



Intendencia de Prestadores

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud
Unidad de Asesoría Técnica

CIRCULAR IP N° 25

SANTIAGO, 4 AGO. 2013

INSTRUYE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS SOBRE EL SENTIDO Y ALCANCE QUE DEBEN DAR, EN LOS PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN QUE EJECUTEN, A LAS NORMAS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD 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 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 para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada, para Centros de Diálisis, para prestadores institucionales de Servicios de Esterilización, de Imagenología, de Laboratorios Clínicos, de Servicios de Quimioterapia y de Radioterapia, aprobados, respectivamente, mediante los Decretos Exentos N°18, de 2009, Nos. 33, 34, 35, 36 y 37, de 2010, y Nos. 346 y 347, de 2011, 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; las actas de las sesiones del "Comité Asesor para la Interpretación de las Normas del Sistema de Acreditación" celebradas con fecha 22 de mayo, 10 y 24 de agosto, 7 y 28 de septiembre, 12 y 26 de octubre, 16 de noviembre y 28 de diciembre, todas de 2012, así como en la correspondiente a su sesión de fecha 11 de enero de 2013; la Resolución Exenta SS/N°1972, de 7 de diciembre de 2012 y en la Resolución Afecta SS/N° 57, de 4 de julio de 2012;

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

en la ejecución de sus evaluaciones y adopción de sus decisiones por parte de las Entidades Acreditadoras;

2.- Las 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;

3.- 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, Laboratorios Clínicos, Servicios de Quimioterapia y de Radioterapia, aprobados por los respectivos Decretos Exentos del Ministerio de Salud señalados en los Vistos precedentes, facultan a esta Intendencia de Prestadores para que, mediante circulares de general aplicación, determine el sentido y alcance de las normas reglamentarias que rigen el procedimiento de acreditación, así como el de las normas de los antedichos Manuales, con el fin de uniformar y facilitar los procedimientos de acreditación de los prestadores institucionales de salud y asegurar la claridad y uniformidad de los criterios evaluativos de las Entidades Acreditadoras. En virtud de tal normativa, dichas circulares son de obligatorio cumplimiento para las Entidades Acreditadoras, desde que se les notifican, siendo de su responsabilidad hacer que sus evaluadores las cumplan rigurosamente, todo lo cual será fiscalizado por esta Intendencia de conformidad a sus facultades legales y reglamentarias; y

4.- Que, el "Comité Asesor para la Interpretación de Normas del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales", establecido por la Circular Interna IP N° 3, de 27 de junio de 2012, según consta en las actas de sus sesiones celebradas con fecha 22 de mayo, 10 y 24 de agosto, 7 y 28 de septiembre, 12 y 26 de octubre, 16 de noviembre y 28 de diciembre, todas de 2012, así como en la correspondiente a su sesión de fecha 11 de enero de 2013, ha recomendado a esta Intendencia dictar las instrucciones a las Entidades Acreditadoras que a continuación se señalan, relativas al sentido y alcance que deben dar a las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud que a continuación se indican,

5.- Que, atendido lo antes expuesto, se estima necesario dictar las instrucciones a las Entidades Acreditadoras, que se contienen en la presente Circular, aclarando el sentido y alcance de las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud que ella indica;

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

VENGO EN DICTAR LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

1. ORDÉNASE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS , sujetarse estrictamente, en los procedimientos de acreditación que ejecuten, a las instrucciones que a continuación se dictan respecto del sentido y alcance que deben dar en ellos a las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud contenidas en 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 aprobados por Decreto Exento N° 18/2009, del Ministerio de Salud.

1.1. PREVIÉNESE, en ese sentido, a las Entidades Acreditadoras que, en la aplicación de las normas de los Manuales relativos a los restantes Estándares Generales de Acreditación vigentes (para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada, Centros de Diálisis, Servicios de Esterilización, Servicios de Imagenología, Laboratorios Clínicos, Servicios de Quimioterapia y 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 ellas se hayan establecido, siempre que las respectivas circulares y sus interpretaciones mantuvieren su vigencia.

