
JEANNETTE GONZÁLEZ MOREIRA
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD (S)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

[Handwritten signature]
BRH/HOG
DISTRIBUCIÓN:

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras
- Representantes Legales Prestadores Institucionales de Salud Acreditados
- Representantes legales de los prestadores institucionales con solicitudes de acreditación o procesos de acreditación suspendidos o en trámite
- Directores/as de los Servicios de Salud del país
- Municipios del país
- Asociación de Clínicas de Chile A.G.
- Subsecretario de Redes Asistenciales
- Jefe División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA) MINSAL
- Jefe División de Atención Primaria (DIVAP) MINSAL
- Jefe del Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, División de Gestión de Redes Asistenciales MINSAL
- Director (S) del Instituto de Salud Pública de Chile
- Jefa de la Sección de Laboratorios Clínicos del Instituto de Salud Pública de Chile
- Superintendente de Salud
- Fiscal
- Jefe de Comunicaciones Superintendencia de Salud
- Agentes Regionales
- Jefe (S) Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Jefa Subdepartamento de Fiscalización en Calidad IP
- Encargada (S) Unidad de Gestión en Acreditación IP
- Encargado Unidad de Regulación IP
- Funcionarios (as) Analistas Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Funcionarios (as) Analistas Subdepartamento de Fiscalización en Calidad IP
- Funcionario Registrador IP
- Oficina de Partes
- Archivo