1.2. Asimismo, PREVIÉNESE a las Entidades Acreditadoras que, cuando en la presente Circular, o en Circulares anteriores o posteriores, se dictan instrucciones relativas al sentido de las normas que componen **las características del Manual del Estándar General para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, se agregarán**, en la identificación de dichas características, las letras: **"AC"**. En el caso que la tales instrucciones se refieran a características que pertenezcan **exclusivamente** al Manual del Estándar General para Prestadores Institucionales de **Atención Abierta**, se agregarán las letras: **"AA"**. Si la norma interpretada **es idéntica** en esos dos manuales, **no se agregará ninguna de las identificaciones antes señaladas**.

Asimismo, debe tenerse presente que, si la norma interpretada pertenece exclusivamente a Manuales relativos a otros Estándares Generales actualmente vigentes, en el numeral respectivo de esta Circular que los interprete, se agregarán, en la identificación de la característica interpretada, las letras que en cada caso se señalarán.

En todo caso, en la interpretación de las normas de los diversos Manuales del Sistema de Acreditación, deberá darse siempre aplicación a lo prevenido en el numeral 1.1. anterior.

2. INSTRÚYESE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS respecto de la forma en que se deben interpretar los siguientes contenidos normativos de los **Manuales de los Estándares de Acreditación vigentes, afectando la interpretación de variadas normas de dichos Manuales:**

2.1. Sobre qué debe entenderse por procedimiento de "Imagenología Intervencional" para los efectos del Sistema de Acreditación y, en especial, para los fines previstos en las características DP 2.1 y REG 1.3 de los diversos Manuales de los Estándares de Acreditación, se aclara:

Para los efectos del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud se entienden por procedimientos de "*Imagenología Intervencional*" el ***uso de métodos guiados por imágenes para acceder a intersticios, cavidades, órganos o sistemas, con el objeto de inyectar medios de contraste en forma selectiva, obtener muestras para estudios de diferente índole y tratar percutáneamente algunas condiciones que, de otro modo, requerirían cirugía***. Las técnicas incluyen el uso de balones, catéteres, micro-catéteres, stents, etc..

Constituyen ejemplos de procedimientos de "Imagenología Intervencional", los siguientes: Arteriografías periféricas diagnósticas y/o terapéuticas, instalación de drenajes percutáneos, angiografías, punciones guiadas por Ecografía, quimiembolización, colocación de endoprótesis, entre otros.

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

Para los efectos del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud, se define la "Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)" como aque­llos procesos quirúrgicos (incluyendo procedimientos terapéuticos y/o diagnósticos) que requieran de la administración de anestesia general, regional y/o sedación profunda, sin requerir un cuidado post operatorio complejo, el cual puede realizarse en una Unidad de Recuperación u otra destinada a este fin, permitiendo que el paciente sea dado de alta durante el mismo día o en un plazo no mayor a 12 horas.

2.3. Sobre la forma de constatar el cumplimiento de las diversas características cuyos elementos medibles exigen la ejecución de entrevistas y que no señalen específicamente quiénes deben ser entrevistados, y en especial acerca de si los alumnos de pregrado y el voluntariado deben ser objeto de constataciones a través de entrevistas, se aclara:

Las constataciones que realicen las Entidades Acreditadoras a través de entrevistas, se deben efectuar a todo el personal que, durante la evaluación, se desempeñe en los Puntos de Verificación señalados en las Características AOC 1.1 e INS 2.1, entre otras. Ello se efectuará tanto respecto del personal sanitario como no sanitario, e independientemente del tipo de relación contractual que dicho personal mantenga con el prestador institucional evaluado (esto es, incluye tanto al personal externo como al personal propio).

Sin perjuicio de lo anterior, se debe excluir de tales constataciones al voluntariado (tales como "Damas de Rojo", "de Café" y otros) y a los alumnos de pregrado, cualquiera sea el nivel que cursen y la carrera a la que pertenezcan.

3. INSTRÚYESE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS respecto del sentido que deben dar a las siguientes normas que conforman las Características de los Manuales de los Estándares Generales para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y de Atención Abierta:

	Normas del Manual que se interpretan	
3.1.	Ámbito Dignidad del Paciente	Interpretación
3.1.1.	<p>Característica DP 2.1: <i>"Se utilizan documentos destinados a obtener el consentimiento informado del paciente en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo"</i></p> <p>Segundo Elemento Medible: <i>"Se constata uso de consentimiento informado con los elementos definidos en este instrumento, para cirugías mayores, procedimientos endoscópicos, procedimientos de hemodinamia y de imagenología intervencional realizadas en la institución"</i></p>	<p>Sobre el uso de abreviaturas en los formularios de constancia del consentimiento informado de los pacientes, se aclara:</p> <p>Atendidas las exigencias del Sistema de Acreditación y, especialmente, las normas de la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud, así como lo previsto en el "Reglamento sobre Entrega de Información y Expresión de Consentimiento Informado en las Atenciones de Salud", aprobado por el Decreto Supremo N°31, de 2012, publicado en el Diario Oficial del 26 de noviembre de 2012, <u>no resulta aceptable el uso de abreviaturas</u> en los documentos en que se deje constancia de la información proporcionada al paciente con el objeto de obtener su consentimiento informado.</p> <p><u>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procedimientos de acreditación que se soliciten después de un año de la dictación de la presente Circular.</u></p>

3.2.	Ámbito Gestión Clínica	Interpretación
3.2.1.	<p>Características GCL 1.11 AC y 1.8 AA: "Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias."</p> <p>Primer Elemento Medible: "Se describen en un documento de carácter institucional los procedimientos de registro, rotulación traslado y recepción de biopsias. Se han definido los responsables de su aplicación".</p>	<p>Sobre las exigencias que el Primer Elemento Medible de las Características GCL 1.11 AC y 1.8 AA formula a los contenidos del documento de carácter institucional, en lo relativo al "registro rotulación, traslado y recepción de biopsias", se aclara:</p> <p>Para dar debido cumplimiento a las exigencias del Primer Elemento Medible de las Características GCL 1.11 AC y 1.8 AA, la Entidad Acreditadora constatará que el documento de carácter institucional del prestador evaluado contenga los procedimientos que permitan conocer el histórico, la ubicación y la trayectoria de las muestras de biopsias, <u>incluyendo en él, los relativos a las fases pre-analítica, analítica y post analítica.</u></p>
3.2.2.	<p>Características GCL 1.11 AC y 1.8 AA: "Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias."</p> <p>Segundo Elemento Medible: "Se constata la trazabilidad de las biopsias"</p>	<p>Sobre el trayecto de la trazabilidad de las muestras de biopsias a evaluar, para dar por cumplido el Segundo Elemento Medible de las características GCL 1.11 AC y 1.8 AA, se aclara:</p> <p>La trazabilidad se considerará desde que se obtienen dichas muestras, hasta que el informe del resultado del análisis de las mismas se encuentre en la ficha clínica del paciente, o en un registro de recepción del informe por parte del paciente o su representante, o que en la ficha clínica del paciente conste que fue informado del examen (a través del registro de la Evolución Médica u otro registro), según lo determine el propio Prestador. Por tanto, el registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias, no sólo incluye a las muestras sino también a sus respectivos informes.</p>

<p>3.2.3.</p>	<p>Características GCL 1.11 AC y GCL 1.8 AA. <i>"Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias."</i></p>	<p>Sobre si, para dar por cumplidas las características GCL 1.11 AC y GCL 1.8 AA, la Entidad puede admitir que el traslado de las muestras de biopsias, desde el prestador que las obtuvo hasta el Laboratorio de Anatomía Patológica, lo efectúen personas diversas al personal designado para tales efectos, tales como el mismo paciente, alguno de sus familiares, el médico u otras personas, se aclara:</p> <p>Las exigencias del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud tienen como objetivo principal que tales prestadores proporcionen seguridad y calidad en la atención de los pacientes. En tal sentido, exige de los prestadores que deseen acreditarse hacerse responsables institucionalmente de las biopsias que ellos extraigan, aun cuando el análisis de las mismas sea realizado por terceros. Por lo mismo, <u>sólo es admisible que las muestras sean trasladadas por parte del personal que haya sido designado explícitamente para tales efectos por el prestador o por el Laboratorio de Anatomía Patológica externo.</u></p>
<p>3.2.4.</p>	<p>Características GCL 1.11 AC y GCL 1.8 AA: <i>"Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias."</i></p>	<p>Sobre si deben considerarse parte de la evaluación de las características GCL 1.11 AC y GCL 1.8 AA las muestras citológicas obtenidas para ser analizadas en el Laboratorio de Anatomía Patológica, se aclara:</p> <p>Atendida la definición que los Glosarios de los Manuales de los Estándares de Acreditación vigentes dan al concepto de "<i>biopsia</i>", a saber, "<i>remoción de células o tejidos orgánicos para ser examinados macro y microscópicamente con la finalidad de formular un diagnóstico</i>", lo cual constituye un concepto más amplio que el</p>

	<p>Primer Elemento Medible: <i>"Se describen en un documento de carácter institucional los procedimientos de registro, rotulación traslado y recepción de biopsias. Se han definido los responsables de su aplicación."</i></p> <p>Segundo Elemento Medible: <i>"Se constata la trazabilidad de las biopsias".</i></p>	<p>comúnmente utilizado, se aclara:</p> <p>a) Para los efectos del Sistema de Acreditación sólo serán objeto de constatación <u>las muestras citológicas que se extraen con la finalidad de ser analizadas por Laboratorios de Anatomía Patológica</u>, por ejemplo: los exámenes Papanicolau;</p> <p>b) El documento exigido en el Primer Elemento Medible de dichas características siempre debe considerar los diversos tipos de muestras citológicas analizadas por Laboratorios de Anatomía Patológica; y</p> <p>c) En la evaluación del Segundo Elemento Medible, la Entidad Acreditadora solo efectuará su actividad de constatación, en los Puntos de Verificación que señala la Pauta de Cotejo, incluyendo las muestras citológicas analizadas en el Laboratorio de Anatomía Patológica.</p> <p><u>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procedimientos de acreditación que se soliciten después de un año de la dictación de la presente Circular.</u></p>
<p>3.2.5.</p>	<p>Característica GCL 1.8 AA: <i>"Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias."</i></p> <p>Primer Elemento Medible: <i>"Se describen en un documento de carácter institucional los procedimientos de registro, rotulación traslado y recepción de biopsias. Se han definido los responsables de su aplicación."</i></p>	<p>Sobre la aplicabilidad de la característica GCL 1.8 AA a muestras citológicas, cuando el Prestador de Atención Abierta no posee ninguno de los Puntos Verificadores señalados para el Segundo Elemento Medible en la respectiva Pauta de Cotejo, se aclara:</p> <p>En tales casos, al prestador de Atención Abierta sólo le es aplicable el Primer Elemento Medible de dicha característica, en el "Punto de Verificación" "Anatomía Patológica", donde deberán ser considerados los diversos tipos de muestras citológicas analizadas por Laboratorios de Anatomía Patológica.</p> <p>En caso de no contar con dicho "Punto de verificación", la Entidad Acreditadora deberá efectuar la constatación donde el</p>

		<p>prestador evaluado determine, pudiendo ser la gerencia o Dirección del Prestador, la Unidad de Calidad u otro.</p> <p><u>Observación: La instrucción antes señalada entrará en vigencia respecto de los procedimientos de acreditación que se soliciten después de un año de la dictación de la presente Circular.</u></p>
3.3.	Ámbito Recursos Humanos	Interpretación
3.3.1.	<p>Característica RH 1.1: <i>"Los profesionales médicos y cirujanos dentistas que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados"</i></p> <p>Característica 1.2: <i>"Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados"</i></p>	<p>Sobre si las certificaciones de los Ministros de Fe, designados formalmente en los prestadores institucionales públicos, relativas a la autenticidad de los títulos profesionales u otros documentos que atestiguan las respectivas habilitaciones legales de sus profesionales y técnicos, son aptas para constatar su habilitación legal, se aclara:</p> <p>Las certificaciones de los Ministros de Fe de los prestadores institucionales públicos, debidamente instituidos como tales, sobre <u>la autenticidad de documentos que atestiguan la habilitación profesional de funcionarios que en ellos se desempeñan para fines de su nombramiento o contratación,</u> son suficientes para satisfacer las exigencias de las Características RH 1.1 y RH 1.2 de los Estándares Generales de Acreditación actualmente vigentes. Las Entidades Acreditadoras podrán exigir al prestador institucional evaluado que se les exhiba copia auténtica del acto administrativo que instituyó a tales Ministros de Fe.</p>

<p>3.3.2.</p>	<p>Característica RH 1.2: "Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados."</p>	<p>Sobre cómo debe ser evaluado, en los procesos de acreditación, el personal sanitario habilitado como "Bacteriólogos", se aclara:</p> <p>En el Ámbito de Recursos Humanos de los Estándares del Sistema de Acreditación sólo son materia de constatación por las Entidades Acreditadoras las certificaciones de las habilitaciones legales relativas a <u>las profesiones que se señalan expresamente en los diversos Elementos Medibles de las características RH 1.1 y RH 1.2.</u> Por tanto, respecto de los demás profesionales que poseen títulos o habilitaciones no considerados en dichos elementos medibles, como es el caso de los "Bacteriólogos", <u>no resultan aplicables</u> a su respecto las constataciones que exigen dichos Elementos Medibles.</p>
<p>3.3.3.</p>	<p>Característica RH 1.2: "Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en forma permanente o transitoria en la institución están debidamente habilitados"</p>	<p>Sobre si los certificados de los títulos relativos a Técnicos de Nivel Medio obtenidos desde la página web Ministerio de Educación, resultan suficientes para la constatación de la característica RH 1.2 relativa a la habilitación legal del personal, se aclara:</p> <p>La exhibición de los certificados dispuestos por el Ministerio de Educación a través de su página web www.ayudamineduc.cl, en la que consta el otorgamiento del título técnico de nivel medio habilitante, resulta suficiente para demostrar la habilitación del personal técnico, sin requerir una oficialización complementaria, siempre que la Entidad Acreditadora se forme convicción respecto de la autenticidad de tales certificados por medio del uso del respectivo código verificador de tales certificados en dicha página web.</p>

<p>3.3.4.</p>	<p>Característica RH 4.3 AC: "Se aplica un programa de vacunación del personal."</p>	<p>Sobre si las exigencias de la característica RH 4.3 AC, resultan aplicables respecto de los alumnos de pregrado, se aclara:</p> <p>Las exigencias de dicha característica sólo son aplicables al personal sanitario, permanente y transitorio del prestador en proceso de acreditación. Por tanto, dicha característica no aplica respecto de los alumnos de pregrado.</p>
<p>3.4.</p>	<p>Ámbito Registros</p>	<p>Interpretación</p>
<p>3.4.1.</p>	<p>Característica REG 1.1 <i>"El prestador institucional cuenta con ficha clínica única individual"</i></p> <p>Segundo Elemento Medible <i>"Se constata la existencia de ficha clínica única e individual en hospitalización"</i></p>	<p>Sobre si el Dato de Atención de Urgencia (DAU) es parte de la Ficha Clínica y, por tanto, objeto de evaluación según las exigencias del segundo Elemento Medible de la Característica REG 1.1, se aclara:</p> <p>Conforme a la definición de "Ficha Clínica" de los Glosarios de los Manuales de los Estándares de Acreditación vigentes, así como en cumplimiento de las exigencias de la Ley N°20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud, y lo ya aclarado por la Circular IP N°16, de octubre de 2011, el Dato de Atención de Urgencia (DAU) constituye parte de la Ficha Clínica.</p>

3.5.	Ámbito Seguridad de Equipamiento	Interpretación
3.5.1.	<p>Característica EQ 2.2: <i>"Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes en las Unidades de Apoyo"</i></p> <p>Característica EQ 3.1: <i>"Los equipos clínicos relevantes son utilizados por personas autorizadas para su operación"</i></p>	<p>Sobre si deben ser considerados los equipos de <u>Autoclaves de Laboratorio y SEDILE (Servicios Dietéticos de Leche)</u>, en la evaluación de las características EQ 2.2 y EQ 3.1:</p> <p>Los Autoclaves de Laboratorio y SEDILE <u>no deben ser considerados</u> en la evaluación de las Características EQ 2.2 y EQ 3.1, atendido que estos equipos no se utilizan en la esterilización de material clínico.</p>
3.5.2.	<p>Característica EQ 2.2: <i>"Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes en las Unidades de Apoyo."</i></p>	<p>Sobre si la evaluación de la característica EQ 2.2 debe considerar <u>los equipos de medición de resultados de exámenes que se utilizan al lado del paciente</u>, se aclara:</p> <p>Los equipos de medición de resultados de exámenes que se utilizan al lado del paciente no son homologables, en sus propósitos, a ninguno de los equipos comprendidos en las actuales exigencias del Sistema de Acreditación, atendido que, en la mayoría de los casos, sus resultados son referenciales. Por lo mismo, no se encuentran actualmente comprendidos en las evaluaciones exigidas por el Sistema de Acreditación.</p>

3.6.	Ámbito de Apoyo Diagnóstico o Terapéutico	
3.6.1.	Componente "Laboratorio Clínico" (APL)	Interpretación
3.6.1.1.	<p>Características APL 1.4 y GP 1.4 LC: <i>"El Laboratorio participa en un Programa de Control de Calidad Externo acorde a la normativa vigente"</i></p> <p>Segundo Elemento Medible. <i>"Se documentan análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo"</i></p>	<p>Sobre si la Entidad Acreditadora, para los efectos de establecer el cumplimiento o incumplimiento del Segundo Elemento Medible de esta Característica, debe exigir análisis y acciones de mejora sobre todos los casos de incumplimiento de requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo (PEEC), en los subprogramas adscritos de cada área técnica, se aclara:</p> <p>Para determinar el cumplimiento de las exigencias del Segundo Elemento Medible de las Características APL 1.4 y GP 1.4 LC, la Entidad Acreditadora deberá evaluar que el prestador demuestre análisis y acciones de mejora en los casos de incumplimiento (o "insatisfactorios") respecto de, al menos, uno de cada subprograma adscrito al PEEC, por cada área técnica que posea el prestador, y que éste le exhiba a la Entidad durante el procedimiento de acreditación.</p>
3.6.1.2.	<p>Características APL 1.4 y GP 1.4 LC: <i>"El Laboratorio participa en un Programa de Control de Calidad Externo acorde a la normativa vigente"</i></p> <p>Segundo Elemento Medible. <i>"Se documentan análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo"</i></p>	<p>Sobre si es aplicable el Segundo Elemento Medible de las características APL 1.4 y GP 1.4 LC, a los Controles de Calidad Externa calificados como "cuestionables", cuando los prestadores se encuentran adscritos al PEEC del ISP, se aclara:</p> <p>No, a los prestadores adscritos al PEEC del ISP el Segundo Elemento Medible de las características APL 1.4 y GP 1.4 LC únicamente les es aplicable en los casos calificados como "<i>Insatisfactorios</i>" y, todo ello, en concordancia con lo aclarado en el numeral 3.6.1.1. precedente.</p>

3.6.2.	Componente "Servicio de Esterilización" (APE)	Interpretación
3.6.2.1.	<p>Característica APE 1.2: "Las etapas de lavado, preparación y esterilización propiamente tal se realizan en forma centralizada"</p>	<p>Sobre si es aplicable la Característica APE 1.2 relativa a la centralización de las etapas de lavado, preparación y esterilización, respecto del <u>material clínico que se lava y prepara, pero que no se esteriliza</u>, como, por ejemplo, en el caso del material de oxigenoterapia, se aclara:</p> <p>Atendido que la exigencia se refiere al material que requiere ser esterilizado, y no de material que, a pesar de ser lavado y preparado, <u>nunca requiere ser esterilizado</u>, como puede ser el caso de las cubetas de impresión metálica del área Dental o del material de oxigenoterapia, <u>no aplican</u>, en tales casos, las exigencias de la Característica APE 1.2.</p>
3.6.2.2.	<p>Característica APE 1.3: <i>"El material es procesado de acuerdo a métodos de esterilización basados en las Normas Técnicas vigentes en la materia y se evalúa su cumplimiento".</i></p> <p>Primer Elemento Medible: <i>"En documentos elaborados por el Servicio de Esterilización se describen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico.</i> - <i>Los procedimientos relacionados con:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Transporte de material contaminado</i> ▪ <i>Recepción de material esterilizado fuera de la institución</i> ▪ <i>Recepción de materiales a ser esterilizados</i> ▪ <i>Lavado y secado</i> 	<p>Sobre cuáles de los procedimientos señalados en el Primer Elemento Medible de la Característica APE 1.3 deben ser evaluados en los <u>prestadores que sólo compran material estéril desechable</u>, se aclara:</p> <p>A estos prestadores sólo les aplica la constatación de los siguientes procedimientos contemplados en el Primer Elemento Medible de esta característica, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Recepción de material esterilizado fuera de la institución"; y - "Distribución". <p>En tales casos, la Entidad Acreditadora deberá evaluar el cumplimiento del Segundo y Tercer Elementos Medibles de esta Característica, relativos a la definición de, al menos, dos indicadores y sus respectivos umbrales de cumplimiento, así como a la existencia de la constancia de que se ha realizado la respectiva evaluación periódica.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Inspección y preparación</i> ▪ <i>Operación de equipos de esterilización</i> ▪ <i>Distribución</i> ▪ <i>Controles del proceso"</i> 	
<p>3.6.2.3.</p>	<p>Característica APE 1.3: <i>"El material es procesado de acuerdo a métodos de esterilización basados en las normas técnicas vigentes en la materia y se evalúa su cumplimiento"</i></p> <p>Primer Elemento Medible: <i>"En documentos elaborados por el Servicio de Esterilización se describen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Los métodos de esterilización y desinfección a utilizar, de acuerdo a los tipos de materiales de uso clínico.</i> - <i>Los procedimientos relacionados con:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Transporte de material contaminado</i> ▪ <i>Recepción de material esterilizado fuera de la institución</i> ▪ <i>Recepción de materiales a ser esterilizados</i> ▪ <i>Lavado y secado</i> ▪ <i>Inspección y preparación</i> ▪ <i>Operación de equipos de esterilización</i> ▪ <i>Distribución</i> ▪ <i>Controles del proceso"</i> 	<p>Sobre cuáles de los procedimientos señalados en el Primer Elemento Medible de la Característica APE 1.3 deben ser evaluados en los <u>prestadores que compran el proceso de esterilización a un tercero</u>, se aclara:</p> <p>En estos casos, la Entidad Acreditadora sólo debe evaluar el Primer Elemento Medible de dicha Característica, en lo relativo a los procedimientos relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>"Transporte de material contaminado"</i> - <i>"Recepción de material esterilizado fuera de la Institución"</i> y - <i>"Distribución"</i>. <p>En tales casos, la Entidad Acreditadora deberá evaluar el cumplimiento del Segundo y Tercer Elementos Medibles de esta Característica, relativos a la definición de, al menos, dos indicadores y sus respectivos umbrales de cumplimiento, así como a la existencia de la constancia de que se ha realizado la respectiva evaluación periódica.</p> <p>El documento a que se refiere dicho Elemento Medible debe estar basado en la normativa establecida por la Central de Esterilización que procesa el material y a la cual se le compra dicho servicio.</p>

3.6.3.	Componente "Unidad de Transporte de Pacientes o Servicio de Movilización" (APT)	Interpretación
3.6.3.1.	<p>Componente APT: <i>"El transporte de pacientes se efectúa en condiciones que garantizan su seguridad"</i></p>	<p>Sobre si son objeto de evaluación los móviles de transporte de pacientes que <u>no</u> dependen del prestador público evaluado, se aclara:</p> <p>En tales casos, sólo les podría ser aplicable, la característica APT 1.1, relativa a la compra de servicios a terceros, excluyendo el Servicio de Transporte de Atención Médica de Urgencia (SAMU).</p>

4.- INCORPÓRENSE los contenidos de la presente Circular al "Compendio de Circulares Interpretativas de las Normas del Sistema de Acreditación" y **EMÍTASE** por el Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia la **Versión N° 3** del antedicho Compendio.

5.- VIGENCIA DE LAS NORMAS DE LA PRESENTE CIRCULAR:

5.1. La presente Circular entrará en vigencia **desde su notificación, por carta certificada**, a las Entidades Acreditadoras autorizadas.



5.2. EXCEPTÚANSE de lo anterior, las instrucciones de la presente Circular que a continuación se señalan, las cuales entrarán en vigencia a contar de un año desde la fecha de esta Circular y, por tanto, ellas sólo serán aplicables a los procedimientos de acreditación cuya solicitud haya sido ingresada a partir de un año después de esa fecha, a saber:

- a) **3.1.1.**, sobre uso de abreviaturas en los formularios de constancia del consentimiento informado;
- b) **3.2.4.**, sobre si deben considerarse parte de la evaluación de las características GCL 1.11 AC y GCL 1.8 AA las muestras citológicas; y
- c) **3.2.5.**, sobre la aplicabilidad de la característica GCL 1.8 AA a muestras citológicas.

6.- NOTIFÍQUESE por carta certificada la presente circular a los representantes legales de las Entidades Acreditadoras.

7.- Atendido lo previsto en el Artículo 41 de la Ley N°19.880, la presente resolución es susceptible de los recursos administrativos de reposición y jerárquico, dentro del plazo de 5 días siguientes a su notificación ante esta Intendente; asimismo, en subsidio del recurso antedicho, podrá interponerse el recurso jerárquico. Si sólo se interpusiere este último recurso, deberá interponerse para ante la Superintendente, dentro del plazo antedicho. Asimismo, cualquier interesado podrá solicitar aclaración de la presente resolución.

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



CARMEN MONSALVE BENAVIDES
INTENDENTA DE PRESTADORES (S)
SUPERINTENDENCIA DE SALUD


BRH/JVP/HOG
Distribución:

- Representantes Legales de Entidades Acreditadoras Autorizadas (por carta certificada y correo electrónico)
- Subsecretario de Redes Asistenciales
- Jefa del Departamento de Calidad de la Subsecretaría de Redes MINSAL
- Directora del Instituto de Salud Pública
- Superintendente
- Fiscal
- Intendente de Fondos y Seguros
- Coordinación de Agencias Regionales
- Jefe Subdepartamento de Atención de Usuarios
- Agentes Regionales
- Jefa del Subdepartamento de Resolución de Conflictos y Sanciones IP
- Jefa 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 Intendencia de Prestadores
- Abogados Asesores Subdepto. de Gestión de Calidad en Salud IP
- Archivo